

ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE: Reflexões Através de um Olhar Fisioterápico, Médico e de Enfermagem

Miriam Viviane Baron

Fisioterapeuta pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduação em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela UNINTER/Curitiba. Mestranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS.

E-mail: miriamvbaron@yahoo.com.br

Janine Koepf

Enfermeira graduada em Enfermagem pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS. Especialista em Ações Interdisciplinares em Saúde do Trabalhador –(UNISC)-RS. Mestranda em Educação (UNISC)-RS. Atualmente atua como Enfermeira do Hospital Santa Cruz (HSC) - Santa Cruz do Sul/RS. Professora das disciplinas práticas curricular I e II do curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)-RS. Membro do grupo – Ambulatório de Feridas - HSC e Membro do grupo – Segurança do Paciente – HSC

E-mail: janinek@unisc.br

Cristine Brandenburg

Fisioterapeuta graduada em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS; cursa Especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE; Mestranda em Educação Brasileira Universidade Federal do Ceará – UFC/CE; Bolsista CNPq. Desenvolve pesquisas com ênfase em Educação, Úlceras por Pressão, Incontinência Urinária, Cão terapeuta em Idosos Institucionalizados, Ações para o Envelhecimento com Qualidade de Vida e Saúde Pública.

E-mail: cristine_brandenburg@hotmail.com

Marcelo Carneiro

Médico graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)RS. Especialista em Infectologia e Infecção Hospitalar – Universidade Estadual de Londrina UEL/PR. Mestre em Microbiologia – UEL/PR. Doutorando em Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Atualmente: Professor Assistente de Infectologia e Microbiologia – Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – RS. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Infecção em Serviços de Saúde-UNISC. Coordenador do Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – Hospital Santa Cruz – RS. Preceptor do Programa de Residência em Clínica Médica – H. Santa Cruz – RS. Diretoria da Associação Gaúcha de Controle de Infecção – AGIH – RS. Diretoria da Sociedade Riograndense de Infectologia – SRGI – RS. Diretoria da Associação Brasileira de Infecção Hospitalar – ABIH – RS

E-mail: carneiomarcelo@yahoo.com.br

ATENÇÃO TERAPIA A SAÚDE DO CORAÇÃO

na área de fisiologia do coração e do

exercício físico.

Este curso é destinado a profissionais da área de saúde, com especialização em fisiologia do coração e do exercício físico, visando a atualização e aprofundamento dos conhecimentos necessários para a prática da atenção terapêutica a saúde do coração.

O curso abordará os aspectos fisiológicos, diagnósticos e terapêuticos das doenças cardiovasculares, com ênfase na prevenção e no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, a doença arterial coronariana e a insuficiência cardíaca.

Os conteúdos programáticos incluem: fisiologia do coração e do sistema circulatório; diagnóstico das doenças cardiovasculares; tratamento farmacológico e não farmacológico das doenças cardiovasculares; e a importância do exercício físico na prevenção e no tratamento das doenças cardiovasculares.

Este curso é uma excelente oportunidade para a atualização e aprofundamento dos conhecimentos necessários para a prática da atenção terapêutica a saúde do coração. Inscreva-se hoje mesmo e garanta sua vaga neste curso.

Introdução

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um movimento de reforma setorial dos mais expressivos no Brasil, uma grande conquista social, em que o Estado tem a responsabilidade de garantir que todos tenham acesso à assistência e a possibilidade de viver em um ambiente saudável (FORTES, 2009).

Na década de 1990, o Ministério da Saúde (MS), reconheceu a crise no modelo assistencial, fazendo despertar em 1994 uma nova estratégia para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial da atenção primária, em substituição ao modelo tradicional, centrado na consulta médica, orientado para a cura de doenças, basicamente em hospitais. O PSF configurou-se como a porta de entrada do sistema de saúde, sendo modificado para Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir de agosto de 2006 (LOURENÇÃO e SOLER, 2004; AGUIAR, 2005; FREITAS e PINTO, 2005; BRASIL, 2006; SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

Com a priorização da Atenção Primária à Saúde, e consequentemente a reorganização dos sistemas de saúde, é através da ESF que o Estado busca cumprir com as determinações que assumiu ao ratificar o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, concretizando os entendimentos consolidados na conferência internacional de Alma-Ata em 1978 (CAVALHEIRO, 2011).

