

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

ILANNE RAQUEL VASCONCELOS MEDEIROS

**A SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVA DE
UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO CARIRI
PARAIBANO**

Cuité-PB

2014

ILANNE RAQUEL VASCONCELOS MEDEIROS

**A SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVA DE UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE DO CARIRI PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha de pesquisa em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso.

Cuité-PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M488s Medeiros, Ilanne Raquel Vasconcelos.

A saúde na atenção básica: perspectiva de um município de pequeno porte do Cariri Paraibano. / Ilanne Raquel Vasconcelos Medeiros. – Cuité: CES, 2014.

65 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso.

1. Atenção básica a saúde. 2. Atenção básica – sistema de informação. 3. Saúde da família - estratégia. I. Título.

CDU 614

ILANNE RAQUEL VASCONCELOS MEDEIROS

**A SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVA DE UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE DO CARIRI PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Unidade Acadêmica de
Saúde da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito obrigatório para
obtenção de título de Bacharel em Nutrição,
com linha de pesquisa em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Msc. Vanille Valério
Barbosa Pessoa Cardoso.

Aprovado em: / /2014

BANCA EXAMINADORA

Professora Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Professora Dr^a. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Professora Msc. Poliana de Araújo Palmeira
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Cuité-PB
2014

Dedico este trabalho,
de modo muito especial aos meus progenitores
João Medeiros e Ilmanete Vasconcelos,
que graças aos seus trabalhos, esforços,
lutas, renúncias e orações
me fizeram conquistar esta vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, autor e principio de tudo, força maior que me sustenta de pé mesmo diante as dificuldades.

A Universidade Federal de Campina Grande - UFCG em especial o Centro de Educação em Saúde - CES pelo espaço aberto para acolher nossos sonhos e transformá-los em realidade, tornando-nos profissionais humanitários, comprometidos com o bem estar e a qualidade de vida do nosso próximo, aptos a ingressar no mercado de trabalho.

A minha orientadora a professora Mestre Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso, que no 2º período deste curso nos encantou com seu olhar pela nutrição e nos incentivou a sermos profissionais comprometidos não só com o biológico mas com um olhar voltado para ser humano como um todo. Mesmo com poucos recursos disponíveis nos deu aulas fantásticas, passando de forma comprometida e responsável seus conhecimentos e se tornando inspiração para seguirmos a profissão.

Agradeço a Prefeitura Municipal de Amparo- Paraíba, pelo espaço cedido para realização de minha pesquisa e a todos da Secretaria de Saúde que me cederam entrevista para a obtenção de dados deste trabalho.

Agradeço ao meu pai João Vanderlei Medeiros Batista e a minha mãe Ilamanete Vasconcelos Medeiros, pela firmeza com que me conduziram nos momentos de desanimo, encorajando-me a conquistar e finalizar mais uma etapa da minha vida, visto que em momento algum mediram esforços para isto. Por isto são vencedores comigo e participes diretos das minhas alegrias e vitórias.

A minha irmã Italla Jossana V. Medeiros que mesmo criança sob entender os sacrifícios que meus pais fizeram privando-a as vezes dos seus desejos.

Aos meus avós Manoel Anselmo, Neves Palmeira e Lourdes Batista, pelas orações, ajudas financeira, conselhos e incentivos dados para que eu pudesse vencer, pois sei que minha conquista é para eles motivos de grande alegria.

Agradeço a toda minha família tios e tias, primos e primas e em especial minha tia Maristela Palmeira e a minha prima Monizy Vasconcelos, as quais

dividiram comigo as alegrias e dificuldades passadas em cuité a vocês meu muito obrigado.

Ao meu namorado Jerônimo Correia, que mesmo em momentos caóticos foi compreensivo, amigo e amoroso me dando força para seguir em frente.

Aos meus amigos Klara Luana, M^a Luíza Gondim, David Ryan, Heloisa Alencar, Paloma Martins, Robson Galdino e Rayane Lucena, pelo companheirismo nas longas noites de estudo e exaustivos dias de trabalho, pela cumplicidade com qual dividimos nossas angustias e alegrias a cada exame realizado e pelos incentivos partilhados em momentos difíceis.

A vocês minha eterna gratidão!!

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados”.

Mahatma Gandhi.

RESUMO

MEDEIROS, I. R. V. **A saúde na Atenção Básica: perspectiva de um município de pequeno porte do Cariri Paraibano.** 2014. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2014.

A Atenção Básica a Saúde é considerada como porta de entrada aos serviços de saúde de um município. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada com o intuito de organizar a ABS, tem como objetivo promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, incorporando e reafirmando os princípios finalísticos do SUS: universalização, integralidade e participação da comunidade. A fim de garantir o gerenciamento das informações obtidas a partir do trabalho das ESF foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que é utilizado como instrumento de vigilância em saúde e nutricional na Atenção Básica, já que fornecem dados da situação de saúde da população, tornando-o em um importante instrumento de vigilância em saúde e nutricional. O presente trabalho teve por objetivo descrever os serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica e caracterizar as informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em um município de pequeno porte do cariri paraibano. Tratou-se de uma pesquisa com caráter descritivo e transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando como procedimentos metodológicos a aplicação de questionário por meio de entrevista com os gestores municipal, aplicação de grupo focal com os membros da ESF e análise de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foi possível identificar os serviços de saúde da Atenção Básica de Amparo, além de apreender a percepção de gestores e profissionais do Saúde na Família sobre questões importantes desta rede de assistência. Os programas no âmbito da alimentação e nutrição se mostraram necessitados de maior atenção. No que diz respeito ao SIAB destaca-se um percentual de hipertensão e diabetes menor que a taxa nacional. Conclui-se que outros estudos devam ser realizados no âmbito da Atenção Básica em Amparo no sentido de fortalecer as ações e identificar os fatores que se constituem como entraves no desenvolvimento desta Política.

Palavras Chave: Atenção Básica a Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Health in Primary Care: the perspective of a small municipality of Cariri Paraibano. 2014 . 65f. Work Course Completion (Undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuite, 2014.

The Primary Care Health is considered as port of entry to the health services of a municipality. The Family Health Strategy (FHS), created with the aim of organising the ABS, has as objective to promote the reorientation of the practices and actions of health in an integral and continuous way, incorporating and reaffirming the principles finalization of SUS: universalisation, completeness, and community participation. In order to ensure the management of the information obtained from the work of ESF was created the Information System of Primary Care (SIAB) that is used as an instrument of surveillance in health and nutrition in Primary Health Care, already provide data of the health situation of the population, making it an important instrument of surveillance in health and nutrition. The purpose of this study was to describe the health services in the Primary Care context and characterize the information contained in the Primary Healthcare Information System (SIAB) in a small municipality of Cariri Paraibano. It was a descriptive, cross-sectional, with quantitative and qualitative approach, using as methodological procedures the application of questionnaire by interview with the municipal managers, application of focus group with members of the ESF and the analysis of data from the Primary Healthcare Information System (SIAB). It was possible to identify health services in the Primary Care of Amparo, in addition to apprehend the perception of managers and professionals Family Health on important issues of this care network. The programs in the context of food and nutrition were in need of greater attention. As regards the SIAB stands out a percentage of hypertension and diabetes less than the national rate. It is concluded that further studies should be carried out within the framework of Basic Care in Amparo to strengthen actions and identify the factors that are barriers to the development of this Policy.

Key words: Primary Care Health, Information System for Primary Care, the Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

ABS - Atenção Básica a Saúde
CFN - Conselho Federal de Nutricionistas
CDS-AB - Coleta de Dados Simplificada da Atenção Básica
DAB - Departamento de Atenção Básica
EAB- Equipe de Atenção Básica
ESF - Estratégia de Saúde da Família
E-SUS AB – Estratégia Sistema Único de Saúde da Atenção Básica
MS- Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS- Organização Mundial de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMA - Produção e Marcadores para Avaliação
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF - Programa Saúde da Família
RAS - Rede Atenção a Saúde
SAN - Segurança Alimentar e Nutricional
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SISVAN - Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional
SSA - Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 HISTÓRICO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	16
3.2 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE.....	18
3.3 SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE EM NÍVEL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	20
3.4 ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NAS POLITICAS DE ALIMENTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	22
3.5 ESTRATÉGIA E-SUS ATENÇÃO BÁSICA (E-SUS AB) REESTRUTURAÇÃO DO SIAB.....	25
4 METODOLOGIA	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	28
4.2 UNIVERSO AMOSTRAL.....	28
4.3 COLETA DE DADOS	28
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	30
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	32
5.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE....	35
5.2.1 Entendimento sobre Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.....	35
5.2.2 Programas e ações da Atenção Básica.....	38

5.2.3 Entendimento sobre Redes de Atenção a Saúde (RAS)	41
5.2.4 Percepções sobre Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional e a Atenção Nutricional	42
5.2.5 Entendimento sobre Sistema de informação da Atenção Básica SIAB e e-SUS	45
5.3 DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS RELATORIOS DO SIAB	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES	59

1 INTRODUÇÃO

Em 1978 a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), representou um marco na dimensão dos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental (BRASIL apud, WARTNER, 2012).

No Brasil, o processo para a reorganização do sistema de saúde iniciou-se com as ações integradas de saúde e com o movimento denominado Reforma Sanitária, cujo apogeu se deu em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual o elenco de princípios e diretrizes para tal finalidade foi instituído na Constituição do Brasil-1988 (FREITAS; PINTO, 2005).

Em 1990, foi instituída a lei 8.080, que descreve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) dispondo que é dever do estado garantir a saúde da população, formulando e executando políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2012a).

Após a criação do SUS, algumas estratégias foram formuladas no sentido de colocá-lo em prática e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi uma delas, atualmente compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF), sendo uma das principais, senão a mais importante das estratégias criadas em relação à assistência básica à saúde. Surgiu com o princípio, de ser o elo entre a população e as unidades de saúde, promovendo o acesso aos serviços; identificando, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco, além de estimular a educação da comunidade e a prevenção às doenças. Também demonstrou um papel importante na tentativa de despertar a participação social; auxiliando a equipe de saúde no controle de doenças endêmicas, como também, atuando juntos aos serviços de saúde na promoção e proteção à saúde da população (BRASIL, 2012a).

O PSF constituiu-se em uma proposta institucional para reorganizar a Atenção Básica a Saúde (ABS), o qual foi implantado em 1994 como um programa no país, no entanto, aos poucos, adquiriu centralidade na agenda do

governo, convertendo-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de ABS (GIOVANELLA, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um método priorizado pelo Ministério da Saúde para organizar a ABS, e tem como objetivo promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, incorporando e reafirmando os princípios finalísticos do SUS: universalização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2011).

Por ser o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, a ABS é considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, compreendendo a um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2012a).

A ABS deve ser organizada como base na Rede Atenção a Saúde (RAS), por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel chave na ordenação da RAS. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e de resolutividade. As RAS são definidas como arranjos organizativos que buscam promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde de forma contínua, integral e de qualidade, caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica a Saúde (BRASIL, 2010).

