

**AÇÕES INTERVENTIVAS NO PROCESSO DE TRABALHO EM REDE  
NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
*INTERVENTIONAL ACTIONS IN THE PROCESS OF NETWORKING IN  
HEALTH CARE SERVICES*

Maria Teresa Rodrigues de Oliveira<sup>1</sup>

Fabiana de Moura Souza<sup>2</sup>

**RESUMO**

O trabalho das Redes de Atenção à Saúde é um dos diferenciais do SUS, visando o acompanhamento contínuo e integral dos usuários. Entretanto a realidade é outra, com redes fragmentadas e pouca ou nenhuma comunicação entre si, deixando o usuário desassistido durante seu percurso nos serviços de saúde. O município de Pedro II-PI sofre com essa problemática, sendo afetado pela fragilidade do seu trabalho em rede. Com isso, visando melhorar os serviços de saúde ofertados na Atenção Básica, o estudo objetiva identificar os fatores envolvidos, para o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas e capacitações dos profissionais envolvidos nesse cuidado. A construção do plano operativo possui situações problemas, objetivos, metas e ações, que buscam facilitar o acompanhamento de usuários nos diferentes pontos de cuidado do município, fortalecendo sua rede de atenção à saúde e comunicação entre suas equipes. A realização de entrevistas, capacitações e encontros mensais entre a RAS são as principais propostas do estudo, o planejamento destas ações surge como possibilidade de promover mudanças necessárias, que melhorem o atual processo de trabalho e seus resultados, contribuindo para a integralidade dos serviços em saúde.

Descritores: Serviços em Saúde. Trabalho em Rede. Atenção Integral.

**ABSTRACT**

The work of Health Care Networks is one of the differentials of SUS, aiming at continuous and comprehensive monitoring of users. However, the reality is different, with fragmented networks and little or no communication between them, leaving users unattended during their journey in health services. The municipality of Pedro II-PI suffers from this problem, being affected by the fragility of its network work. Thus, aiming to improve the health services offered in Primary Care, the study aims to identify the factors involved, for the improvement of the practices developed and the training

---

<sup>1</sup> Pós-Graduanda do curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Rua Tertuliano Filho nº 13, Bairro Centro, CEP: 64255-000, Pedro II, Piauí, Brasil. Email para correspondência: malya\_dp2@hotmail.com.

<sup>2</sup> Mestre em Farmacologia da Universidade federal do Piauí (UFPI). Campus Universitário Ministro Portella, Bairro Ininga, CEP: 64.049-550, Teresina, Piauí, Brasil. Email para correspondência: ffabiana\_ms@hotmail.com.

of the professionals involved in this care. The construction of the operational plan has problem situations, objectives, goals and actions, which seek to facilitate the monitoring of users in different points of care in the municipality, strengthening their health care network and communication between their teams. The conduct of interviews, training and monthly meetings between the RAS are the main proposals of the study, the planning of these actions emerges as a possibility to promote necessary changes that improve the current work process and its results, contributing to the integrality of health services.

Descriptors: Health Services. Networking. Comprehensive Attention.

## INTRODUÇÃO

O município de Pedro II, situa-se no norte do Piauí, região nordeste, correspondendo a região dos Cocais e possuindo uma população estimada de 38.742 de habitantes segundo dados do IBGE (2019). É uma cidade de pequeno porte, com pouco desenvolvimento econômico, sendo reconhecida principalmente por seu potencial turístico.

Atualmente o município conta com alguns serviços em saúde, voltados principalmente para Atenção Básica de Saúde (ABS) e poucos serviços de atenção especializada, dependendo de atendimentos por outras cidades próximas. As equipes de saúde das ABS são multiprofissionais, contando com 15 Estratégias de Saúde da Família (ESF), formadas por enfermeiro, médico, dentista, agentes de saúde e técnicos de enfermagem e bucal; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 02 Academias de Saúde com fisioterapeuta e educador físico e 02 equipes de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) com nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, fonoaudióloga e psicólogo.