Segundo o CONASS (2004),

A Atenção Primária à Saúde é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitados, pelas quais essas equipes assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. Orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária à Saúde deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (CONASS, 2004, p. 24-25).

A Atenção Primária à Saúde é uma tendência mundial dos sistemas de gestão em saúde e tornou-se um componente essencial para a resolução de problemas relacionados que são de alta incidência ou prevalência (“problemas comuns”) em determinada região. Portanto, para ser eficiente, é necessário um entendimento sobre trabalho em equipe, juntamente com a habilidade prática dos profissionais. A eficiência da assistência e a satisfação desta variam de acordo com o estilo de trabalho planejado pela equipe e a disponibilidade dos serviços prestados (STARFIELD, 2002; WHO EUROPE, 2004). Falhas na gestão e assistência, bem como a falta de adesão e comprometimento por parte dos

usuários à Atenção Primária à Saúde (por exemplo, no tratamento preventivo da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes), torna o usuário sensível, à atenção secundária e, conseqüentemente, à atenção de saúde terciária.

Conforme Dallari (2003, p. 42-43):

A atenção primária se ocupa da eliminação das causas e das condições de aparecimento de doenças, agindo sobre o ambiente (segurança nas estradas e saneamento básico, por exemplo), ou sobre o comportamento individual (exercício e dieta, por exemplo); secundária, busca impedir o aparecimento de doença determinada, por meio de vacinação, dos controles de saúde, da despistagem; e terciária, visa limitar a prevalência de incapacidades crônicas ou de recidivas.

Partindo das colocações de Dallari (2003), é possível visualizar como a atenção à saúde está organizada. Podemos considerar três níveis de atenção: o primeiro inicia pela atenção primária a qual possui o papel de atender a maior parte dos usuários nas suas questões básicas de saúde; o segundo nível é composto pela atenção secundária em que se requer um investimento maior de recursos e, de pessoal para dar conta dos agravos à saúde e por último, a atenção terciária, em que o usuário busca a intervenção curativa ou reabilitadora para os seus problemas de saúde. Esses níveis de atenção podem ser visualizados na figura a seguir.

No contexto atual, entende-se que o número de internações hospitalares consideradas evitáveis apenas será possível se ocorrer uma assistência oportuna e adequada na atenção primária. E a diminuição das internações hospitalares representa um importante marcador de resultado da

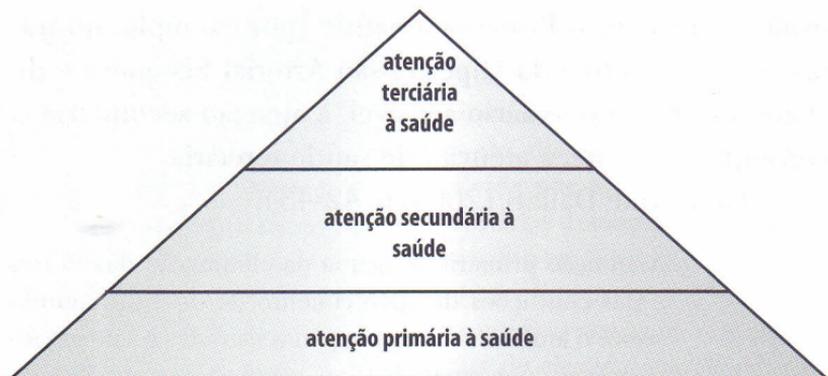


Figura 1 – Pirâmide demonstrativa do modelo de atenção à saúde.

Fonte: Elaboração dos autores deste capítulo.

qualidade dos cuidados prestados nesse nível de atenção, e tem sido utilizada como indicador da qualidade de assistência à saúde (BERMÚDEZ-TAMAYO *et al.*, 2004; CAMINAL *et al.*, 2003; MÁRQUEZ-CALDERÓN *et al.*, 2003).

A melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde e a expansão das equipes de ESF acompanhadas pelo NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) que veio fortalecer o vínculo com a integralidade da atenção, através do apoio da equipe multidisciplinar, proporcionaram uma redução da sobrecarga aos serviços de atenção terciária (hospitais), principalmente no que se refere a condições crônicas que representam as principais causas de internações evitáveis.

