


ruep

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
v. 18, n. 50, jan./mar. 2021
ISSN 2318-2083 (eletrônico)

LAÍS ROSA PORTELLA

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,
Salvador, BA, Brasil.*

GABRIELLA DE CARVALHO MADUREIRA

*Secretaria de Saúde do Estado da Bahia,
SESAB, Salvador, BA, Brasil.*

CAROLINE RAÍZA DOURADO LIMA

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,
Salvador, BA, Brasil.*

MAGNO CONCEIÇÃO DAS MERCES

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,
Salvador, BA, Brasil.*

MARCIO COSTA DE SOUZA

*Universidade do Estado da Bahia, UNEB,
Salvador, BA, Brasil.*

*Recebido em janeiro de 2021.
Aprovado em maio de 2021.*

PRODUÇÃO DO CUIDADO E ASPECTOS NUTRICIONAIS EM PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos profissionais sobre a produção do cuidado em pessoas com Doença Falciforme em relação aos aspectos nutricionais. **Método:** utilizou a abordagem qualitativa de caráter exploratório. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família em Salvador Bahia. A amostra foi composta por 8 participantes definidos a partir da saturação das informações. Utilizou entrevista semiestruturada para a produção dos dados e foram interpretados baseado na análise de conteúdo. **Resultados:** a pessoa com doença falciforme não utiliza a Unidade de Saúde da Família pesquisada. Em relação aos cuidados nutricionais, os trabalhadores entendem sobre a necessidade e importância do cuidado integral. **Conclusão:** os profissionais desse nível de atenção têm uma percepção reducionista da doença, a coordenação do cuidado é inexistente, principalmente referente aos aspectos nutricionais.

Palavras-Chave: anemia falciforme; assistência centrada no paciente; programas de nutrição.

PRODUCTION OF CARE AND NUTRITIONAL ASPECTS IN PEOPLE WITH FALCIFORM DISEASE

ABSTRACT

Aim: to analyze the perception of professionals about the production of care in people with sickle cell disease in relation to nutritional aspects. **Method:** used an exploratory qualitative approach. The research was carried out at a Family Health Unit in Salvador Bahia. The sample was composed of 8 participants defined from the saturation of the information. It used semi-structured interviews for the production of the data and they were interpreted based on the content analysis. **Results:** the person with sickle cell disease does not use the Family Health Unit studied. Regarding nutritional care, workers understand the need and importance of comprehensive care. **Conclusion:** professionals at this level of care have a reductionist perception of the disease, the coordination of care is non-existent, mainly regarding nutritional aspects.

Keywords: anemia; sickle cell; patient-centered care; nutrition programs.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150
Boqueirão - Santos - São Paulo
11050-071
<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep>
revista.unilus@lusiada.br
Fone: +55 (13) 3202-4100

INTRODUÇÃO

A dinâmica do trabalho pode ser compreendida como uma forma de transformar a natureza e o ambiente em que se vive, mediante um esforço coletivo. A mudança não ocorre apenas no meio, mas também nos atores envolvidos, pois esses estão em constantes processos de subjetivação, transformações das crenças e percepções, o que atribui ao trabalho uma concepção humanizadora e dinâmica, e quando esta caminha sobre a ótica subjetiva do cuidar estabelece como no mundo do trabalho em saúde, neste caso, na nutrição. (OLIVEIRA et al, 2018; SOUZA; FERREIRA, 2020).

Desta forma, nos mais diversos níveis de complexidade, o processo de trabalho se constitui a partir da lógica de produção do cuidado com o intuito de atender as necessidades singulares dos usuários, sobretudo na Atenção Básica (AB), que se configura como o espaço/lócus da coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para tanto, é fundamental que esta ação opera por meio do trabalho em equipe de forma colaborativa, para que possa ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde individual e coletiva (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Dentre tantas situações vivenciadas no serviço de saúde, merece destaque aquela relacionada às pessoas com Doença Falciforme (DF), que é uma condição de saúde com alta prevalência, na maioria das vezes pouco conhecida pelos profissionais que a manejam, e ainda vista com um olhar reducionista. A DF se apresenta como um grave problema de saúde pública mundial, com grande impacto na morbimortalidade da população afetada (VILELA et al, 2019; FIGUEIREDO, 2016).

A DF é uma das enfermidades genéticas e hereditárias mais comuns no mundo que decorre de uma mutação no gene que produz a hemoglobina (Hb) A, originando outra, mutante, denominada hemoglobina S, de herança recessiva. Em determinadas condições, a HbS faz com que o eritrócito deixe de ser flexível e fique mais rígido, podendo apresentar formato de foice, que originou o nome falciforme. No Brasil, a distribuição da doença falciforme por região do país, não é homogênea. As regiões Norte e Nordeste que apresentam alta prevalência de população afrodescendente, também apresentam as maiores taxas de incidência e de prevalência da doença (BRASIL, 2009).