Segundo dados do município disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde ocorreu uma diminuição de casos de mortalidade infantil nos anos de 2010 a 2017, porém aumentou as mortes por fatores externos como acidentes e suicídios, este último chegando a 20,7%. Nas doenças transmissíveis ocorreu a diminuição de casos de algumas e o aumento de outras, como a tuberculose e sífilis congênita e em gestantes. Nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) as principais causas de mortes se relacionam a doenças de aparelho circulatório com 28,8% e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas com 14,6%. Diante dos agravos apresentados é possível observar a variedade de serviços utilizados nos processos de saúde do território, porém os dados não possuem 100% de fidelidade, já que muitos casos não são notificados ou simplesmente não conseguem ser acompanhados até o final pelos profissionais envolvidos, sendo desassistidos quando precisam mudar de ponto de

atenção.

A situação problema escolhida surge a partir da problemática no atual processo de trabalho em rede do município, sobretudo na forma de acompanhamento dos usuários nos serviços de saúde, dificultando a execução de um cuidado e atenção dos profissionais com estes no Sistema Único de Saúde (SUS), tornando relevante a discussão de tal situação, principalmente na busca de uma saúde pública que trabalhe com a integralidade em seus serviços.

A construção de leis, como a portaria n. 2436 de 21 de setembro de 2017 que normatiza a política nacional de atenção básica (PNAB) e o decreto 7508 de 28 de junho de 2011, torna-se de suma importância, assegurando a saúde como um direito de todos com práticas de cuidados integrados a usuários e uma gestão qualificada, assim como o fortalecimento das Redes de Atenção à saúde (RAS), tornando necessário o fortalecimento deste processo de trabalho e todos que os compõe esse cuidado, além da compreensão das problemáticas em saúde de determinado território.

Para Mendes (2012) o trabalho em rede é um diferencial do SUS e um de seus maiores desafios, pois sua prática acontece de forma fragmentada. Essa estratégia surge como uma maneira de acompanhar o usuário em todo processo de saúde, sendo ele complexo e dinâmico, porém a falta de comunicação desses locais acaba fazendo um trabalho isolado, deixando muitas vezes o sujeito sem acompanhamento qualificado e eficaz diante das suas demandas. Dessa forma, nota-se a necessidade de mudança seja nas práticas profissionais como no planejamento de ações que conheça e considere os reais determinantes e/ou condicionante de saúde do território, possibilitando serviços que atuem diretamente na questão existente.

Portanto, se faz necessário ampliarmos as possibilidades de cuidado e a percepção sobre os processos de atenção em Pedro II, para que o acompanhamento do usuário nos serviços de saúde pelo SUS aconteça de tal forma que possibilite um diálogo entre as diferentes redes de cuidado do município. Para isso o trabalho conta com objetivos que devem ser alcançados, como objetivo geral o de melhorar o trabalho em rede ofertada nos serviços de saúde no município de Pedro II-PI, e como objetivos mais específicos o de identificar os principais fatores que contribuem para a fragilização do trabalho em rede no município; aprimorar as práticas desenvolvidas no processo do cuidado a saúde da comunidade de maneira integral e promover capacitações com os profissionais da Atenção Básica sobre o atual trabalho em rede dentro dos serviços públicos de saúde ofertada pelo município.

O Sistema Único de Saúde brasileiro corresponde a um dos maiores avanço na busca de uma melhor qualidade de vida para a população. Seu percurso histórico é

marcado por luta e desafios que existem até hoje, existindo diferentes dimensões institucionais que travam a composição dos sistemas de saúde públicos, em particular na Atenção Básica de Saúde (FARIA et al, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS) não é um programa exclusivo do Brasil, essa política surge na década de 70, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A implantação do SUS no país ocorre em meio a um cenário caótico, com condições precárias de atenção à saúde. Essa mudança surge para melhorar a saúde da população, rompendo com um descompromisso social adotado anteriormente, com isso o sistema deveria adotar mudanças significativas, com um novo modelo de atenção, que procurasse respeitar a complexidade do cuidado no território e ao mesmo tempo oferecer os mesmos princípios organizativos e ideológicos, em todo o território nacional (COELHO et al. 2018).