Os serviços de atenção terciária exercem importante papel para a recuperação do usuário e estão fundamentados na reabilitação parcial/total do usuário, visando amenizar, limitar e até evitar incapacidades crônicas e/ou recidivas, proporcionando qualidade de vida. A experiência hospitalar na rede pública de saúde demonstra que a reabilitação no âmbito hospitalar é possível, mas limitada pela possibilidade

de sequelas instaladas que não foram previamente controladas/evitadas na atenção primária e secundária.

No âmbito hospitalar, por mais que haja a facilidade e a disponibilidade de avançadas tecnologias e equipamentos, recursos materiais e humanos (equipe multidisciplinar), ressalta-se a necessidade de otimização de uma breve estadia hospitalar, proporcionando e favorecendo a rotatividade e a reinserção do usuário as atividades de vida diária no seu lar/comunidade o mais precocemente possível.

O hospital é um ambiente de altos recursos tecnológicos e humanos que são empregados para facilitar a recuperação do usuário o mais breve possível. Como uma estadia hospitalar geralmente é curta, gera um contato breve com a equipe multiprofissional, desfavorece o vínculo da equipe com o usuário/família. A ausência de familiares no acompanhamento do usuário no ambiente hospitalar também desfavorece esse vínculo. Segundo Oliveira e Spiri (2006), é de suma importância a inclusão da família como partícipe do processo saúde-doença e em cujo espaço busca-se o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação.

O vínculo estabelecido entre equipe/usuário/família facilita a aderência ao tratamento/reabilitação gerando a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e o usuário/família.

No âmbito hospitalar, a equipe constrói vínculo com o usuário/família estimulando a autonomia e participação no tratamento/reabilitação, corresponsabilizando o paciente pelo seu próprio bem-estar. É claro que nem sempre é possível atingir um vínculo satisfatório com todos os usuários, pois existem situações em que o usuário não está lúcido

do e consciente e não depende do envolvimento familiar para a sua melhora. Geralmente este usuário é domiciliado em instituições de longa permanência “asilos”, sendo estes responsáveis pelo usuário durante o período de internação e após a alta hospitalar.

Uma boa integração entre a equipe multidisciplinar e a adequada orientação e comunicação faz-se necessária com o usuário/família no momento da alta hospitalar, pois o usuário será reencaminhado a rede de saúde da sua comunidade/região, podendo necessitar (por exemplo, após evento isquêmico encefálico) de acompanhamento e atendimento de uma equipe multidisciplinar especializada. É essencial que os profissionais busquem informar-se das dificuldades daquela comunidade onde o paciente está inserido e o que necessitará enfrentar em relação a sua recuperação (por exemplo, ausência de fisioterapeuta na ESF da sua comunidade, que será de suma importância para sua reabilitação e o papel facilitador em encaminhá-lo para um centro de atendimento gratuito em sua cidade).

Durante a internação hospitalar a equipe de saúde está em contato com o usuário em um período importante em relação à reestruturação da sua saúde. Este período é determinante na sua recuperação/reabilitação e depende dos recursos e da capacidade da equipe envolvida para o seu restabelecimento e reinserção no lar/comunidade. A equipe está a par e descreve nesse momento dados importantes da evolução do quadro de saúde do mesmo em prontuário/arquivo eletrônico. Informações a respeito do diagnóstico e da recuperação do usuário durante a internação que são relevantes para dar sequência ao tratamento e reabilitação na comunidade. Seria importante se esses da-

dos fossem interligados a equipe de ESF (prontuário eletrônico do paciente) para dar sequência ao programa de tratamento/reabilitação que será prestado na sua comunidade, com vistas à integralidade do atendimento prestado.

Conforme Silva, Oliveira e Silva (2011), o prontuário eletrônico do paciente é fundamental para o sistema de saúde do país, já que informações e levantamentos estatísticos sobre a saúde de certa comunidade são extraídos destes prontuários. Além do mais, se os prontuários estiverem disponíveis em formato eletrônico, agiliza-se drasticamente a velocidade de acesso aos dados neles contidos, compartilhando informações importantes.