A fim de garantir o gerenciamento das informações obtidas a partir do trabalho das ESF foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que é utilizado como ferramenta na Atenção Básica, já que fornecem dados da situação de saúde da população, isto o torna um importante instrumento de vigilância em saúde e nutricional, servindo de base para elaboração de políticas públicas que auxiliam a melhorar o estado de saúde da população, prevenindo o agravamento de situações mórbidas, bem como reduzir a evolução de agravos que exigem uma atenção de maior complexidade (BRASIL, 1998b).

Os relatórios emitidos por este sistema permitem conhecer a realidade sócio sanitária da população de uma área de abrangência de uma ESF, e acompanhar as ações desenvolvidas pelas equipes, avaliar a adequação dos

serviços de saúde oferecidos e readequá-los as necessidades da comunidade assistida (SIQUEIRA, 2010).

O interesse pela temática de Atenção Básica em Saúde motivou a pesquisadora a investigar como estão sendo organizados e oferecidos os serviços de saúde no âmbito da AB e aprender as percepções sobre essa temática dos profissionais envolvidos nesses serviços.

O município em questão é Amparo, o qual está localizado na microrregião do cariri ocidental do estado da Paraíba. Criado em 1994 após desmembramento da cidade de Sumé, o município possui, segundo o Censo de 2010, 2.088 habitantes, sendo classificado como de pequeno porte. Sua principal fonte de renda é a agricultura e caprinocultura e o acesso da população aos serviços saúde se dá por meio da Atenção Básica na única Unidade Básica de Saúde (UBS) que possui uma Equipe de Saúde da Família (ESF). Portanto, é importante que seja identificado como ocorre o registro e avaliação dos dados coletados pelo SIAB e o acompanhamento dos usuários da Atenção Básica em um município de pequeno porte, como este, para que as ações de saúde sejam traçadas a fim de atender as necessidades da população garantindo melhor qualidade vida a estes.

2OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Conhecer e analisar a Atenção Básica de um município de pequeno porte do Cariri paraibano na perspectiva dos autores que a compõe.

2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever e caracterizar as informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município;
- Identificar os programas de saúde desenvolvidos no município;
- Descrever a percepção dos profissionais e gestores sobre as temáticas que englobam a Atenção Básica;
- Descrever os programas de alimentação e nutrição na atenção básica do município de Amparo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRICO DA ATENÇÃO BÁSICA

Há uma tendência internacional em utilizar a terminologia “Atenção Primária a Saúde” para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil a expressão “Atenção Básica a Saúde” (ABS) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretárias e documentos oficiais (BRASIL, 2012a). Em algumas revistas do Ministério da Saúde (MS) afirmam de que Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde têm o mesmo significado.

A utilização pelo Ministério da Saúde do termo atenção básica para designar atenção primária, apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde (BRASIL, 2011).

A atenção básica a saúde enfatiza a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. A ABS considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011).

Ao se tratar do acesso da população aos serviços de saúde, a ABS tem sido pensada, tanto como porta de entrada do sistema, como primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e as comunidades (CECILIO, et. al 2012).

Starfield (2002), afirma que a ABS deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e a efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder as necessidades da saúde da população.

Na década de 1990, no Brasil aconteceram importantes mudanças na política nacional de atenção básica e grandes investimentos na ampliação do acesso a saúde. Pode-se dizer que tais investimentos se relacionam tanto as mudanças no arranjo federativo instaurado após a constituição de 1988 e ao

processo de descentralização, como o destaque que a atenção básica assumiu na agenda setorial desta época (CASTRO; MACHADO, 2010).

A execução direta de ações e serviços de atenção básica à saúde é atribuição da esfera municipal, apesar disso o Ministério da Saúde tem papel relevante na determinação desta política em âmbito nacional, por ser um importante órgão formulador e financiador das políticas de saúde e pelo caráter indutor da política federal de incentivo a atenção básica (CASTRO; MACHADO, 2010).

Diante da reorganização do modelo de atenção a saúde no Brasil, novas perspectivas foram apresentadas como o programa de agentes comunitários de saúde criado em 1991, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) (CAMPOS, 2006).

Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários. O PSF é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, sendo denominado atualmente por Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção básica, centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social (MARTINS; GARCIA; PASSOS, 2008).

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho (BRASIL, 2006).

Segundo orientações do Ministério da Saúde, na ESF, as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. O processo de trabalho das equipes se estrutura a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e micro áreas a primeira entendida como um conjunto de micro áreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe, onde residem em torno de 3.000 a 4.500 pessoas e a segunda representa a área de atuação de um agente comunitário de saúde onde moram cerca de 400 a 750 pessoas (BRASIL, 2006).

A atenção básica a saúde (ABS) é a principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da Rede de Atenção a Saúde, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2012a).

3.2 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

As propostas de Rede de Atenção a Saúde (RAS) são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. A partir de então, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011). Na realidade, a proposta de RAS é quase centenária, já que foi feita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920 (DAWSON, 1964).

Anteriormente existiam sistemas fragmentados de atenção à saúde, sendo conceituados como aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolada e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Isso fica exemplificado onde atenção básica não se comunica fluidamente com a atenção secundária a saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária a saúde, nem com os sistemas de apoio (MENDES, 2010).

Os sistemas fragmentados de saúde caracterizam-se pela forma de organização hierárquica, a inexistência da continuidade na atenção, o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar, a passividade da pessoa usuária, a ação reativa a demanda, a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras, a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (FERNANDEZ, 2004).

As mudanças na saúde da população, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico determinaram a transição de da atenção à saúde (MENDES, 2010).

As redes de atenção à saúde são conceituadas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009).

Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmaram que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais inter organizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida.

As RAS têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (FLEURY e OUVREY, 2007). A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar as decisões pelos políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos (AGRANOFF e LINDSAY, 1983).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que as RAS contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas

necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (OMS, 2008).

3.3 SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE EM NÍVEL DE ATENÇÃO BÁSICA

As ações e serviços da Atenção Básica em Saúde incluem: promoção à saúde; prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, acompanhamento, redução de danos e reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2012a).

O acolhimento e atenção à demanda espontânea incluindo as urgências e emergências nas unidades básicas de saúde, a atenção e cuidado continuado/programado tanto nas unidades de saúde como em domicílio (quando for necessário) são outras ações da ABS (BRASIL, 2012a).

A indicação, prescrição e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos também devem ser realizadas no âmbito da Atenção Básica, bem como atividades de atenção individual e coletivas (ex.: Familiar, Comunitária); atividades de vigilância em saúde; atenção a todos os cidadãos sob sua responsabilidade, independente dos ciclos de vida, gênero ou problema de saúde apresentados (BRASIL, 2012a).

Dentro dos serviços pertinentes ABS estão às práticas integrativas e complementares como a atenção domiciliar; atenção à saúde bucal, vigilância nutricional e alimentar e atenção Nutricional, e também coordenação do cuidado, incluindo o acesso a ações e serviços fora do âmbito desse nível de atenção (BRASIL, 2012a).

As ações e serviços de saúde são sempre são ofertadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é um modelo que procura reorganizar a ABS acordo com os preceitos do SUS e com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), estrutura também vinculada a esta que busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009).

As equipes de saúde da família possuem atribuições do ponto de vista organizacional onde devem participar do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória. Também devem cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações. Associadas a estas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita (BRASIL, 2011).

Nos últimos anos, a ESF atingiu uma cobertura estimada de mais da metade da população brasileira e outros modelos de ABS atingiram uma cobertura populacional que pode variar entre 20% e 40%. No entanto uma nova questão surge no cenário do SUS voltada para qualidade da gestão e das práticas das equipes de ABS. Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da ABS e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2012b).

O PMAQ tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012b).

Dentre outros objetivos que o programa propõe esta a de ampliar o impacto da ABS sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitem o acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da ABS (BRASIL, 2012b).

Para adesão ao PMAQ é necessária contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. O êxito do programa depende da motivação e pro atividade dos atores envolvidos, trabalhadores, gestores e população usuária devem sentir-se motivados e perceberem que são essenciais para o seu êxito. A quantidade de

serviços e de atendimentos não são prioridades neste programa e sim a qualidade, a gestão municipal e os trabalhadores da ABS devem desenvolver ações que incorporem a percepção dos usuários e aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população (BRASIL, 2012b).

3.4 ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NAS POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

No Brasil recentemente, várias pesquisas demonstraram que o perfil de saúde da população e a transição epidemiológica, fruto das mudanças no perfil demográfico e nutricional da população vêm promovendo profundas alterações no padrão de morbimortalidade e no estado nutricional em todas as faixas etárias, em todo o espaço geográfico, nas áreas urbana e rural das grandes e pequenas cidades (ASSIS, et al., 2002).

Apesar do crescimento da obesidade, os problemas relativos à deficiência de acesso a alimentação em qualidade ou quantidade adequada causa ainda problemas de desnutrição ou carência de micronutrientes (PINHEIROS, 2008).

A ação dos profissionais de saúde na atenção básica à saúde deve orientar-se pelo compromisso e conhecimento da realidade epidemiológica, em um determinado território, e das estratégias de ação em saúde coletiva (BRASIL, 2009).

Em um estudo realizado por Santos (2005), questionou-se sobre a opinião de diferentes trabalhadores da área de saúde sobre a inserção do nutricionista na ESF, vários profissionais da saúde relataram passar por problemas relacionados à falta do nutricionista e usam argumentos que auxiliam nessa integração como dúvidas e falta de conhecimento para responder questões relacionadas à nutrição.

O autor anterior ainda afirma que o nutricionista é o único profissional que recebe na sua formação acadêmica um conhecimento específico que lhe permite a partir de diagnóstico e observação de valores socioculturais de cada paciente, propor as devidas orientações nutricionais adequando-as à realidade de cada família, sendo um profissional indispensável no modelo de atenção à saúde proposto pelo governo.

O profissional de nutrição tem o importante papel de promover uma reeducação dos hábitos alimentares da população fazendo a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida. Nos serviços de saúde o profissional tem várias ferramentas que podem ser utilizadas para melhorar a saúde da população, por exemplo, através das consultas com monitoramento do estado nutricional, há possibilidade de diagnósticos longitudinais, o que é de grande importância para a melhoria das condições alimentares e nutricionais da comunidade. Através de avaliações antropométricas, integradas a outros marcadores de saúde como hipertensão e diabetes, há uma resposta mais efetiva com relação à necessidade de cada paciente (MACHADO, apud MATOS E NEVES, 2009).

No âmbito da atenção básica a formulação e a implementação das ações de alimentação e nutrição em saúde devem considerar alguns elementos organizacionais. As intervenções na alimentação e nutrição devem contar com ações de cuidado nutricional propriamente dito englobando ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, garantindo o tratamento, cuidado e assistência; devem considerar como sujeito das ações o indivíduo, a família e a comunidade; as ações devem ter caráter universal, tais como aquelas ações que visam à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e à promoção de alimentação saudável, aplicáveis a quaisquer fases do curso da vida e específicas, como por exemplo, ações destinadas a gestantes, crianças, escolares, adolescentes, adultos e idosos (CONSELHOR FEDERAL NUTRIÇÃO, 2008).