Para Kaubara e colaboradores (2014) o Movimento da Reforma Sanitária, foi um divisor de águas para implantação do SUS. Esse movimento propõe a construção de novos modos de atenção à saúde, tendo a integralidade da atenção como o princípio fundamental dessa política, implicando mudanças no modo de atuação realizadas frente às necessidades de saúde das pessoas e comunidade. Todos princípios do SUS: universalidade, igualdade, equidade e integralidade estabeleceram os pilares para as transformações de ações de promoção e prevenção, que até então não existia (COELHO, 2018).

Todos os objetivos dos SUS e de seus sistemas de saúde encontram-se na Constituição brasileira, com leis que visam assegurar a saúde como direito de todo cidadão, analisando a melhoria do nível de saúde da população, considerando todas suas particularidades: econômicas, éticas e sociais. Assim é importante conhecer as disposições gerais da ABS, seus princípios e diretrizes, segundo a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade

sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vive nessas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A criação do SUS trouxe avanços e muitos benefícios quanto aos direitos sociais do cidadão. Ofertando serviços de saúde com acesso universal e atenção integral à saúde, tornando-se inegável todos os avanços obtidos (SOUSA; VIEIRA; JUNIOR, 2019). Para Nora e colaboradores (2019) a inclusão dos princípios e diretrizes instituídos na Constituição Federal de 88 contribuiu bastante no desenvolvimento do planejamento de ações em saúde, principalmente pela descentralização da responsabilidade da atenção. Assim a responsabilidade de garantir à saúde a população passaria a ser das três esferas de governo: União, Estados e Municípios (COELHO et al. 2018).

Para Oliveira (2016) os serviços em saúde correspondem a:

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 – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Os sistemas de atenção à saúde podem ser apontados como respostas sociais para as necessidades de saúde das populações, atendendo particularidades existentes nas situações de saúde, devendo possuir sintonia entre essas necessidades e a forma como o sistema se constitui para resolvê-las em sociedade. A atual crise enfrentada no funcionamento dos sistemas de atenção à saúde é ocasionada por diferentes fatores, entre eles o desencontro da situação epidemiológica com um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e condições crônicas, em um processo de trabalho fragmentada,

reativo e episódico (BRASIL, 2015).

Apesar de algumas décadas após a implementação do SUS e de todos seus avanços, ainda existem muitas dificuldades que precisam ser enfrentadas. Principalmente na efetivação ao direito do cidadão ao acesso universal e integral, que compreenda todos os determinantes e condicionantes de saúde que influenciam a utilização destes serviços de saúde pelos sujeitos que constituem o território e determinam suas necessidades (VIEGAS, CARMO, LUZ, 2015).

Quando se trata da acessibilidade dos sujeitos aos serviços de saúde, a ABS é utilizada como a porta de entrada do sistema. Tornando-se responsável por coordenar o percurso dos usuários entre os diferentes serviços de saúde utilizado, garantindo uma resposta efetiva das necessidades de saúde dos usuários, promovendo maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema (CECILIO et al, 2012).

A ABS como primeiro contato de usuários aos serviços de saúde tem contato com uma grande quantidade de demanda, uma quantidade significativa de problemas gerais e inespecíficos, que são vivenciadas diariamente por seus profissionais, precisando obter resolutividade na maioria delas ou o encaminhamento em outras mais complexas (BRASIL, 2015).

Alterações podem observadas nos perfis epidemiológico, nutricional e tecnológico no país, que resulta em seu atual perfil de situação de saúde, determinando transformações também nas formas de cuidado ofertadas. Doenças crônicas, parasitárias, infecciosas e demais variedade de agravos existentes no país, evidencia a importância de todos os serviços de atenção à saúde e seu processo de trabalho, entre elas a atenção básica, reconhecida como o primeiro ponto de atenção e cuidado do SUS (PEITER et al, 2019).