Uma vez feito o diagnóstico da doença, que na maioria das vezes é descoberto já no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), conhecido como teste do pezinho, a rotina de manutenção da saúde na pessoa com doença falciforme deve ser iniciada já nos dois primeiros meses de vida (BRASIL, 2015). Portanto, faz-se necessário construir a partir de uma relação horizontal de cuidar, espaços de educação/emancipação dos cuidadores sobre esta doença e o compartilhamento das reais necessidades dos usuários sobre a mesma (SOUZA, 2014). Esse processo de construção intersubjetiva entre usuários e trabalhadores de conduta devem ser produzidas desde a primeira consulta, no qual, os cuidadores precisam ter conhecimento amplo da condição de saúde, o que não pode se abster dos aspectos nutricionais, principalmente no que tange sobre a manutenção da hidratação e alimentação adequadas, fato que torna-se indispensável a avaliação/acompanhamento com nutricionista (SANTOS, 2005).

Diante do exposto, objetiva-se com esse estudo, analisar o cuidado produzido em pessoas com DF destacando as abordagens relacionadas aos aspectos nutricionais.

MATERIAL E MÉTODOS

Optou-se como processo metodológico para a realização da pesquisa, a abordagem qualitativa, de caráter exploratório, o qual permite que o fenômeno observado seja conhecido com uma maior espontaneidade. No que tange ao local de estudo constituiu em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário em Salvador-Bahia escolhido de forma intencional. Esse campo foi selecionado por ter sido a unidade que despertou a indagação desta pesquisa durante a prática do estágio supervisionado de nutrição

social. Vale destacar que esse bairro é considerado o mais populoso e com maior população negro de Salvador.

A população do estudo foi composta pelos profissionais desta USF pertencentes a equipe mínima e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e para a composição da amostra, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser profissional devidamente registrado em seu conselho, estar alocado no serviço há pelo menos um ano e desejar, voluntariamente, participar da pesquisa. Escolheu-se o período de, no mínimo, um ano no serviço por supor que esse período já consegue agregar ao profissional uma noção do território no qual trabalha, do público que atende, além de permitir a compreensão da rotina da unidade. Aqueles que decidiram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma de posse do entrevistado e outra da pesquisadora, autorizando a participação voluntária na pesquisa (apêndice A).

Para definição amostral foi utilizado o critério de saturação das informações, que segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008) utilizou por acreditar que o fluxo das informações e sua dinamicidade ocorrem pela singularidade dos discursos, no entanto, apresentam pontos em comum.

A produção de dados aconteceu através de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado com os participantes. O instrumento de produção dos dados utilizados nesta pesquisa foi composto por duas partes: a primeira referente a dados sociodemográficos. A segunda parte, referente ao objeto da pesquisa, contou com tópicos norteadores inspirados nos estudos de Merhy (2016) sobre a produção do cuidado em saúde, bem como uma abordagem breve sobre a DF. Tais tópicos foram a mola propulsora para a entrevista, no qual os pesquisadores podem intervir com explicações, esclarecimentos, caso tivesse sido necessário. Foram compostos pelas seguintes insígnias: (1) Comente um pouco se os cuidados que são dados aos pacientes com doença falciforme. (2) Fale um pouco sobre a interferência no cuidado da pessoa com Doença Falciforme quando há orientação nutricional. (3) Fale um pouco sobre os pacientes com DF que você acompanha e se este cuidado é interprofissional. (4) Comente sobre os encaminhados dos pacientes com DF para o centro de referência e qual a relação com a unidade de saúde. Os entrevistados foram identificados por números para garantir o sigilo dos participantes.

Para a interpretação de dados, a análise conteúdo adaptado por Minayo (2014) foi utilizada como referencial. Assim, para a sistematização das informações coletadas para uma posterior análise, foram realizados os seguintes passos: inicialmente a ordenação das informações por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos (transcrição de gravações, releitura de material, organização de gravações). Por conseguinte, realizou-se a classificação das informações, a partir da identificação dos núcleos de sentidos e em seguida elaborou-se a categoria empírica. Por fim, para o momento de análise final das informações, houve a articulação dos dados empíricos com o referencial teórico da pesquisa promovendo assim, a relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática (MINAYO, 2014).

Esta pesquisa foi aprovada no CEP da Universidade do Estado da Bahia sob o nº do CAAE: 89313918.5.0000.0057, baseado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a finalização da produção dos dados, contabilizou-se um total de 8 entrevistados, sendo quase a totalidade da equipe que compõe o quadro de profissionais da unidade, no entanto, este número foi determinado pela saturação das respostas dos entrevistados. Diante da produção, foi construída uma Categoria empírica denominada de:

atenção nutricional e cuidado a pessoa com Doença Falciforme, e dois núcleos de sentidos: ausência de pacientes na Atenção Básica e acesso e cuidados nutricionais.