Quanto às vantagens do prontuário eletrônico do paciente, autores como Van Bommel (1997) e Sittig (1999) citados por Silva, Oliveira e Silva (2011) relacionam:

- Acesso remoto simultâneo, o qual permite que os dados do paciente sejam compartilhados por diferentes profissionais, a partir de diferentes lugares, simultaneamente;
- Legibilidade das informações, quando comparadas aos registros feitos à mão pelos ocupadíssimos profissionais da saúde;
- Segurança dos dados, uma vez que o acesso a estes é controlado através de senhas e registros de acesso (*logs*);
- Confidencialidade, garantida através do estabelecimento de níveis de direitos dos usuários que acessam o prontuário eletrônico;
- Flexibilidade nas formas de apresentação das informações;
- Recursos para captura automática dos dados;
- Integridade, pela atualização contínua e simultânea dos dados – o registro pode ser simultaneamente acessado

e atualizado pelo médico que atende o paciente e pelo laboratório no qual esta sendo laudado um exame, por exemplo;

- Integração com outros sistemas de informação em saúde – evitando retrabalho no cadastramento de dados, o que por sua vez diminui o risco de erros e inconsistência nas informações geradas;
- Assistência a pesquisa, por facilitar o acesso ágil a grande volume de dados já consolidados.

No entanto, algumas desvantagens como a necessidade de investimentos em hardware, software e treinamento das equipes, bem como a devida regulamentação do processo são identificadas como necessárias (SILVA, OLIVEIRA E SILVA, 2011).

Conforme Silva, Oliveira e Silva (2011), a transição do prontuário do paciente em papel para o formato eletrônico parece ser um caminho sem volta. Desta forma, com o avanço das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde, os usuários poderão num futuro próspero dispor de um atendimento multidisciplinar interligado entre as redes de saúde que facilitará todo o processo de tratamento e recuperação do mesmo, bem como otimiza o trabalho das equipes, contribuindo desta forma para um atendimento humanizado e integral no qual estão baseadas as premissas do SUS.

O FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

No âmbito hospitalar, tem-se a atuação do fisioterapeuta junto à equipe multidisciplinar que, neste contexto

presta assistência ao usuário, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde.

Conforme resolução do Coffito (2007), o fisioterapeuta é um profissional da área da saúde que avalia o paciente, planeja e estabelece as etapas do tratamento, seleciona, quantifica e qualifica recursos, métodos e técnicas apropriados para cada caso, trata o paciente e reavalia sistematicamente o seu trabalho durante todo o processo terapêutico. Utiliza, na sua prática, diversos recursos físicos e naturais (água, eletricidade, calor, luz, frio), massoterapia, cinesioterapia (terapia através de movimentos) e manipulação terapêutica.

Portanto, o fisioterapeuta no ambiente hospitalar tem papel fundamental para a recuperação do usuário enfermo e atua junto à equipe multidisciplinar, promovendo assistência ao usuário baseado em diretrizes médicas, devendo ser capaz de avaliar adequadamente o usuário e aplicar o melhor procedimento, visando os benefícios e os riscos em potencial, sempre presentes nos usuários hospitalizados (BARROS, 2005). E deverá entender a condição clínica do usuário e traçar um plano apropriado de tratamento, em que a avaliação deve ser constante para identificar se os objetivos estão sendo alcançados.

Neste contexto de reabilitação do usuário internado, é de extrema importância a realização do trabalho em equipe, com a integração entre os profissionais, sendo uma experiência de aprendizado no qual os profissionais têm a oportunidade de conhecer as abordagens em suas mais diferentes especialidades, promovendo e construindo o trabalho em equipe através da articulação de saberes (TEIXEIRA, 2006).

O profissional da fisioterapia tem sua atuação em âmbito hospitalar muito bem fundamentada, baseada em estudos e evidências, participando de programas de assistência à saúde e de equipes multidisciplinares que buscam uma perfeita integração entre si, para atender de forma dinâmica e responsável todos os usuários que ali internam.

Apesar do breve contato com o usuário hospitalizado, o fisioterapeuta deve dispor de todo seu conhecimento, participando ativamente na recuperação do paciente, e consequentemente na redução do período de permanência de internação hospitalar buscando restituir a saúde do usuário ao menor prazo possível.

Pois o prolongado tempo de internação predispõe qualquer indivíduo a modificações morfológicas de músculos e tecidos conjuntivos, comprometendo a resistência cardiovascular e pulmonar, favorecendo o aparecimento de contraturas articulares, diminuição do trofismo e força muscular, e no aparecimento de úlceras por pressão.