Na agenda programática da atenção básica em saúde já existem algumas ações de alimentação e nutrição, no âmbito municipal, embora ainda implementadas de maneira fragmentada e não universal. Dentre essas ações, estão incluídos o incentivo, o apoio e a proteção ao aleitamento materno; a vigilância alimentar e nutricional por meio do Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), programas de suplementação medicamentosa de micronutrientes como ferro, ácido fólico e vitamina A, o cuidado nutricional em programas de saúde para grupos populacionais específicos risco nutricional, hipertensos, diabéticos, entre outros e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (CFN, 2008).

Segundo Cavalieri apud Geus et.al. (2011), a inserção do nutricionista na equipe da ESF é justificada pela sua formação acadêmica, já que este é capacitado para realizar o diagnóstico nutricional da população propondo orientações dietéticas necessárias e adequadas aos hábitos da unidade familiar, ao meio cultural e levando em conta a disponibilidade de alimentos.

Por entender que alimentação saudável é essencial para qualidade de vida da população o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) vem defendendo, ao longo dos anos, a inserção deste profissional nas equipes da ESF. Sua inclusão revela-se uma necessidade político-social relevante, com o objetivo de orientar a população e os equipamentos sociais, sensibilizando e promovendo mudança dos hábitos alimentares (CARVALHO, 2005).

A inserção do nutricionista na ABS apoia-se principalmente na aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) pelo Ministério da Saúde, a qual delega ao setor a realização de ações e formulação de políticas públicas voltadas à alimentação e nutrição, direcionadas à promoção de saúde, à prevenção e controle de deficiências nutricionais e doenças crônicas não transmissíveis (CARVALHO, 2005).

O nutricionista pode compor equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), isso dependerá do perfil epidemiológico do município e do território, bem como da sensibilidade dos gestores municipais na definição do perfil dos profissionais que farão parte dos núcleos (BRASIL, 2008).

A Portaria n^o 154 inclui o nutricionista como responsável pelas seguintes atividades no NASF coordenação das ações de diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional; Promoção da alimentação saudável para todas as fases do curso da vida; estímulo à produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente; Capacitação da ESF e participação de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais; elaboração das rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à alimentação e nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra referência do atendimento e promoção da articulação intersetorial para viabilizar as ações voltadas para a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2008).

3.5 ESTRATÉGIA E-SUS ATENÇÃO BÁSICA (E-SUS AB) REESTRUTURAÇÃO DO SIAB

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da ABS, a fim de modernizar sua plataforma tecnológica com o intuito de informatizar as unidades básicas de saúde (UBS) e oferecer ferramentas que amplie o cuidado e melhore o acompanhamento da gestão (BRASIL, 2013a).

Dentre os principais objetivos do e-SUS estão a redução do retrabalho de coleta de dados, a individualização, a produção de informação integrada, o cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no trabalho, como também o desenvolvimento de ações orientadas pelas demandas dos usuários da saúde (BRASIL, 2013b).

O e-SUS irá auxiliar, controlar e integrar diversos setores de uma Secretaria ou de uma UBS, além de permitir acompanhar o histórico de saúde do paciente sob alguns aspectos como: atendimentos realizados, dispensação de medicamentos e realização de exames, emitindo comprovantes para facilitar o controle pela Unidade de Saúde e pelo próprio paciente (BRASIL, 2013a).

A partir da implantação do e-SUS pretende-se reestruturar o atual Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que será substituído gradativamente por um novo sistema de informação, o SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica. À partir do SISAB, outros sistemas com dados originados na atenção básica serão alimentados automaticamente.

Algumas características diferenciam o SIAB do SISAB, a exemplo dos tipos de registros que no primeiro são consolidados e no segundo serão individualizado. Já os relatórios são agregados e consolidados por equipe no SIAB e no novo programa serão agregadas por indivíduo, equipe, regiões de saúde, município, estado e nacional. A alimentação dos dados do SIAB é feito pelos profissionais da ESF e a Equipe de Atenção Básica (EAB) já os dados do SISAB serão consolidados pelos profissionais da ESF, por a EAB, consultório na rua, atenção domiciliar e NASF. O acompanhamento territorial é feito por famílias no SIAB já no SISAB o acompanhamento será por domicílios, núcleos familiares e indivíduos. No SIAB as atividades coletivas e reuniões tem seus

registros aos campos Atendimento em Grupo – educação em saúde, procedimentos coletivos e reuniões, no SISAB os registros serão por tipo de atividade, tema para reunião, público alvo e tipos de práticas/temas para saúde. Os indicadores são fornecidos com base na situação de saúde do território no SIAB, já no programa novo os indicadores serão fornecidos a partir da situação de saúde do território, atendimentos e acompanhamento dos indivíduos do território (BRASIL, 2013a).

A Estratégia e-SUS AB, conta com dois sistemas de *software* para a captação de dados, sendo eles: sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), que alimentam o SISAB. O e-SUS CDS- AB Coleta de Dados Simplificada é o *Software* que permitirá o registro integrado e simplificado através de fichas de cadastro do domicílio e dos usuários, de atendimento individual, de atendimento odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar, informações estas que vão compor o SISAB. O e-SUS PEC- AB Prontuário Eletrônico do Cidadão é o *software* e que permitirá a gestão do cadastro dos indivíduos no território, organizar a agenda dos profissionais da AB, realizar acolhimento à demanda espontânea, atendimento individual e registro de atividades coletivas (BRASIL, 2013a).

A estratégia do e-SUS CDS será o primeiro passo para a implantação do e-SUS AB, permitindo a alimentação do SISAB mesmo em unidades de saúde ainda não informatizadas, tendo como principal diferencial em relação ao SIAB, um menor número de fichas a serem preenchidas, a individualização dos dados por cidadão e a disponibilização de relatórios mais dinâmicos (BRASIL, 2013a).

A estratégia do e-SUS AB PEC pretende disponibilizar para a atenção primária tecnologia de *software* para a informatização das unidades básicas de saúde de forma que estas possam contar com prontuário eletrônico, de forma a garantir suporte clínico e melhor integração dos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

A tecnologia de informação do e-SUS AB, permitirá a interoperabilidade com outros sistemas de saúde em uso no município e o sistema de coleta de dados (BRASIL, 2013a).

O objetivo dessa reestruturação é detalhamento das informações com o uso de dados individualizados, permitindo o acompanhamento de cada usuário

atendido, assim como as ações desenvolvidas por profissional da equipe. Mas essa reestruturação só será completa e efetiva com o envolvimento dos gestores, dos profissionais de saúde e dos trabalhadores do SUS na implantação, utilização e aprimoramento contínuo do SISAB (BRASIL, 2013b).

A estrutura e-SUS AB irá trazer benefícios para os usuários já que terão sua identificação imediata, maior rapidez no atendimento, na marcação de exames, além de realizar consultas e receber medicamentos com maior eficácia. Para os gestores facilitará na identificação de cada usuário através de seu nome, número do cartão do SUS, com isso haverá os instrumentos de gerenciamento e atendimentos aos pacientes serão modernizados, os recursos humanos e funcionais das UBS serão melhores distribuídos, e este programa auxiliará na programação das atividades e na tomada de decisões através da emissão de relatórios gerenciais das UBS. Os profissionais de saúde terão seu trabalho facilitado por que identificam o usuário com maior agilidade e qualidade no atendimento, tem acesso aos dados e consultas anteriores do paciente tornando o acompanhamento e controle da saúde dos pacientes mais completos, além da facilidade para os preenchimentos dos formulários, a marcação de consultas e exames (BRASIL, 2013a).

4METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com caráter descritivo e transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando como procedimentos metodológicos a aplicação de questionário por meio de entrevista, desenvolvimento de grupo focal e análise de dados do Relatório anual do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A opção por escolher abordagem qualitativa é que a investigação desta trabalha com foco em valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Já a abordagem quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer a luz dados, indicadores e tendências observáveis (MINAYO; SANCHES, 1993). No tocante desta pesquisa buscou-se utilizar as duas abordagens cada uma no seu uso apropriado para atender os objetivos da mesma e obter melhores resultados.

4.2 UNIVERSO AMOSTRAL

Compuseram a amostra desta pesquisa os profissionais da Equipe Saúde da Família (ESF) do município de Amparo no Estado da Paraíba e os gestores da Secretaria de Saúde, considerando como gestor, a Secretaria Municipal de Saúde, a Diretora da Unidade Básica de Saúde e o digitador dos dados relacionados à Atenção Básica. Além disto, foi realizada análise documental por meio dos dados do relatório anual do SIAB dos anos de 2012 e 2013.

4.3 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram utilizados três métodos distintos e complementares. Primeiramente, aplicou-se um questionário semi-estruturado (APÊNDICE I) o qual norteou as entrevistas realizadas com gestores municipais contendo questões relativas aos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, o mesmo era composto por indagações objetivas e subjetivas, e para melhor apreensão das respostas, todas as entrevistas foram gravadas em mídia digital.

Posteriormente foi realizado um Grupo Focal com os profissionais da única Unidade Saúde da Família com o intuito de apreender o olhar da equipe a respeito da organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, especificamente da Estratégia Saúde da Família. O Grupo Focal (GF) é um método que prioriza a interação entre participantes e pesquisador objetivando revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos específicos e diretivos que estão em discussão. O GF deve seguir um roteiro norteador, é composto em média por 6 a 10 participantes, os quais devem ser selecionados por apresentar certas características em comum que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado e sua duração é de aproximadamente uma hora e meia (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). Para uma melhor apreensão da percepção dos profissionais de saúde, o encontro foi gravado por meio da utilização de um gravador digital.

Por fim, foram coletadas informações dos relatórios anuais do SIAB, as quais foram disponibilizadas pela Secretária Municipal de Saúde. Os dados foram coletados do relatório de Produção e Marcadores para Avaliação 2 (PMA2) e dos relatórios da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (SSA2). Foram coletados dados relativos aos anos de 2012 e 2013.

A Figura 1 demonstra de maneira simplificada a coleta de dados realizada.