Com isso surge a necessidade na reorganização destas práticas de saúde junto ao cuidado desenvolvido nas redes de atenção; visando um acompanhamento contínuo do usuário durante todo o fluxo dentro do sistema de saúde até a problemática ser resolvida, assim criou-se a lógica das organizações de redes de atenção à saúde. As RAS organizam-se por meio de pontos de atenção à saúde, que são locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção primária, secundária e terciária e o acompanhamento do usuário (OLIVEIRA, 2016).

A RAS já é reconhecida como importante ferramenta na saúde pública e no aperfeiçoamento dos serviços ofertados pelo SUS. A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 define:

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde.

Para Mendes (2012) somente a atuação de uma boa rede de atenção à saúde provoca valor a sua população, esse valor é refletido na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos, assim como nos recursos utilizados no cuidado da saúde. Os pontos de atenção passam a ser percebidos como espaços de cuidado e serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção, pois ambos cumprem papéis específicos para cada necessidade apresentada (OLIVEIRA, 2016).

Por outro lado, a situação de saúde brasileira revela o aumento de problemáticas em saúde, necessitando ainda mais da boa efetivação da RAS; o que implicaria mudanças no modelo de gestão e modos de atenção à saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUI, 2017). Medeiros (2015) afirma que mesmo com uma rede de trabalho compartilhada pelas três equipes estabelecidas pelas leis e portarias, isso não significa que ocorra de como realmente deve ser, necessitando de inovações nas práticas e estratégias frente as demandas do território e de seus usuários.

Diante disso, a composição multiprofissional das equipes de saúde surge como uma forma de melhora nos serviços, já que os problemas de saúde são múltiplos e complexos. Entretanto, além da multiprofissionalidade, é necessária uma ação interdisciplinar dessa equipe, onde tenha em seus objetivos a garantia de compartilhamento de saberes e a corresponsabilização da prática de saúde entre eles. (OLIVEIRA, 2016).

A proposta de trabalho em equipe surge nos anos 1960/1970; junto com outros movimentos, como: da Medicina Preventiva, Comunitária e Integral. Mas somente nos anos 90 volta a ter destaque, principalmente pelos debates sobre os modelos de atenção à saúde e de organização dos sistemas de saúde. Porém, se observa que não bastam apenas equipes multiprofissionais para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, com equipes que busquem colaboração entre si, fortalecendo a lógica de redes. (PEDRUZZI; AGRELI, 2018).

Entretanto o que se observa na prática é totalmente o contrário, Medeiros (2015)

afirma que:

A relação entre as equipes no processo de corresponsabilização pelo cuidado integral da saúde dos usuários costuma produzir, paradoxalmente, um efeito de desresponsabilização. Efeito de um processo de trabalho precarizado e pouco comunicativo entre equipes e saberes, que pode ser lido nos atos de encaminhamentos excessivos, nas práticas terapêuticas que não privilegiam o vínculo com a equipe da ESF, entre outros. Nem mesmo que o entendimento acerca da prática de matriciamento como lógica de articulação da rede seja unívoco ou conduza ao sucesso da estratégia de gestão em rede.

O desenvolvimento de nossas práticas profissionais, a realização do nosso trabalho é chamada de processo de trabalho (FARIA et al, 2009). Dessa forma, como os serviços de atenção à saúde ofertadas a população são respostas sociais deliberadas às suas necessidades, devem ser coerentes com a situação de saúde como um todo, desenvolvendo a noção de integralidade (MENDES, 2012).

O cuidado integral em saúde pode ser desenhado em qualquer instância, se inspirado pela articulação de três elementos em seu procedimento: *acesso, responsabilização e autonomia*. O *acesso* é a *con dição* do cuidado integral: fruto do ganho social da reorganização da saúde no país, cujo princípio de universalidade procura garantir a entrada no sistema como direito de todo o cidadão e dever do Estado. A *responsabilização* é desmembrada em vínculo e resolutividade: compreende elementos éticos, técnicos e políticos do ato de cuidar da saúde por parte das equipes. Por fim, a *autonomia* do usuário é o *produto* do cuidado integral: todo ato em saúde procurará respeitar a singularidade e a cidadania daquele que é cuidado, evitando tutela ou reificação do sujeito que busca atenção a sua saúde (MEDEIROS, 2015).