O fisioterapeuta atua sobre os efeitos deletérios do leito que levam a diminuição da atividade física do usuário hospitalizado, atuando e contribuindo desta forma na redução de complicações no pós-operatório, no tempo de permanência na UTI, na taxa de infecção e de mortalidade hospitalar.

No planejamento da alta hospitalar, o fisioterapeuta junto à equipe multiprofissional, promove a troca de informações pertinentes a respeito da saúde/reabilitação do usuário, buscando se informar da realidade de vida do usuário e sua comunidade visando à continuidade do tratamento necessário a sua recuperação.

Sabe-se que usuários idosos, com doença e/ou seqüela neurológica, lesados medulares, pós-operatório de

cirurgias traumatológicas, acamados, entre outros, necessitam de atendimento domiciliar individual. E a fisioterapia torna-se indispensável para a manutenção de uma vida mais digna, visando limitar incapacidades crônicas e recidivas.

O ideal seria que os serviços de referência e contrarreferência estivessem interligados através de uma rede virtual com o cadastro de seus usuários contendo as informações básicas acerca do usuário (prontuário eletrônico do paciente), bem como as informações pertinentes em relação às internações hospitalares e ao tratamento com especialistas. E também os dados a respeito da composição dos profissionais que compõem a equipe de ESF daquela comunidade que irá atender o usuário. E, no caso dessa comunidade não dispor na ESF do serviço que contemple as necessidades do usuário, ter no cadastro virtual um serviço de referência que dispõe de especialista que possa atender estas necessidades para poder encaminhá-lo.

Apesar da notória importância do fisioterapeuta nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, sabe-se que a eficácia da sua atuação depende da inclusão de mais fisioterapeutas nas equipes de ESF para um acompanhamento efetivo do usuário, devido à grande demanda, além de melhora da infraestrutura (instalações e equipamentos) nas unidades de saúde, para atendimentos de mais complexidade. Desta forma, o fisioterapeuta poderá atuar no máximo do seu potencial, permitindo que pacientes fiquem menos sensíveis a recidivas e sequelas permanentes reinserindo o usuário sempre que possível em suas atividades de vida diária o mais precocemente possível, melhorando a qualidade de vida deste e de sua família.

O fisioterapeuta tem atualmente o papel de agente multiplicador de saúde em todos os níveis de atenção à saúde. Sendo que a atuação deste é indispensável no cenário da saúde pública atual visando uma saúde mais plena e humanizada.

O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

O processo saúde-doença de um indivíduo não está apenas relacionado ao tratamento clínico, mas também com a composição de todas as condições de vida do indivíduo como: acesso a alimentação, educação, trabalho, lazer, renda familiar, meio ambiente, moradia entre outros. Quando atendemos um indivíduo que está hospitalizado o mesmo não se encontra ali apenas porque teve algum comprometimento genético, físico ou mental e sim porque uma série de fatores foram determinantes para esse adoecimento, na qual nem a atenção primária e secundária obtiveram sucesso pleno.

Buss (2000) aborda que, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maiores as disparidades na saúde, e a prática médica está dividida em duas partes: a primeira pré-patogênica (fatores encontram-se em equilíbrio) e a segunda patogênica (fatores em desequilíbrio), devido à manifestação de uma doença.

Para Starfield (2002), a atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da doença em si, mas todo o contexto no qual a doença ocorre deve ser considerado. O autor afirma que “raramente as enfermidades existem de forma isolada, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo”, desta forma, a assistência de enfermagem ao paciente não deve ser baseada apenas na doença, é ne-

cessário que se compreenda para qual realidade estamos, quando possível, preparando o retorno desses pacientes.

Várias são as discussões sobre a atenção primária e secundária em saúde e, na mesma proporção, temos a clareza que ambas são indispensáveis para o sistema de saúde, no entanto, quando elas não são mais suficientes a demanda acaba direcionando-se para a atenção terciária, o que pode ser facilmente evidenciado nos noticiários em que as manchetes sobre o ‘Caus na Saúde’ revelam um cotidiano que não é novidade para ninguém. Inúmeras pessoas aguardando atendimento nas emergências, a falta de profissionais de saúde para fazer o atendimento, falta de materiais, equipamentos e medicamentos, entre outros.