Este estudo foi realizado no contexto da AB, que no Brasil está organizada segundo modelo da ESF baseado no trabalho em equipe, portanto um espaço privilegiado para prática e formação interprofissional em saúde composto por profissionais da equipe mínima da USF e profissionais do NASF. Diante desta realidade da interprofissionalidade, importante ressaltar sobre a complexidade/heterogeneidade da mesma, possibilitando um olhar holístico sobre o usuário e uma horizontalidade do cuidado (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018).

ATENÇÃO NUTRICIONAL E CUIDADO A PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME

No cuidado de pessoas com DF, é indispensável o envolvimento dos diversos níveis de atenção à saúde organizados em rede para seja ofertado um cuidado integral e resolutivo. A AB atua estrategicamente na porta de entrada e como coordenadora do cuidado na RAS, sobretudo, coma a qualificação para acompanhar, durante toda a vida, as pessoas que vivem na sua área adscrita, e neste caso, aqueles que vivem com DF (VILELA et al, 2019; ALMEIDA; SANTOS, 2016; CRUZ; MENDES; PIRES, 2017).

Ainda que exista uma triagem no país, foi possível observar que a atenção às pessoas com DF está restrita aos Centros de Referência e aos hemocentros, fato este que inviabiliza a criação de vínculos com o usuário, seus familiares e as Equipes de Estratégias de Saúde da Família, que segundo Andrade, Nascimento e Moraes (2018), estes usuários são invisibilizadas por este nível de atenção condições de saúde desta natureza principalmente pela desarticulação da rede de atenção. As autoras ainda afirmam que, há um déficit na qualificação dos profissionais nos mais diversos níveis no que diz respeito ao conhecimento técnico, habilidades e atitudes para atender à pessoa com DF, há, portanto, uma preferência da família pelo acompanhamento da atenção secundária em detrimento da atenção primária.

No que tange sobre o cuidado no nível primário de atenção, nota-se uma ausência de usuários na Atenção Básica, conforme falas abaixo,

Eu nunca nesses 6 anos peguei nenhum paciente com anemia falciforme aqui na unidade (entrevistada 1).

Tem um mapeamento no portal Mais das pessoas que têm anemia falciforme, porém, eles não são acompanhados aqui, então eles são vinculados a outras unidades secundárias a exemplo do HEMOBA e eles acabam não vindo aqui (entrevistado 4).

A mãe relata que a criança tem plano de saúde e que faz acompanhamento em uma unidade de referência. Ela sempre se negou a vir aqui na unidade, já foi convidada para vir para consulta com a enfermeira e eu até mesmo agendei para ela vir, mas ela não veio (entrevistado 6).

Para Souza e Silveira (2019), a criação de vínculos requer o estabelecimento de uma relação contínua com escuta qualificada pautada nas necessidades de saúde dos usuários e envolvimento e responsabilização dos profissionais de saúde na tentativa de solucionar os problemas que lhes são apresentados. Esse fator aumenta o comprometimento de ambos sobre o cuidado, e horizontaliza as ações na atenção à saúde, o que não é possível diante desta realidade pela falta de participação efetiva no cuidado destes pacientes.

Esta ausência, está relacionada principalmente pela alta vinculação produzida nos Centros de referência, diante das necessidades e expectativas, pois este lugar figura no imaginário diante da oferta especializada com possível espaço de resolutividade, o que potencializa para a redução do protagonismo do cuidado de pessoas com Doenças Crônicas, em especial para aqueles que têm DF (VILELA et al, 2019).

As reflexões de Silva, Bellato e Araújo (2013) sobre cuidado às pessoas com DF, quando relacionada às questões nutricionais está diretamente ligada com a forma de

promover previamente o bem estar dos usuários, que é capaz de minimizar as crises que a doença pode ocasionar. Nesse sentido, as principais orientações nutricionais estão relacionadas às escolhas alimentares, possível de serem incorporadas desde o incentivo ao aleitamento materno até a promoção de uma alimentação equilibrada com os principais nutrientes, terapêutica fundamental para um olhar integral.

Do ponto de vista nutricional é possível identificar em estudos que há uma influência direta com o que as pessoas com DF ingerem na sua alimentação e a quantidade de micronutrientes presentes no corpo podem levar a uma necessidade de suplementação de ácido fólico, visto que a eritropoiese acelerada dos portadores de DF leva ao rápido consumo desse elemento. (GOMES et al, 2014).,

Outro ponto a ser mencionado, é a orientação para a elevação da ingestão hídrica, uma vez que existe a necessidade de manter a hidratação (exceto nos casos de insuficiência renal), evitando a desidratação e, conseqüentemente, hemoconcentração, assim como atividades físicas moderadas que podem contribuir para a prevenção das crises álgicas (NASCIMENTO et al, 2021).