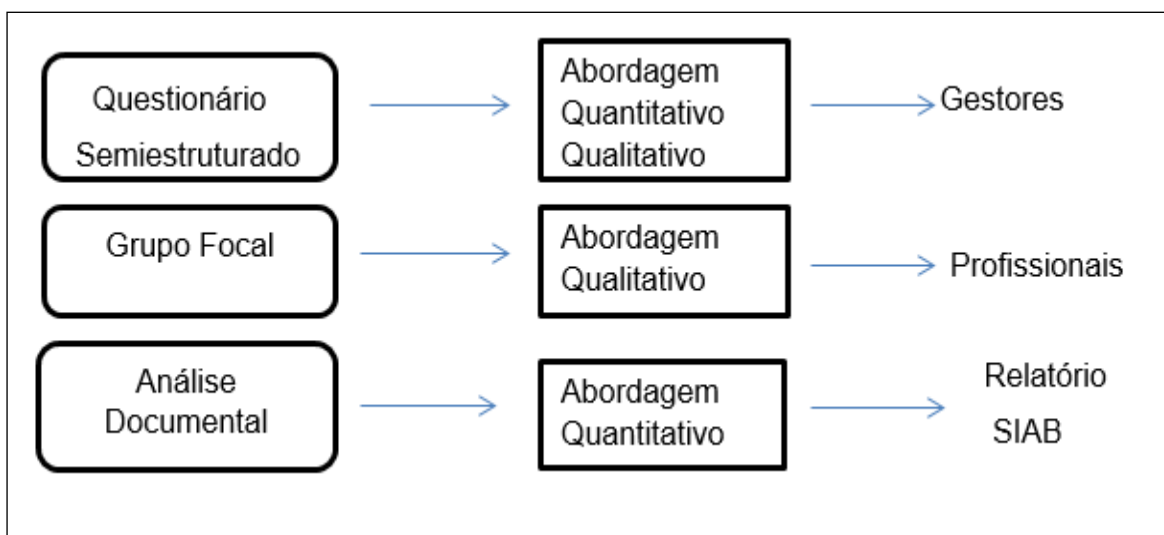


Figura 1- Esquematização da Coleta de dados.

FONTE: Dados da pesquisa, (2014).

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Os questionários aplicados por meio das entrevistas com os gestores foram transcritos da mídia digital para um microcomputador, sem que houvesse nenhuma alteração por parte da pesquisadora e foram analisados de maneira descritiva, e por meio da metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2008), a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, os quais visam descrever o conteúdo das mensagens para interpretá-las.

Para análise do método de grupo focal foi realizada a transcrição na íntegra de todas as falas durante o encontro, garantindo o anonimato de todos os participantes. Após as transcrições, o material obtido foi pré-analisado com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais. Realizou-se o tratamento dos resultados por meio da categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças, e, após a categorização, os elementos foram reagrupados em função das características comuns. Para finalizar, os elementos categorizados e agrupados foram interpretados (BARDIN, 2008).

Os dados obtidos por meio dos relatórios do SIAB foram agrupados, categorizados e analisados por meio do programa Microsoft Office Excel2010.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida à apreciação ética e aprovação na Plataforma Brasil, em cumprimento aos requisitos éticos da resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para realização de pesquisa envolvendo seres humanos. Atualmente a pesquisa está em apreciação ética no Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, tendo como número de protocolo de aprovação CAAE: 33353314.3.0000.5575.

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto à finalidade desta. Ressalta-se que a pesquisa não trará danos ao público pesquisado e que só participaram aqueles indivíduos que assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como a pesquisa conta com públicos distintos, utilizou-se três TCLE, um para

os participantes entrevistados (APÊNDICE III), o segundo termo para os indivíduos que participaram do grupo focal (APÊNDICE IV), e outro para autorização da utilização dos dados referentes ao SIAB (APENDICE V). Também foram tomadas todas as precauções a fim de garantir a confidencialidade da identidade dos sujeitos, evitando a exposição de qualquer informação que possa prejudicá-los eticamente.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de garantir um melhor entendimento, os resultados serão apresentados de forma a atender a necessidade de resposta dos objetivos traçados pela pesquisa, a configuração escolhida pretende demonstrar as características do município de Amparo e de sua rede de atenção básica, descrever os dados contidos no SIAB e relatar a visão dos profissionais e gestores a respeito do tema por meio da análise dos questionários e apontamento das falas do grupo focal.

Devido ao volume elevado de informações coletadas será apresentado um recorte dos resultados apreendidos com a pesquisa e outros resultados deste estudo poderão ser visualizados em breve em publicações científicas.

Para manutenção do sigilo e não identificação dos sujeitos da pesquisa aos participantes das entrevistas foram atribuídos números de 1 a 3 de forma aleatória e aos participantes do Grupo focal foram atribuídos codinomes, sendo utilizados nomes de seleções devido à proximidade com o evento da Copa do Mundo.

5.1 DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

O município de Amparo é considerado como de pequeno porte e dispõe a seus munícipes o acesso aos serviços de saúde por meio das ações pertinentes à Atenção Básica e aos serviços de urgência e emergência.

Os serviços de saúde da Atenção Básica do município são compostos pela atenção prestada na UBS, no NASF, farmácia básica e no centro de reabilitação. Atualmente, está em fase de implantação o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e duas Ancoras de Saúde na zona rural do município.

A UBS conta com uma Equipe Saúde da Família (ESF), sendo esta composta por uma médica do Programa Mais Médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, uma técnica em saúde bucal e sete agentes comunitários de saúde.

A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composta por uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma assistente social e um médico veterinário, além disso, o Centro de Reabilitação (CR) conta com um fisioterapeuta e um psicólogo (Figura 2).

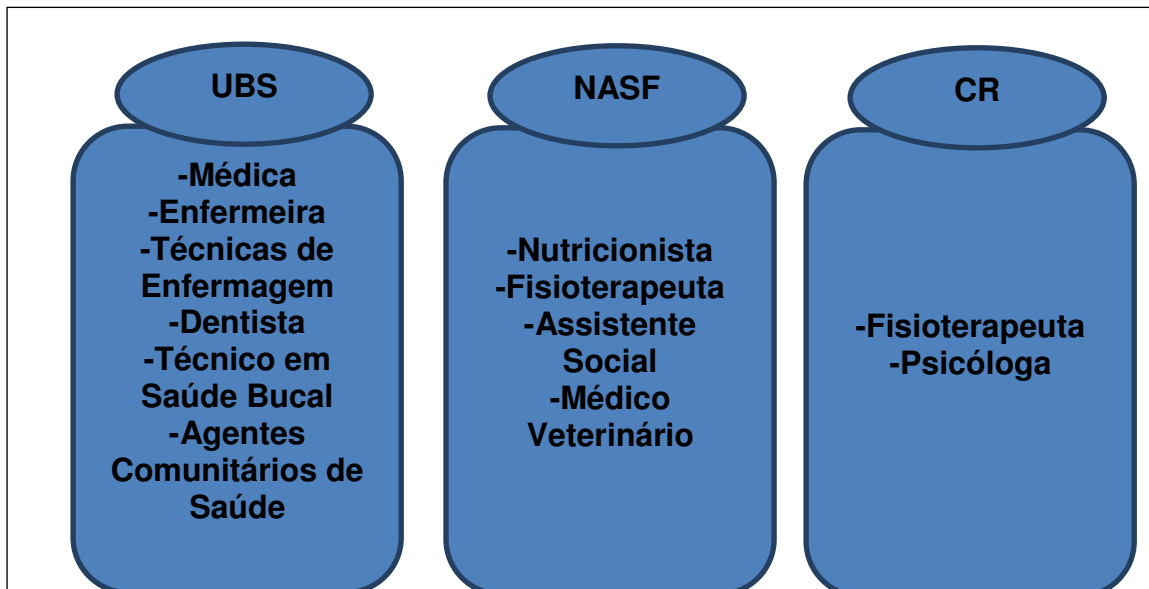


Figura 2 - Profissionais da Atenção Básica do Município de Amparo.
 FONTE: Dados da pesquisa, 2014

As ações realizadas pelos profissionais da ESF são compostas por atendimento de puericultura, pré-natal, prevenção do câncer cérvicouterino, diagnóstico e acompanhamento de pacientes diabéticos, hipertensos, portadores de hanseníase e tuberculose, sendo que em relação a esses dois últimos respectivamente, no ano de 2012/2013 segundo o relatório PMA 2 do SIAB não foram diagnosticados casos no município. A equipe também realiza visitas domiciliares, atendimento com grupos de educação em saúde, procedimentos coletivos e reuniões com a equipe.

A equipe do NASF realiza apoio matricial na UBS, visitas domiciliares, atendimento ambulatorial e também realiza ações educativas com grupos específicos. No Centro de Reabilitação são realizados atendimentos ambulatoriais fisioterapêuticos e psicológicos recebendo uma denominação diferenciada apenas por questão de repasses financeiros. É importante destacar que o apoio matricial sugere modificações entre as relações dos níveis hierárquicos em sistemas de saúde, ou seja, o especialista integra-se organicamente a equipes que necessitam do seu trabalho especializado, e

desta forma, além de oferecer retaguarda assistencial, objetiva-se produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões. No entanto, para este estudo, não foi investigado como se dá a organização da produção de trabalho e de serviço do NASF e Centro de Reabilitação, que embora façam parte da Atenção Básica do município de Amparo, não foi alvo de análise por questões de logística do estudo (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Importante relatar ainda que os participantes da pesquisa destacaram alguns programas identificando-os como componentes importantes para a atuação da Atenção Básica: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Mais Médicos, Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR) e o Programa Bolsa Família.

Foi possível identificar pelas falas dos participantes que esses programas são fundamentais para execução de ações no âmbito da ABS, pois representam incentivo, principalmente financeiro, que proporciona a municípios de pequeno porte, como o que está em questão, a possibilidade de execução de Políticas Públicas estabelecidas em nível Federal e que por vezes tornam-se inoperantes por dificuldades impostas pela realidade local.

“Nosso principal parceiro é Ministério da Saúde, por que foi através dele que nós conseguimos adquirir o PMAQ que vem aí nos dando um suporte financeiro maior, tanto de incentivo aos profissionais, quanto de manutenção de compra de equipamentos para a Atenção Básica, por que a gente sabe que só o recurso dos fundos municipais de saúde não daria conta, então o PMAQ vem nos ajudando nesse sentido.”
(ENTREVISTADO-1)

Vale ressaltar que a descentralização, uma das diretrizes do SUS, tem sua aplicação através do financiamento a cargo das três esferas de governo e a execução de serviços por conta dos municípios. O processo de descentralização no Brasil envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a municipal. Ao longo da década de 1990, foi verificada uma grande aceitação dos municípios

pela municipalização, a qual pode ser explicada pelo interesse em aumentar a renda orçamentária de suas receitas (ARRETCHE, 2002).

Alguns municípios brasileiros, principalmente os de pequeno porte, dispõem de capital para o setor saúde advindo quase que exclusivamente através desse repasse, não apresentando condições de prover sua área territorial com todas as ações e serviços necessários para a atenção integral de sua população (SOUZA e COSTA, 2010). Sendo assim, destaca-se que a descentralização, busca-se envolver todas as esferas do governo para que, juntas, funcionem no sentido de promover melhorias na situação de vida e de saúde da população.

Vasconcelos (2005) destaca que a complexidade do SUS, as dificuldades loco-regionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde se apresentam como fatores que precisam ser constantemente superados para uma melhor atuação do Sistema Único de Saúde. O mesmo autor afirma que a dificuldade dos gestores para promover a integração entre estados, municípios e as redes assistenciais estatais com os serviços de abrangência nacional podem contribuir com os problemas de acesso aos serviços como também podem comprometer a universalidade e integralidade do sistema.