Para este autor as equipes que constituem o SUS nem sempre conseguem se responsabilizar adequadamente por seu processo de trabalho, pelo entendimento a respeito da função que ocupam em relação aos pacientes ou pelo auxílio à viabilização de uma política pública eficaz, devido a diversos fatores (MEDEIROS, 2015). Uma das soluções segundo Mendes (2012) está no aperfeiçoamento do sistema de atenção à saúde, através de mudanças profundas que coloquem as RAS, coordenadas pela atenção primária à saúde.

Como citado anteriormente o matriciamento surge na busca de organização do trabalho em saúde, voltado para cuidado integral. Isso oferece um novo arranjo de produção de sentidos e um novo formato de relação entre equipe e usuários, ampliando o compromisso dos profissionais com a produção de saúde, à medida que

supera obstáculos organizacionais que dificultam sua comunicação. (MEDEIROS, 2015).

Segundo Medeiros (2015) a articulação do trabalho em rede, conseguiria corresponder às necessidades de uma política de atenção e cuidado integral para comunidades e indivíduos. Entretanto, segundo o autor diversos fatores são responsáveis pela desresponsabilização vista na prática, sendo a principal delas a falta de comunicação entre as equipes de saúde, dificultando a articulação matricial na rede de saúde.

Os sistemas fragmentados dos trabalhos em rede de atenção à saúde, acontecem de forma isolada e como pouco diálogo entre si, impossibilitando a prestação de serviços contínua à população. Onde a atenção primária não se comunica com os outros tipos de atenção, a secundária e terciária, afetando os outros formas de serviços de apoio, assim como os sistemas logísticos. (MENDES, 2012). Assim Cecilio e colaboradores (2012) afirmam que a distância é visível entre a idealização dos modelos de atenção à saúde e as práticas realizadas pelos profissionais e vivenciadas pelos usuários nos espaços de produção de cuidado, dificultando o trabalho em rede dos serviços de atenção à saúde.

Segundo Mendes (2012) os resultados da fragmentação desses sistemas e a fragilidade dos serviços ofertados afetam muitos, sendo a população a grande vítima. Diante disso, já ocorre o reconhecimento da imensa necessidade de mudança e organização dos sistemas de saúde, em de redes integradas para o cuidado, tornando-se a melhor estratégia na garantia de uma atenção integral, possibilitando o fortalecimento de vínculos entre as equipes e os diferentes níveis de gestão do sistema de saúde, efetivando a atenção as populações assistidas (OLIVEIRA, 2016).

Visto que a operacionalização das redes de atenção no SUS ainda atravessa um processo de consolidação e discussão de estratégias que visem sua implantação de maneira efetiva, se tornado um dos maiores incentivos na realização de pesquisas científicas sobre a temática (PEITER et al, 2019). Isso demonstra que as mudanças podem iniciar de diferentes formas, através de transformações sutis, como projetos de intervenções que iniciem na atenção básica, melhorando as práticas profissionais e consigam se inserir definitivamente no cotidiano dos serviços ofertados na rede pública, contribuindo no aperfeiçoamento dos sistemas de saúde.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho apresenta um projeto de intervenção que possui como objeto de estudo a fragilidade existente do trabalho em rede desenvolvido nos serviços

de saúde do município de Pedro II-PI. Essa problemática foi observada no decorrer do estudo situacional e o reconhecimento das demandas existentes no território, configurando-se essa como uma importante demanda que precisa ser solucionada diante dos atuais serviços de saúde ofertadas a população, afetando diretamente o acompanhamento destes nos serviços de saúde do município, colocando em risco uma das diretrizes do SUS, a busca da integralidade dos serviços e de seus usuários. Durante sua construção foi utilizada dados de bases eletrônicas, que muito contribuíram para o seu aparato teórico, entre eles: google acadêmico, Scielo e demais materiais disponíveis durante as atividades pela equipe da especialização. Em seguida foi pensado a construção de um projeto que visa propor ações interventivas a partir do objeto de estudo escolhido, com propostas que tragam melhorias para o atual trabalho em rede no município.