Mendes (2010) traz um importante fato que deve ser considerado em relação à saúde no qual o autor afirma que “o Brasil vive uma transição demográfica acelerada” fruto dos padrões de fecundidade anteriores, assim o número de idosos também deve aumentar em comparação com outras décadas. Esse fato com certeza irá refletir diretamente na saúde, onde brasileiros com mais de 65 anos, segundo o IBGE (2008) “relatam ser portadores de pelo menos uma das doze principais doenças crônicas”. Logo, o que já é complexo tem tendência a piorar.

No entanto, diante de toda essa situação que se desenha, qual seria o papel do enfermeiro na atenção terciária em saúde? Primeiramente assegurar ao paciente um atendimento contínuo, integral e principalmente de segurança e qualidade.

A função da enfermeira no primeiro momento do atendimento ao paciente é assegurar que nada irá agravar a situação de saúde do mesmo, para isso é necessário uma

equipe de enfermagem devidamente capacitada e consciente da importância de uma assistência de enfermagem segura e livre de erros. Isso não é tarefa fácil devido às condições de trabalho que muitas vezes estamos expostos como já citado anteriormente.

No que se refere a “segurança do paciente”, enfatizo a preocupação dos enfermeiros com a questão. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente vem mobilizando os profissionais para provocar uma mudança na cultura de todos os níveis do sistema, as quais vão desde a formação dos profissionais de saúde até a gestão adequada dos recursos, com um único objetivo garantir um atendimento de qualidade aos pacientes (COREN-SP, 2010).

Durante o atendimento ao paciente todas as ações do enfermeiro devem estar direcionadas a recuperação e reabilitação da saúde desse indivíduo, os cuidados e os medicamentos devem ser efetuados e administrados de maneira correta. A relação multiprofissional e a comunicação eficaz do enfermeiro com os demais profissionais envolvidos no atendimento ao paciente como o médico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o técnico de enfermagem e o psicólogo, entre outros, são indicadores de uma assistência à saúde adequada as necessidades do paciente.

Após determinar uma assistência segura ao paciente, a enfermeira que atua na atenção terciária deve estar atenta para os fatores que irão interferir na recuperação desse indivíduo como a cultura, a família, ou no caso “as casas de repouso”. Uma das dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam nessa fase da atenção à saúde está relacionada ao período pós-alta hospitalar, em que, na maioria das vezes, as orientações e ações não são realizadas

e acabam por ocasionar a reiteração desse indivíduo. Dentro da atenção terciária em saúde o modelo de referência e contrarreferência em saúde deve estar funcionando para auxiliar neste processo.

O MÉDICO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

O “pensar” do trabalho médico nas esferas de atenção à saúde e as consequências de tais atitudes como um dos principais indicadores de eficácia, isto é, a capacidade de resolver problemas de saúde e de evitar danos. A “imperícia” ou a incapacidade resolutiva do profissional médico proporcionará a sobrecargas de encaminhamentos aos especialistas, exames complementares desnecessários, gerando custos e atrasos de diagnósticos e até mesmo a evolução de doenças agudas/crônicas. Há um “culpado” pela falta de atitudes ou até da qualificação dos médicos na Atenção Primária à Saúde? Ou dos profissionais da Atenção Secundária? Ou dos da Atenção Terciária? Se a resposta for: o sistema de saúde; existe o “dever moral” em solicitar as providências locais, pois o compromisso é o motivo da relação médico-paciente-família, independente do custo gerado; e se a resposta for: a formação médica; a profissionalização de estudantes de medicina é baseada em princípios éticos e morais alicerçados no pensamento científico, mas que depende muito do tipo de “pessoa” e personalidade que o médico apresenta. Ressalto que tal raciocínio não é exclusivo para as profissões da saúde. Outros fatores como remuneração médica, carga horária de trabalho, múltiplos empregos, falta de especialização médica e até mesmo falta de opções de trabalho contribuem para tais argumentos.

PERGAMUM
UFC/BCCE

Utilizar indicadores que realmente traduzam esses questionamentos não é facilitado por meras estatísticas geradas por atendimentos, encaminhamentos e exames, pois medir a qualidade de vida proporcionada pelos serviços de saúde é relativo.