5.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE

As análises das entrevistas com os gestores e do grupo focal com os profissionais da UBS foram descritas conforme categorização de temática.

5.2.1 Entendimento sobre Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

As análises das entrevistas e das falas do grupo focal demonstraram que tanto os profissionais quanto os gestores relacionam o conceito de Atenção Básica a dois aspectos, que são; entendimento da mesma como sendo a porta de entrada dos serviços de saúde e como sendo sinônimo de

Estratégia Saúde da Família. Estas percepções podem ser observadas nas falas dispostas a seguir:

“A porta de entrada das pessoas, a AB é a primária, caso o problema não seja resolvido passa para secundária. É o elo entre a comunidade e o serviço de saúde que no caso é ESF”. (BRASIL)

“Porta de entrada do SUS. Com ações de Prevenção, promoção, manutenção e tratamento de patologias”. (ENTREVISTADO-1)

“Aqui em Amparo só funciona a AB, todo mundo que procura atendimento procura logo a UBS, por isso eu acho muito importante a AB no município. O papel da ESF é atender a comunidade e resolver o maior número de casos possíveis no município”. (ENTREVISTADO- 3)

Os resultados encontrados mostraram os sujeitos que compõe o quadro de recursos humanos da atenção básica do município estudado compreendem o conceito de Atenção Básica segundo o que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB a qual caracteriza a Atenção Básica como a porta de entrada para os serviços de saúde, com o desenvolvimento de ações que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e com resolutividade da maior parte (85%) das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012a).

É importante destacar que facilmente encontra-se a utilização do termo Atenção Básica como se estivesse falando sobre a Estratégia Saúde da Família, esta utilização é compreendida tendo em vista que a Política Nacional de Atenção Básica tem a Estratégia Saúde da Família como prática prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. No entanto, é importante que os gestores e equipes de saúde compreendam que trata-se de uma prática prioritária, mas não a única. A ESF foi pensada justamente para reorganizar a AB, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de proporcionar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

O olhar para Atenção Básica não deve ficar restrito às ações da ESF, pois este tipo de percepção pode limitar e prejudicar as demais ações pertinentes ao escopo da Atenção Básica, tendo em vista que a mesma se configura como centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde e por isso, constitui-se como algo muito mais abrangente, envolvendo em seu leque de atuação outros componentes importantes, além da ESF.

Quando questionados agora sobre a ESF, os profissionais descrevem sucintamente suas opiniões sobre a estratégia e como se sentem em trabalhar nela. É importante destacar que não foi possível perceber uma clareza na formulação do entendimento sobre qual o papel da ESF por parte da maioria dos entrevistados, pois os mesmos associavam o trabalho na Saúde da Família como algo para ajudar o próximo, sem conseguir estabelecer uma relação da estratégia como uma política para operacionalizar as ações de saúde do município.

“A criação da ESF foi importante e ajuda muito as pessoas. Sinto-me maravilhada em ajudar o próximo” (BRASIL)

“Às vezes somos um pouco psicólogo nas visitas as famílias e isso acaba ajudando as pessoas”. (CHILE)

“Há 17 anos trabalho como ACS e mesmo com dificuldades acho gratificante meu trabalho” (HOLANDA)

Um estudo realizado apenas com enfermeira no Estado da Bahia encontrou que as mesmas entendiam o Programa Saúde da Família como uma forma de implantação de um novo modelo assistencial em substituição ao modelo hegemônico, pois permitia a adoção de novas práticas desenvolvidas por equipe multiprofissional e tendo a promoção da saúde como eixo prioritário. A percepção das enfermeiras deste estudo considerou que a ESF exige uma nova lógica do processo de trabalho diante do “novo modelo” que preconiza mudanças na política de saúde local, numa perspectiva de universalizar a atenção em saúde conforme preconiza o SUS (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005). Este olhar não foi percebido por parte dos participantes da pesquisa em Amparo.

No entanto, em estudo realizado por Rocha et, al.(2013), os profissionais entrevistados destacaram, entre outras questões, que a maior satisfação em trabalhar na ESF é a sensação de utilidade e a possibilidade de serem agentes de transformação positiva podendo fazer a diferença. Nesse mesmo estudo o termo “ajudar” foi citado por metade dos entrevistados, o que corrobora com os resultados encontrados na pesquisa em questão e como pode ser visto nas falas anteriormente citadas. A relação de vínculo entre os profissionais das equipes de saúde e as famílias é um dos pressupostos da ESF, onde se espera que independente da função ocupada o profissional haja de maneira ética, ouvindo o usuário, respeitando-o, sobretudo, seus valores e crenças pessoais proporcionando assim uma melhor qualidade no atendimento oferecido.

5.2.2 Programas e ações da Atenção Básica

Quando os profissionais foram indagados sobre quais programas e ações pertinentes à AB funcionavam no município, os gestores identificaram alguns exemplos, como o NASF, o QUALIFAR, o Mais Médicos e Hiperdia, conforme observado nas falas abaixo:

“Eu sei que aqui tem o QUALIFAR que é na farmácia básica, o hiperdia onde o pessoal cadastrado vem mensalmente pegar medicamento.”
(ENTREVISTADO 3)

“Os programas que hoje a gente tem no município são Mais médicos, Hórus na farmácia básica que é o QUALIFAR, hiperdia e tem outros programas, mas eu não estou lembrando agora”.(ENTREVISTADO 2)

“Nós temos hoje vários programas em parceria com o Ministério da Saúde o NASF, onde nós temos agora uma equipe de multiprofissionais, formados por nutricionista, veterinário, assistente social e fisioterapeuta que dão um suporte maior a AB do nosso município. Temos também o programa QUALIFAR que vem nos ajudar na atenção farmacêutica do município, que é também o programa Hórus, onde a gente tem um controle maior dos medicamentos distribuídos aqui na farmácia básica do município”.(ENTREVISTADO 1)

Embora os entrevistados tenham identificado algumas ações pertinentes a Atenção Básica, percebeu-se que alguns programas e estratégias não foram citados pelos mesmos, talvez pela não existência no município, ou mesmo pela não identificação da ação como sendo da Atenção Básica. Entre os programas não citados, destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE), por exemplo, que foi instituído por meio de decreto presidencial no ano de 2007 no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Em seu escopo de ações, o PSE aponta as Equipes de Saúde da Família para constituir, em parceria com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2009b).

O Programa Saúde na Escola compõe as ações da Atenção Básica quando em seu artigo 4º, estão dispostas as ações de saúde previstas pelo programa e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras ações, a avaliação clínica e nutricional dos alunos, atualização e controle do calendário vacinal, promoção da alimentação saudável, entre outros (BRASIL, 2009b). No entanto, o fato de tratar-se de um programa intersetorial possibilita a dificuldade de entendimento de seu campo de atuação.

Entre os programas que compõem a Atenção Básica, um programa merece destaque nesta discussão, pois embora não tenha sido percebido pelas falas dos entrevistados, observados na fala dos participantes, é uma estratégia importante de ampliação da ação da Atenção Básica e o município possui essa ferramenta que é Academia da Saúde.

O Programa Academia da Saúde adota uma concepção ampliada de saúde e estabelece como ponto de partida o reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde. Por isso, apesar do nome, o Programa não se restringe a realização de práticas corporais e atividades físicas e promoção da alimentação saudável. Mas os pólos foram concebidos como espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento,

participação social, entre outros. Além disso, um aspecto importante que contribui para a consecução dos objetivos propostos é que não se trata de um serviço isolado. O Programa faz parte da estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como componente da Atenção Básica e, por isso, funciona também como porta de entrada no SUS (BRASIL, 2013c).

Os participantes também foram questionados se haviam ações de saúde voltadas para grupos específicos dentro da Atenção Básica, e com esta indagação, percebeu-se que houve entendimentos distintos, os gestores identificaram programas e ações para grupos específicos, já os profissionais da ESF não tiveram o mesmo entendimento, e não consideraram que atendimento individual pode ser uma ação pertinente a grupos específicos, como por exemplo, não identificaram que o atendimento individual feito com a gestante durante o pré-natal trata-se de uma ação voltada a este público específico. Os profissionais demonstraram ainda o entendimento de que a realização de ações voltadas para determinados públicos específicos consiste apenas na execução de atividades em grupo.

“Não tem ações específicas e quando tem o pessoal não participa. Eu oriento as gestantes em procurar o dentista mando convite, marco o dia específico, mas só aparece 2 ou 3 com isso a pessoa fica decepcionada. O mesmo acontece com o grupo de hipertenso que estou tentando resgatar”.(BRASIL)

“Hoje a gente tem o programa de puericultura que é voltado para as crianças, na puericultura a gente observa a questão do ganho de peso e de perda de peso, de alimentação. Nós temos hoje o hiperdia que é o programa de acompanhamento do hipertenso e diabético. Temos hoje o sistema de pré-natal que hoje é tudo online, trabalha reafirmando que a mulher tem que fazer no mínimo 6 consultas de pré-natal”. (ENTREVISTADO 1)

“Tem acompanhamento das gestantes pelo pré-natal e o hiperdia onde todos os meses eles recebem medicação na unidade”.(ENTREVISTADO 2)

Os profissionais relatam sentir dificuldade em realizar atividades que envolvem promoção, prevenção e acompanhamento do estado saúde de públicos específicos, destacando que há resistência dos mesmos à adesão aos

programas de cuidado que não apresentam características curativas, como pode ser observado nas falas abaixo.

“Os hipertensos da minha área são resistentes e em média 20% apenas procuram realizar o acompanhamento. Há desinteresse da população”.(URUGUAI)

“Algumas mães são resistentes em vacinar suas crianças e os ACS não tem como obrigar elas a vir”.(HOLANDA)

Costa et al. (2012) encontraram em estudo realizado com usuários e profissionais da ESF da cidade de Marília que a forma de atenção predominante em seu território tem foco curativo centrado no modelo médico assistencialista com a atenção voltado para o cuidado individual, tendo em vista ser este o modelo que os indivíduos trazem em suas referências. Sendo assim, semelhante ao que foi encontrado em Amparo, os autores demonstraram ter encontrado resistência, por parte dos usuários, em relação a adoção de ações de caráter preventivo, levando em consideração um modo de intervenção que não espera que a população chegue para ser atendida, ao contrário, age preventivamente sobre ela.

5.2.3 Entendimento sobre Redes de Atenção a Saúde (RAS)

As redes de atenção à saúde são um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2010).

Levando em consideração esta definição, nota-se que poucos profissionais definem com clareza o conceito sobre RAS e qual a importância da Atenção Básica ser organizada em redes, como pode ser observado nas falas a seguir.