Diante dessa realidade, a construção do plano operativo surge como forma de promover as mudanças necessárias diante dessa problemática. Com a variedade de aspectos envolvidos, as ações contam com diferentes estratégias, que vão desde o reconhecimento dos principais fatores envolvidos até a capacitação de profissionais sobre a importância do trabalho em rede, e posteriormente promover mudanças significativas no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, fortalecendo a comunicação entre suas equipes, possibilitando assim o planejamento conjunta de ações e fluxogramas para as demandas do território.

Na execução das propostas apresentadas será necessária a colaboração de profissionais do NASF e coordenadora da Atenção Básica, além da disponibilidade e engajamento dos demais profissionais da Atenção Básica para a ocorrência destas mudanças nos serviços de saúde. Logo a seguir é apresentado um quadro com o plano operativo que descreve com mais detalhes sobre situações problemas, objetivos, metas, estratégias e responsáveis para cada ponto pensado do estudo.

**RESULTADOS – PLANO OPERATIVO**

<b>SITUAÇÃO PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>METAS/ PRAZOS</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>
Desorganização do atual processo de trabalho em rede ofertado nos serviços da atenção básica de saúde em Pedro II.	Identificar as formas de encaminhamento e acompanhamento realizada pelos profissionais da atenção primária e os principais fatores de procura pelos usuários.	Conhecer as atuais formas de acompanhamento e devolutiva vivenciada nas redes de AB do município. Fevereiro e março de 2020 (02 meses)	Visitas nos serviços de atenção primária: ESF's, NASF e CAPS; coletando informações com coordenadores e profissionais, através de entrevistas semiestruturadas com perguntas sobre seu funcionamento, usuários quantidade de procura, demanda e	NASF Pedro II (Maria Teresa/ psicóloga )

			dificuldades existentes.	
Desconhecimento do que é recomendado para as RAS na atenção básica.	Contribuir na reflexão das práticas acompanhamento continuo de usuários realizadas atualmente.	Fornecer informações sobre a importância das RAS na atenção básica de saúde para o fortalecimento	Capacitações desenvolvidas em dois momentos durante um mês, em eventos no formato de palestras e	NASF Pedro II (Maria Teresa/ psicóloga; Paula/ assistente social)

		do processo de trabalho e integralidade no SUS. Abril de 2020	dinâmicas sobre a temática, com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde, promovendo educação permanente entre os profissionais da ABS.	
--	--	---	--	--

Demora para resolução de demandas dos usuários.	Agilizar a resolutividade das demandas do território, fortalecendo a atenção primária do município.	Aumentar a resolução das demandas do município.  Tempo indetermina do	Realizar encontros mensais de profissionais da ABS para apresentar planos de ações interventivas, com fluxogramas de ação para as principais demandas observadas no município, possibilitando momentos de trocas de informações sobre suas	Coordenadora da Atenção Básica (Joeide)
---	--	--	--	--

			formas de funcionament os junto à comunidade.	
--	--	--	--	--

### **ACOMPANHAMENTO DO PLANO OPERATIVO**

Para que este projeto de intervenção consiga obter bons resultados em sua implementação é notória a importância a colaboração das diferentes redes de cuidado do município, onde nos dois primeiros objetivos citados acima conta a contribuição da equipe do NASF para execução das ações com outras equipes da Atenção Básica envolvidas no cuidado de saúde com a comunidade.