O ambiente hospitalar gera, no entendimento leigo, a agilidade e qualidade que a Atenção Primária à Saúde não apresenta, especialmente, para o sistema de saúde público. No entanto, em se tratando de doenças endêmicas e crônicas tal esfera de saúde não afeta e nem facilita a mudança de hábitos necessários para atingir a “saúde”. A proposta de “dificultar”, ou melhor dizendo, “estratificar” risco nos serviços terciários vem com o intuito indireto de encaminhar uma demanda reprimida ao atendimento primário. Tal conduta já é vista como essencial por sistemas privados de saúde, que oferecem um “plano de vida” ou um “plano de saúde”, estimulando atividades preventivas, diminuindo internações e sem o foco assistencialista e curativo. O “negócio” é “qualificar” todos os níveis de atendimento, evitando a sobrecarga de qualquer um deles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação de um sistema de saúde universalista em todas as esferas de atenção à saúde é considerada por vários autores como de concretização “difícil”, “impossível” e “utópico”, devido à escassez de recursos materiais e humanos e das demandas existentes. A ESF evidencia ser um mecanismo densificador do direito a saúde no Brasil, porém ainda não consolidada. E nesse processo de implementação/consolidação do ESF, integrado pelos diversos atores

sociais interessados no sistema de saúde deve haver constante avaliação e profunda análise dos processos de saúde, buscando remodelar e criar instrumentos públicos eficazes, com vistas a um sistema de saúde mais justo a todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n.6, p.1054-1069, Dez. 2009.

LOURENÇÃO, L.; SOLER, Z. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. *Rev. Ciências da Saúde*, 2004, v. 11, n. 3, p. 158-62.

AGUIAR, R. G. *Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto*. (Dissertação), Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2005.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, 2005. v; 13, n. 4, [s.d.].

BRASIL Lei n.750, de outubro de 2006. *Estabelece as Estratégias de Saúde da Família*. [online] Brasília (DF), 2006. Disponível em: <http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/legislação.php>. Acesso em: 1 nov. 2011.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saude Soc.*, v. 10, n. 1, 2001. p. 1-25.

CAVALHEIRO, Andressa Fracaro. *O direito à saúde no Brasil: a estratégia saúde da família como possível mecanismo densificador*. 2011. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). *Acompanhamento e avaliação da atenção primária*. Brasília: CONASS, 2004. 76 p. (CONASS documenta; 7).

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary health services?* HEN Health Evidence Network, 2004.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org.). *Direito Sanitário e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BERMÚDEZ-TAMAYO, C.; MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.; RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA, M. M.; *et al.* Características organizativas de La atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*. *Aten Primaria*. 2004, v. 33, n. 6, p. 305-11.

CAMINAL HOMAR, J. *et al.* Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. v. 31, n. 1, p. 6-17. 2003.

MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.; *et al.* Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios em los municipios. *Gac Sanit*. v. 17, 2003. p. 360-7.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.

SILVA, A. S. R.; OLIVEIRA, L. R.; SILVA, W. L. As tecnologias da informação e das comunicações na área da saúde: impacto e perspectivas no exercício profissional e processos de ensino-aprendizagem. In: SANTANA, J. R.; *et al. Bioinformática, Ciências Biomédicas e Educação*. Fortaleza: Edições UFC, 2011.

CONSELHO Federal de Fisioterapia e terapia Ocupacional. Resolução COFFITO-80 de 21 de maio de 1987. *Diário Oficial da União*, 1987, maio 21; 93: Secção I: 7609. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

BARROS, Chrystianne M. F. *Fisioterapia respiratória em Unidades de Terapia Intensiva: revisão sistemática dos ensaios clínicos randomizados no período de 1966 a 2005*. Joaçaba: UNOESC, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2005.

TEIXEIRA, Michelle Cecille Bandeira. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n. 1, p. 45-51, jan./mar. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29447.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

MENDES, Eugenio Vilança. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. 2010.

COREN –SP. Fórum do COREN-SP terá foco na segurança do paciente e nos caminhos para prevenir a ocorrência de erros na assistência. *Revista Enfermagem*, Publicação do

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, ano 11, n. 85, mar. 2010.

BUSS, P. M. (Ed). *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro: Mimeo, 2000.