“É primordial a rede de atenção, como os serviços da rede de saúde mental a exemplo dos CAPS, CAPSin, CAPSad”.(ENTREVISTADO -1)

“Já ouvi falar que as redes de atenção é um conjunto de ações, por exemplo: os serviços são interligados

uma coisa é ligada a outra. Aqui no município quem utiliza a rede de atenção são as gestantes, pois passam pela AB e ainda pelos serviços de média complexidade”.(BRASIL)

O tema das redes de atenção a saúde no Brasil é recente e não há experiências em escala, nem avaliações sólidas. Contudo, estudos de casos de experiências de RAS indicam semelhança entre elas e o que ocorre em países desenvolvidos, podendo ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS, ainda há evidências de que esse modelo de atenção à saúde pode melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários do serviço de saúde (MENDES, 2010). A ABS é considerada o eixo estruturante das RAS no SUS, já que é o centro de comunicação entre todos os pontos de atenção a saúde, com isso faz-se necessário que os profissionais de saúde compreendam o funcionalismo desse novo modelo de atenção para que ofereça atendimento de maneira integral a população de sua área de cobertura, na tentativa de superar assim o antigo modelo fragmentado de atenção a saúde.

5.2.4 Percepções sobre Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional e a Atenção Nutricional

Tendo em vista que um dos objetivos da pesquisa consistia em descrever os programas de alimentação e nutrição na Atenção Básica, foi questionado aos participantes quais ações os mesmos identificavam neste setor. As falas mostram que no município em questão o entendimento sobre os programas de alimentação e nutrição são iniciais, necessitando de um maior aprofundamento tanto por parte da gestão como dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

“O município trabalha para que as pessoas se conscientize do papel importante que exerce o nutricionista na AB e na vida de cada indivíduo, principalmente indivíduos com hipertensão e diabetes precisam ter uma dieta mais rigorosa. O Ministério da saúde também vem entendendo isso, por que hoje existe o incentivo financeiro que é o Programa de Atenção Nutricional se eu não me engano é o PNAN que ai eles mandam um recurso pra que seja comprado balança, fitas antropométricas para que os ACS possam acompanhar e

possam encaminhar para o NASF, pra gente não serve apenas diagnosticar a obesidade, a desnutrição, o importante é ter um tratamento integral como o SUS pede, é diagnosticar e além de disso tratar”.(ENTREVISTADO - 1)

“Não há ações nesse setor, em nível de AB, mas a nutricionista do NASF ela procura fazer atendimentos por indicação, mas eu acredito que tá muito um trabalho de formiguinha e poderia se aprofundar mais, fazer uma busca ativa para conseguir resultados melhores”.(ENTREVISTADO– 2)

A segunda fala demonstra que o entrevistado não fez identificação da atuação do NASF como sendo parte da Atenção Básica, apontando para a necessidade de discussão e capacitação de todos os indivíduos que constituem o corpo técnico deste setor.

A alimentação e a nutrição, enquanto requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Além disso, contribuem sobremaneira para o enfrentamento da atual situação epidemiológica do país, representada pela tripla carga de doenças, que envolve: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (JAIME, SILVA, LIMA e BORTOLINI, 2011). Desta forma, pode-se afirmar que as ações de alimentação e nutrição representam papel fundamental no contexto da Atenção Básica em Saúde e necessitam ser bem compreendidas e discutida com a equipe técnica de saúde dos municípios para que sejam encontradas estratégias que se adequem a realidade de cada território.

É importante destacar que as ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica atualmente estão dispostas em alguns eixos: Vigilância Alimentar e Nutricional; Promoção da Alimentação Saudável; Prevenção de agravos em saúde relacionados à alimentação e nutrição que compõe o eixo de ações de prevenção das deficiências de micronutrientes e combate e controle à obesidade; e que trabalhar de forma articulada e abrangendo esse

leque de possibilidades exige dos governos municipais uma organização intersetorial que ainda está embrionária na prática dos serviços.

O universo da Alimentação e Nutrição no campo da Saúde Pública, de maneira geral, requer uma ampla articulação não apenas intrasetorial, mas intersetorial, pois a melhoria das condições de alimentação e nutrição da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares saudáveis e do estado nutricional adequado, requer o envolvimento de outros setores necessário são desenvolvimento nacional e comunitário, como a agricultura, o desenvolvimento agrário, o desenvolvimento social e o combate à fome, a pecuária, a indústria, a educação, entre outros (JAIME, SILVA, LIMA e BORTOLINI, 2011). Acredita-se, portanto que a dificuldade, por parte dos participantes da pesquisa em Amparo, em identificar as ações de alimentação e nutrição no espaço da Atenção Básica tenha relação com essa complexa rede de atuação e abrangência.

Em uma das falas do participante da pesquisa, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) é citada como sendo uma ação da área na Atenção Básica e torna-se importante o entendimento da mesma. Trata-se de uma política publicada em sua primeira versão no ano de 1999 que se constitui no compromisso do Ministério da Saúde com a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e controle dos agravos nutricionais relacionados à insegurança alimentar e nutricional (JAIME, SILVA, LIMA e BORTOLINI, 2011). Em sua nova edição, publicada em 2011, a PNAN trouxe atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, na busca de uma resposta oportuna e específica do Sistema Único de Saúde (SUS) na reorganização, qualificação e aperfeiçoamento das ações de Alimentação e Nutrição para o enfrentamento da complexa situação alimentar e nutricional da população brasileira. É possível observar que a nova versão da PNAN apresenta-se articulada com o Plano Nacional de Saúde e Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, representando o elo entre o SUS e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). A política reafirma os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação e controle popular) (BRASIL, 2012c).

A Atenção Básica a Saúde, por meio da ESF é, um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição com repercussões potenciais nas comunidades atendidas. Em estudo realizado por Pimentel et. al (2014), os profissionais da saúde afirmaram que reconhecem as ações de alimentação e nutrição na atenção básica, mas encontram dificuldades para a ofertá-las a comunidade. Nesse mesmo estudo os entrevistados afirmaram que a melhor forma de superação dos desafios para que sejam ofertadas ações de alimentação e nutrição é incluir o nutricionista na ESF, por que apesar da disposição dos profissionais em desenvolver ações nesse âmbito com a comunidade, os mesmos afirmam não ter conhecimento necessário para executá-las de forma adequada. A inserção do nutricionista no âmbito da Atenção Básica é importante para auxiliar o monitoramento e o acompanhamento dos agravos nutricionais nas famílias e comunidades atendidas, por isso considera-se tão importante o reconhecimento dessas ações e a busca de estratégias para consolidação

5.2.5 Entendimento sobre Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB e e-SUS

Sobre a importância e a função do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apenas os entrevistados da gestão foram indagados sobre o tema, tendo em vista que os profissionais da Estratégia Saúde da Família não lidam com o sistema em si, mas com a coleta de dados que o alimenta. Foi possível identificar nas falas dos participantes da gestão o entendimento sobre a importância do SIAB e clareza sobre sua função, como pode ser observado abaixo:

“A produção do PSF alimenta o SIAB. No SIAB é feito o Cadastro das famílias. As informações são repassadas para o sistema e isso alimenta os programas. Considero importante o SIAB, pois os relatórios mostram os pontos que devem ser melhorados no município”-
ENTREVISTADO 3

“No SIAB são colocadas todas as informações de produção da ESF. Eu acompanho junto com o digitador os relatórios mensais pra ver se o município está inadimplente e quando não obtemos o êxito esperado eu

reúno a equipe de saúde e mostro os pontos que devem ser melhorado”. ENTREVISTADO 1

Em estudo realizado por Oliveira (2010), os profissionais não concebiam a utilização do SIAB como um instrumento do trabalho da ESF e sim, como um instrumento para efetuar a mera coleta dos dados para alimentar o sistema. Já Almeida et. al (2012), em estudo realizado com enfermeiros destaca que os mesmos apresentaram uma percepção deficiente em relação ao Sistema de Informação da Atenção Básica, o que pode refletir negativamente na sua utilização, ocasionando lacunas que precisam ser preenchidas para que as informações produzidas por eles reflitam a realidade da população.

Na pesquisa em Amparo não foi possível apreender a percepção dos profissionais da Equipe de Saúde da Família em relação ao SIAB, ficando os resultados restritos ao olhar dos gestores pesquisados. No entanto, considera-se pertinente a avaliação da percepção sobre o SIAB por parte da equipe para que possam ser identificados fatores e estratégias que auxiliem a tomada de decisão baseada em fatos observados no sistema.

O sistema de informação da saúde está passando atualmente por um processo de reestruturação, quando os participantes foram indagados sobre este tema, todos os envolvidos com a gestão disseram serem sabedores desta reestruturação, mostrando opiniões diferentes, mas sempre afirmando que as mudanças serão positivas.

“O e-SUS é um programa, um sistema de informação do SUS que veio só somar e eu acredito que a maior vantagem do e-SUS é dá possibilidade de o profissional e o paciente tenha uma atenção mais completa e continuada. [...]O paciente que procurar a AB a UBS ele vai ter o prontuário eletrônico que vai ter toda a história pregressa de toda e qualquer patologia que ele apresentou”. ENTREVISTADO 1

“Haverá um respaldo maior em nível de estatística, cita que irá facilitar na hora da gente fazer um cadastro, na hora da gente fazer a situação da população, pra gente saber qual índice de desenvolvimento dentro da nossa área de trabalho, quantas pessoas tem no município, qual o público jovem, o público de criança, público de adulto, quais as patologias que é mais encontrada no município”. ENTREVISTADO 2

“O SIAB vai mudar vai ser SISAB, já tá tendo o treinamento, vai mudar tudo. Tem que ser online igual o SISprénatal,

SIScolo, SISmama, tudo o que fizer tá lá no sistema e online se tiver algum erro não é aceito e já é identificado na hora".
ENTREVISTADO 3.

O e-SUS Atenção Básica é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2013a).

Pretende-se com o e-SUS AB, reduzir a carga de trabalho empenhada na coleta, inserção, gestão e uso da informação na Atenção Básica, permitindo que a coleta de dados esteja dentro das atividades já desenvolvidas pelos profissionais, e não uma atividade em separado. À partir da implementação desta estratégia, o atual sistema SIAB será substituído gradativamente por um novo sistema de informação, o SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2013a). Apesar de ser uma proposta nova e ainda em implantação, os gestores entrevistados demonstraram estar acompanhando atentos as mudanças que virão.

5.3 DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS RELATORIOS DO SIAB

Para a análise dos dados obtidos do relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (SSA2) Produção e Marcadores para Avaliação 2 (PMA2) serão discutidos os resultados pertinentes a puericultura, pré-natal, e acompanhamento a hipertensos e diabéticos, pois foram os grupos mais mencionados e prioritários pelas falas dos participantes da pesquisa.

O Quadro 1 descreve a média de indivíduos de grupos específicos acompanhados pela Equipe de Saúde Família nos anos de 2012 e 2013 no município de Amparo.

Quadro 1- Média de Acompanhamento realizado a grupos específicos em 2012 e 2013 no município de Amparo.