A proposta de encontros mensais entre os profissionais contará com a contribuição e disponibilidade da coordenadora da Atenção Básica e visará promover mudanças no processo de trabalho desenvolvido atualmente nos serviços de saúde do município. Esses encontros visarão antes de tudo aproximar essas equipes, fortalecendo a comunicação entre si, com discussões e análises do funcionamento dos serviços, construção de fluxogramas e ações para as demandas do território, além das dificuldades encontradas; ajudando em mudanças positivas na execução, avaliação, monitoramento e possíveis adequações que se mostrem necessárias.

No monitoramento das ações desenvolvidas e os efeitos dela no processo de

trabalho das redes de atenção, o presente projeto buscará acompanhar cada objetivo apresentado, assim como as ações propostas e os resultados obtidos, observando como reflete nos serviços ofertados aos usuários.

Portanto a realização de pesquisa de satisfação com os profissionais e usuários atendidos, mostra-se uma alternativa na visualização dos efeitos e benefícios causados pela proposta do fortalecimento do trabalho em rede, após o funcionamento do projeto. A coleta destas informações contribuirá no aperfeiçoamento de ações, ampliando outras possibilidades que venham a surgir no decorrer do processo de implantação do projeto.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os objetivos e metas propostas no presente projeto surge na busca de melhorar o trabalho em rede dos diversos serviços de saúde, visando principalmente a integralidade entre eles. Essa melhora ocorre através de ações interventivas tanto nas habilidades dos profissionais, como nos processos de trabalho realizados atualmente, porém algumas dificuldades podem ser encontradas em seu percurso de execução, principalmente na mudança que trata do acompanhamento desenvolvido nos pontos de atenção do município, sendo a falta de comunicação o principal fator dessa fragmentação dos serviços; pois precisará da contribuição de gestão, coordenadores e profissionais responsáveis por cada setor.

Aumentar o diálogo entre serviços e seus profissionais aparece ser o maior desafio e conquista do trabalho em rede, tentar construir ou fortalecer a comunicação entre equipes é oferecer uma atenção integral ao sujeito, além de facilitar seu percurso dentro do sistema. Podendo ser observada até mesmo na rapidez da resolução das demandas, sem a necessidade de ficar de um lado ao outro tentando se encaixar nos serviços ofertados.

Portanto, apesar das desafios e dificuldades que poderão surgir, é notório a necessidade de mudanças no trabalho em rede do município, onde as intervenções propostas tem grande relevância nas demandas do território, contribuindo de forma positiva na melhoria dos serviços já ofertados a comunidade, além de favorecer a inovação das práticas profissionais desenvolvidas, trazendo bons resultados para todos os pontos de atenção à saúde, principalmente a atenção básica.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

CECILIO, L, C, O et al. **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?**. Ciência & Saúde Coletiva. 17(11):2893-2902, 2012.

COELHO, E, B, S. et al. **Política nacional de atenção integral a saúde do homem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

FARIA, H, P et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte. UFMG, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/pedro-ii/panorama>>. Acesso em: 22 de dez. de 2019.

KUABARA, C, T, M. et al. **Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura**. Rev Min Enferm. 18 (1): 195-201 jan/mar, 2014.

MEDEIROS, R, H, A. **Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [ 4 ]: 1165-1184, 2015.

MENDES, E, V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. 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). Brasília, 21 de outubro de 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 21 de setembro de 2017.

NORA, L, C, D. et al. **Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão**. Cad. saúde colet. vol.27 no.3,2019.

OLIVEIRA, N, R, C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA São Luís, 2016.

PEDUZZI, M; AGRELI, H, F. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. Interface comunicação, saúde e educação. 22(Supl. 2):1525-34, 2018.

PEITER, C, C. et al. **Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil**. Escola Anna Nery 23 (1) 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUI. Planificação da Atenção a Saúde. **Oficina 4: organização da atenção aos eventos agudos e as condições crônicas na atenção primária a saúde**. Piauí, 2017.

SOUZA, R, R; VIEIRA, M, G; JÚNIOR, C, J, F, L. **A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(6):2075-2084, 2019.

VIEGAS, A, P, B; CARMO, R, F; LUZ, Z, M, P. **Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.