Grupos Específicos	Média de Cadastramento em 2012	Média de acompanhamento em 2012	Média de Cadastramento em 2013	Média de acompanhamento em 2013
Hipertensos	233	211	255	242
Diabéticos	45	42	48	47
Crianças (0 a 2 anos)	60	59	70	69
Gestantes	17	17	14	14

Fonte: Relatório SSA2 do SIAB 2012/2013.

O Quadro 2 apresenta os dados referentes ao número de consultas médicas realizadas aos grupos específicos destacados anteriormente nos anos de 2012 e 2013, extraídos do relatório de produção da Atenção Básica.

Quadro 2- Número de Consultas Médicas a grupos específicos

Grupos Específicos	Número de Consultas Médicas realizadas em 2012	Número de Consultas Médicas realizadas em 2013
Hipertensos	744	1054
Diabéticos	207	268
Puericultura	314	657
Pré-natal	229	246

Fonte: Relatório PMA 2 do SIAB 2012/2013.

O quadro 1 expressa um número significativo de hipertensos cadastrados no município de Amparo levando em consideração o número de habitantes, que segundo o IBGE (2010) é de 2.088. Destaca-se que segundo o SSA2 o percentual de acompanhamento dos indivíduos cadastrados é bastante elevado, permanecendo acima de 90% não só entre os hipertensos, mas para todos os grupos observados.

Analisando o número de consultas médicas realizadas ao longo do ano de 2012 pode ser percebido que por mês, em média, o atendimento ao indivíduo portador de hipertensão pelo médico foi de 62 consultas, este valor

sobe para 87 no ano de 2013. Não é possível, através destes dados, identificar quem é este hipertenso que está sendo atendido, ou seja, não é possível dizer se ao longo do ano são indivíduos diferentes ou o mesmo hipertenso que vai a mais de uma consulta por ano, por isso, aponta-se a necessidade de maiores estudos neste aspecto, pois é importante que todos os portadores de hipertensão realizem pelo menos uma consulta médica ao ano e apenas observar números não oferece subsídios para esta análise.

O município de Amparo apresenta um percentual de aproximadamente 2% de indivíduos portadores de diabetes, destacando para o fato de que não houve aumento significativo de novos casos entre os anos de 2012 e 2013.

Em nível nacional, o índice de portadores de hipertensão arterial permanece estável, atingindo 24,1% da população adulta brasileira (26,3% das mulheres e 21,5% dos homens). Já o percentual de pessoas com diabetes cresceu desde 2006, passando de 5,5% para 6,9% no ano de 2013. Os dados são da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2012d) que também mostrou que a doença é mais comum entre as mulheres (7,2%) do que entre os homens (6,5%). A observação dos dados mostra que Amparo está abaixo dos níveis nacionais para hipertensão e diabetes.

A puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada, desta forma, nos dois primeiros anos de vida é essencial que aconteça o acompanhamento integral da criança para que essas possam se desenvolver de maneira satisfatória (CAMPOS, 2011). No quadro 1 mostra o número de crianças de zero a dois anos cadastradas no município, onde segundo o relatório de SSA2 mais de 97% dessas crianças foram acompanhadas em 2012 e 2013. Analisando o quadro 2 houve em média 26 consultas médicas mensais em 2012 e 54 em 2013 voltadas para este público. Através destes dados não é possível identificar se essas crianças são atendidas para realizar o acompanhamento do crescimento ou se as mães procuram atendimento para seus filhos somente quando eles estão doentes, por isso é necessário que seja identificado esses

aspectos, para que se possa traçar a melhor ação que atenda esse público, sendo ela curativa ou de promoção a saúde.

Em relação a gestante uma informação merece destaque, a cobertura de acompanhamento das mesmas é de 100%, ou seja, todas as gestantes cadastradas em Amparo são acompanhadas. A cobertura do acompanhamento visto na cidade de Amparo não permite fechar conclusões em relação a qualidade, pois este aspecto não foi analisado, no entanto, o modelo de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde e seguido pelas Equipes de Saúde da Família propiciam uma assistência pré-natal de qualidade e preconiza a criação de vínculo entre profissionais e comunidade (GONÇALVES et al, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios do país ainda hoje. A análise dos resultados deste estudo evidencia que mesmo com a rede de atenção básica estruturada, os programas neste setor implantados e ferramentas de trabalho disponíveis ainda falta uma conectividade entre estes mecanismos e isso dificulta a efetividade das ações de saúde para população.

A eficácia dos processos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação são fundamentais para o monitoramento e a avaliação do estado de saúde da população e para o planejamento de ações nos serviços de saúde. Entretanto, a realidade aponta que as informações apresentadas no SIAB não são utilizadas na elaboração de ações e que o número de relatórios e fichas a serem preenchidas e analisadas pode dificultar esse processo.

A Estratégia de Saúde da Família é a principal configuração da Atenção Básica a Saúde no Brasil, e se faz necessário a integração dos profissionais para a realização de ações promoção, de vigilância e educação em saúde. Os atendimentos a grupos específicos conforme prever a Política Nacional de Atenção Básica PNAB são realizados no município, porém se faz necessária a elaboração de ações que fortaleçam o vínculo entre os usuários e os serviços de saúde.

A análise dos resultados da pesquisa aponta para a necessidade de mais estudos e reflexões acerca da Atenção Básica no município de Amparo no sentido de fortalecer as ações e identificar os fatores que se constituem como entraves no desenvolvimento desta Política. O tema, bem como, os resultados e conclusões pesquisados também geraram o desejo nesta pesquisadora de se aprofundar mais nesta temática, de forma que possa contribuir para produção de instrumentos de diagnóstico e intervenção para que o panorama de saúde seja melhorado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, G. B. S.; FREIRE, M. R.; LEONEL, M. Sistema de informação da atenção básica: a percepção de enfermeiros. **Revista Mineira de enfermagem**. v. 16, 2012.

AGRANOFF, R.; LINDSAY, V. A. **Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level**. Public Administration Review, v.43, p.227-238, 1983.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, v. 23, nº 80, p. 25-48. Campinas, 2002.

ASSIS, A. M. O; SANTOS S. M. C; FREITAS, M. C. S, SANTOS, J. M. SILVA M. C. M. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista Nutrição**. v15, p.255-66, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Editora: Edições, Lisboa, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde. O manual do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. 2ªed. Ministério da Saúde; Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica**. Ministério da Saúde, Brasília, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde PACS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde; Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria nº 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2009b.

BRASIL. Portaria nº 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**. Ministério da Saúde, Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde, Brasília, 2012c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2011**. Vigilância de fatores de risco e proteção de doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Brasília, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica 07 e-SUS Atenção Básica : manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS [recurso**

eletrônico].Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2013a.

BRASIL. Portaria nº1.412. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2013b.

BRASIL, Portaria nº 2.681. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: abr. 2014.

CAMPOS, G. W. S. e DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno Saúde Pública**. v. 23, nº. 2. Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, R.M.C.; RIBEIRO, C.A.; SILVIA, C. V.; SAPOROLLI, E.C.L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista escola de enfermagem**, v.45 nº.3. São Paulo, 2011.

CARVALHO, A. M. M. **A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre – RS**. Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. Editora Rubio, Rio de Janeiro, 2009.

COSTA, M. C. G.; RAMALHÃO, C. L.; PETTERSEN, A. G.; PIO, J. A. T.; BERBAREL, S.; MELO, V. F. A.; CREMPE, Y. B. As ações do serviço de saúde

- voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. **Revista brasileira de educação em medicina**. v.36 nº1. Rio de Janeiro, 2012.
- CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira Med. Fam. e Com.** v.2, 2006.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Caderno Saúde Pública**, v. 26, p. 693-705, 2010.
- CECÍLIO, L. C. de O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ARAÚJO, E.C.; OLIVEIRA, L. A.; ANDRADE, M. G. G.; MENESES, C. S.; PINTO, N. R. S.; REIS, D. O.; SANTIAGO, S.; SOUZA, A. L. M.; SPEDO, S. M. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.17, p. 2893-2902, 2012.
- CONSELHO FEDERAL E REGIONAIS DE NUTRICIONISTAS CFN. **O Papel do Nutricionista na Atenção Primária a Saúde**. Brasília, 2008
- DAWSON, B. – **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**, 1920. Organización Panamericana de La Salud, Publicacion Científica nº 93. Washington, 1964.
- FERNANDEZ, J. M. D. **Los sistemas integrados de salud: um modelo para avanzar traz completar las transferências**. B e F Gestión y Salud. Barcelona, 2004.
- FLEURY, S. M. T.; OUVÉRY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Editora FGV. Rio de Janeiro, 2007.
- FREITAS F.P; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica -SIAB. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V.4, p.547-54, 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P.F.; ANDREAS, B.; MARA, T.M.; MAGDA, S. K. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**; V. 14, p:783-794, 2009.

GEUS, L. M. M.; MACIEL, C. S.; BURDA, I. C. A.; DAROS, S. J.; BATISTEL, S.; MARTINS, T. C. A.; FERREIRA, V. A.; DITTERICH, R. G. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.16, p: 797-804, 2011.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGHI, M. A. B.; D’VILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, nº3, p. 349-53, Brasília, 2008.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. – Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema “sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, p.5331-5336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 35, n.2, p.115-21, 2001.

JAIME, P. C.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. M. C.; BORTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*. vol.24, nº.6. 2011.

MARTINS, J. S.; GARCIA, J. F.; PASSOS, A. B. B. Estratégia Saúde da Família: População participativa, saúde ativa. **Revista Enfermagem Integrada**. v.1, n.1. 2008.

MATOS, P. F.; NEVES, A. S. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Revista Práxis**. Ano I, n. 2, 2009.

MENDES, G. S. C. V.; SORDI, M. R. L. Metodologia de avaliação de implementação de programas e políticas públicas. **Revista Científica**, n. 30, p. 93-111, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção a saúde. Escola de saúde pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção a saúde. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, p.2297- 2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde: Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2011.

MYNAIO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v.9, p. 239-262, 1993.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A; Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, nº2. Rio de Janeiro, 2005.

OMS/UNICEF. Relatório de Conferencia Internacional sobre Cuidados de Saúde Alma-Ata, URSS. Brasil, 1979.

OLIVEIRA, Q. C. de. **Sistema de informação da atenção básica: Análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT**. Dissertação apresentada ao programa de pós graduação da UFMT. Cuiabá , 2010.

PINHEIRO, A. R. O. Nutrição em saúde Pública: Os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) **Revista eletrônica Tempus**. V. 1, No 1, 2008. Disponível em: <http://164.41.105.3/portalesp/ojs-2.1.1/index.php/tempus>. Acesso: 24/03/2014.

PIMENTEL, V. R. M.; SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M.; MENDONÇA, A. V. M. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. **Ciência e saúde coletiva** v.19 nº.1. Rio de Janeiro, 2014.

ROCHA, A. A.; PEREIRA, A. P. S.; OLIVEIRA, C. L.; SIQUEIRA, G. S.; SOUSA, M. D.; PAULINO, V. V.; MARQUES, L. F. S.; OLIVEIRA, M. G.; COSTA, M. P. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. **Revista Atenção Primária a Saúde**. V. 16, n3, 2013.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Fam. Saúde Desenvolvimento**, v.7, p.257-265, 2005.

SIQUEIRA, E. A. **Sistema de Informação da Atenção Básica- instrumento de diagnóstico e planejamento**. Monografia Universidade aberta do Brasil. Barbacena, 2009.

SOUZA, G. C. A e COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. v.19, n.3, p.509-517, São Paulo, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde, Brasília, 2002

VASCONCELOS, C. M. Uma análise entrelaçada sobre os paradoxos da mudança no SUS.2005. **Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)** –Universidade Estadual de Campinas, Campinas,2005.

WARTNER, A. Z. **Os agentes comunitários de saúde e a comunidade: um olhar pela qualidade**. Monografia do curso de especialização da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services: what and why?** .World Health Organization (OMS), Technical Brief nº 1, Geneva, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADEMICA DE SAÚDE

Questionário aplicado aos gestores da saúde do Município de Amparo PB,
pertinente a coleta de dados da pesquisa: *“A Saúde na Atenção Básica:
Perspectiva de um Município de Pequeno Porte do Cariri Paraibano.”*

Nome: _____ Idade: _____
Cargo: _____ Grau de Escolaridade: _____
A quanto tempo você está exercendo sua função no município: _____

1- Tendo em vista o cargo que o (a) senhor (a) exerce, poderia me informar a sua opinião sobre a importância da “Atenção Básica” para o SUS? Qual o papel da Atenção Básica?

2-O (a) senhor (a) poderia informar qual a função do Sistema de Informação da Atenção Básica (o SIAB) para o município de Amparo?

3 – O (a) senhor (a) recebeu algum treinamento específico sobre o SIAB?

- () Sim. Caso sua resposta seja esta, quando? _____
() Não
() Não lembro

4-O (a) senhor (a) considera importante que os serviços da equipe de saúde sejam orientados pelas informações obtidas pelo SIAB? Por que?

5 – Em sua opinião quais os principais programas desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica no município de Amparo?

6- Qual sua opinião sobre a organização da Atenção Básica em Redes de Atenção?

7- Quais ações o (a) senhor (a) destacaria que o município desenvolve na Atenção Básica no campo da promoção, prevenção e vigilância à saúde?

8–Tendo em vista que a Vigilância Alimentar e Nutricional e a Atenção Nutricional são práticas pertinentes à Atenção Básica, o (a) senhor (a) poderia destacar as principais ações, neste setor, que são desenvolvidas em Amparo?

9- Quais programas da Atenção Básica o (a) senhor (a) destacaria que são voltados para os seguintes públicos: criança, gestante, hipertensos, diabéticos?

10- Tendo em vista que o Sistema de Informação da Atenção Básica está passando pelo processo de reestruturação, o (a) senhor (a) poderia expressar a sua opinião em relação ao e-SUS?

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

Roteiro do Grupo Focal

Pesquisa: *“A Saúde na Atenção Básica: Perspectiva de um Município de Pequeno Porte do Cariri Paraibano.”*

ORGANIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL**1º Momento: Apresentação e esclarecimentos**

- As pessoas de condução do grupo se apresenta
- Esclarecimento aos participantes sobre o que irá acontecer, explicar que se trata de um trabalho da Universidade e que servirá para conhecer como está a Atenção Básica do Município de Amparo.
- Pedir a permissão para gravar, explicar como ocorrerá e garantir a privacidade.
- Entregar o TCLE e aguardar que todos assinem o mesmo; expondo da garantia da confidencialidade dos dados e sigilo dos registros e dos nomes dos participantes;
- Esclarecimento do papel da moderadora (introduzir o tema e garantir que o foco não se distancie do mesmo e ainda garantir que todos tenham a oportunidade de participar da discussão)
- Explanar inicialmente que todas as ideias e opiniões interessam a pesquisa.
- Explicar a importância de falarem devagar e um de cada vez, solicitando aos participantes que mencionem os codinomes antes de iniciarem suas falas.

2º Momento: Identificação

- Cada participante irá se apresentar e em seguida deverão ir até uma mesa e escolher um codinome para colocar no seu crachá. Terá uma lista de opções, cada um que escolher o seu, risca da lista e escrever no pedaço de cartolina que servirá como crachá. Como estamos em clima de copa do Mundo, os codinomes serão nomes de países participantes da Copa.

3º Momento: Descontração

- Será utilizada uma bola que será jogada de um participante para outro, cada um deverá completar a frase com o que primeiro vier a cabeça: “Ser profissional de saúde é...”

Posteriormente a mesma metodologia será utilizada só que a frase para completar será; “Eu gosto mesmo é de...”.

- Nesta fase já será iniciada a gravação.

4º Momento: Desenvolvimento das questões

Roteiro do Grupo Focal

- Vocês poderiam me dizer por que vocês estão aqui hoje?
- Se você pudesse definir o que é Atenção Básica, qual seria sua definição?
- Qual a opinião de vocês sobre a Estratégia Saúde da Família?
- Profissional da Estratégia Saúde da Família! Como você se sente por trabalhar nesta estratégia?
- Vocês receberam ou recebem algum tipo de capacitação ou aperfeiçoamento voltado para funções de vocês exercem?
- O que vocês acham de reunião de equipe? Considera importante? Vocês fazem reuniões neste PSF ? Com que frequência?
- Vocês acham importante planejar as ações em uma Unidade de Saúde da Família? Vocês fazem planejamento das ações realizadas no PSF?
- O que vocês entendem por Rede de Atenção?
- Como vocês se relacionam com os demais serviços da rede de atenção da atenção básica?
- Vocês consideram que existem ações específicas para o atendimento de diferentes públicos (como gestantes, hipertensos, diabéticos, etc)?
- Para finalizar, eu gostaria de saber o que vocês acham a respeito do NASF. Qual a importância do NASF para o funcionamento do PSF?

LISTA DE MATERIAIS

Operacionais

- Gravador;
- Câmera fotográfica;
- Cartolina (já levar cortada em retângulos);
- Caneta piloto;
- Fita adesiva;
- 12 canetas para assinarem o termo de consentimento;
- Bloco de papel para anotações;
- Bola de plástico;

APÊNDICE III



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “A Saúde na Atenção Básica: Perspectiva de um Município de Pequeno Porte do Cariri Paraibano.”

Esta pesquisa faz parte do Trabalho de conclusão de curso da estudante do curso de Nutrição Ilanne Raquel Vasconcelos Medeiros sob a orientação da professora Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso.

O objetivo desse trabalho é descrever a organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica do município de Amparo- PB.

Para coleta de dados será utilizado um questionário semiestruturado por meio de entrevista, sendo estas gravadas por mídias digital e posteriormente analisadas. As informações obtidas através dessas entrevistas são confidenciais e é assegurado o sigilo sobre sua participação, de acordo com as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os dados serão divulgados somente como apanhado estatístico do conjunto de dados obtidos, sem correlação com a identificação pessoal de nenhum dos participantes. Você poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico.

A equipe de pesquisadores agradece sua participação.

Cordialmente,

Aluno entrevistador

Endereço para contato e esclarecimento de dúvidas:
Unidade Acadêmica de Saúde
Centro de Educação e Saúde
Universidade Federal de Campina Grande
Olho D'Água da Bica s/n - Cuité-PB
CEP: 58175-000 - Tels: (83) 3372-1900/9931-9774
Endereço eletrônico: vanillepessoa@gmail.com
Endereço para contato com o Comitê de Ética: CEP/
HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres
Humanos Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José.
Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos de
minha participação na referida pesquisa.

Assinatura do entrevistado

Sujeito da pesquisa nº _____

APÊNDICE IV



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GRUPO FOCAL

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “*A Saúde na Atenção Básica: Perspectiva de um Município de Pequeno Porte do Cariri Paraibano.*” Para a coleta de dados será realizada uma reunião chamada de grupo focal que consiste em uma técnica de coleta de dados de caráter qualitativo. A sua participação é espontânea e em caso de recusa você não será prejudicado de forma alguma. Caso aceite participar do grupo focal, gostaríamos que fosse assinado o termo de autorização abaixo, dando permissão para que esta reunião seja gravada e registrada por meio de fotografias. Comunicamos ainda, que os dados serão utilizados em publicações científicas e debates, sem, no entanto, identificar nominalmente os participantes.

A equipe de pesquisadores agradece sua participação.

Cordialmente,

Aluno pesquisador

Endereço para contato e esclarecimento de dúvidas:
Unidade Acadêmica de Saúde
Centro de Educação e Saúde
Universidade Federal de Campina Grande
Olho D'Água da Bica s/n - Cuité-PB
CEP: 58175-000 - Tels: (83) 3372-1900/9931-9774
Endereço eletrônico: vanillepessoa@gmail.com
Endereço para contato com o Comitê de Ética: CEP/
HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres
Humanos Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José.
Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545

Eu, _____, concordo em participar do grupo focal da pesquisa intitulada: “*A Saúde na Atenção Básica: Perspectiva de um Município de Pequeno Porte do Cariri Paraibano*” e autorizo a gravação da reunião e seu registro em fotografias, assim como o uso dos dados transcritos para debates e publicação em revistas científicas. Declaro ainda, que fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa e me foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Assinatura do Participante

APÊNDICE V



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADEMICA DE SAÚDE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA UTILIZAÇÃO DOS
RELATÓRIOS DO SIAB**

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “*A Saúde na Atenção Básica: Perspectiva de um Município de Pequeno Porte do Cariri Paraibano*”. Para a coleta de dados será necessária a utilização dos relatórios do SIAB com competência de 2012/2013. A liberação é espontânea e em caso de recusa o município não será prejudicado de forma alguma. Gostaríamos que fosse assinado o termo de autorização abaixo, dando permissão para utilização dos dados referentes ao SIAB. Comunicamos ainda, que os dados serão utilizados em publicações científicas e debates, sem, no entanto, identificar nominalmente o município.

A equipe de pesquisadores agradece sua participação.

Cordialmente,

Aluno pesquisador

Endereço para contato e esclarecimento de dúvidas:
Unidade Acadêmica de Saúde
Centro de Educação e Saúde
Universidade Federal de Campina Grande
Olho D'Água da Bica s/n - Cuité-PB
CEP: 58175-000 - Tels: (83) 3372-1900/9931-9774
Endereço eletrônico: vanillepessoa@gmail.com
Endereço para contato com o Comitê de Ética: CEP/
HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres
Humanos Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José.
Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545

Eu, _____, concordo em participar do grupo focal da pesquisa intitulada: “*A Saúde na Atenção Básica: Perspectiva de um Município de Pequeno Porte do Cariri Paraibano*” e autorizo a utilização dos dados do SIAB, assim como o uso dos dados transcritos para debates e publicação em revistas científicas. Declaro ainda, que fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa e me foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Assinatura do Participante