Esta realidade é relatada pelos entrevistados abaixo,

Um paciente que tem muitas crises álgicas que as crises levam a inapetência, que leva emagrecimento, a queda da imunidade então todos esses fatores a alguma orientação nutricional bem dada tem como reduzir essa sintomatologia e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. (ENTREVISTA 1).

Em relação à orientação nutricional, a gente fala um pouco mais relacionado à crise. Em casos de crise a gente conversa com o paciente no sentido de ele fazer uma alimentação pouco mais pastosa, pouco mais fragmentada para não ter tanto problema. (ENTREVISTADO 8).

Os relatos corroboram com a ideia de promover a qualidade de vida dos portadores da DF por intermédio da alimentação enquanto tecnologia do cuidar, uma vez que seguindo as orientações é capaz de fortalecer o sistema imunológico, minimizar as crises álgicas sentidas em momentos de crises, evitando a inapetência, que pode levar a uma perda de peso não proposital (MAXIMINO et al, 2017).

Importante destacar, que para o cuidado em saúde no DF, por meio da RAS em que pretende-se equacionar, a atenção integral à saúde, no qual insere-se os aspectos nutricionais, em todos os níveis. Objetiva-se, portanto, garantir o atendimento descentralizado, desde o diagnóstico, a atenção à saúde com uma equipe interprofissional e interdisciplinar, com atividades de educação em saúde com enfoque no autocuidado e o acesso à atenção especializada e alta complexidade, em que a atenção primária estaria como a ordenadora dos fluxos dos usuários por todos os níveis da RAS (BRASIL, 2014; BRASIL, 2012).

Ainda sobre a RAS, a sua construção potencializa as relações entre os serviços de saúde. Desta forma, é imprescindível reconhecer que as redes construídas entre os profissionais de um serviço de saúde contribuem de forma salutar para a sustentação do cuidado no cotidiano, bem como para a conexão estabelecida entre os diferentes níveis de atenção. (BERMUDEZ; BATISTA, 2017).

O acompanhamento pela equipe de saúde da família deve priorizar as ações de prevenção dos riscos gerados pela doença e promoção da saúde, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, as orientações para o aleitamento materno, os cuidados de higiene, a saúde bucal e a educação para o autocuidado (BRASIL, 2015).

Sobre o cuidado nutricional, os profissionais entrevistados relatam que,

Em relação ao cuidado nutricional, como eu não sou da área de nutrição, mas dentro do NASF a gente tem a nutricionista, a gente sabe que existe uma orientação mais específica para doença falciforme, porém, eu não sei de forma aprofundada como seria essa orientação. A gente sabe que existe uma diferença sim e que a alimentação acaba interferindo na doença (ENTREVISTADA 2).

Normalmente como a gente trabalha com nutricionista, normalmente a gente aciona a nutricionista da unidade (ENTREVISTADA 3).

Com relação a alimentação dele é de extrema importância ter o acompanhamento da nutricionista, ela tem que acompanhar mais de perto, está sempre sabendo o que está acontecendo com esse paciente (ENTREVISTADO 7).

A partir das falas supracitadas é possível observar que parte da equipe entende a relevância do encaminhamento especializado com a profissional nutricionista, para assegurar o acesso e cuidados nutricionais e forma integral ao usuário, sendo feito um direcionamento preventivo para minimizar os danos causados pela doença.

A partir da concepção do usuário como centro da linha de cuidado na atenção à saúde, é importante destacar que, o autocuidado deverá estar presente em todo o processo de estruturação dos serviços, nos diversos níveis de atenção e durante todo o desenvolvimento da atenção à saúde (CARNUT, 2017). O estabelecimento de um programa de atenção integral à pessoa com DF garantirá melhor qualidade de vida e maior sobrevida, com atenção interprofissional desde a promoção de saúde, passando pela atenção curativa e de reabilitação, chegando aos procedimentos de maior complexidade, com início na mais tenra idade, em toda oportunidade que se apresente (ANDRADE, NASCIMENTO, MORAIS, 2018).

Em contrapartida, como observado nas falas anteriores, devido às relações históricas estabelecidas e vivenciadas por parte da equipe de profissionais, seguindo uma visão focada na demanda principal da doença, e não com um olhar ampliado sob todas as óticas, muitos ainda não direcionam os usuários para um acompanhamento integral. A descentralização da atenção para as unidades mais acessíveis e de menor complexidade deve ser uma estratégia para atender a necessidade dos usuários, e não é diferente para quem possui DF, desta forma, para garantir a integralidade do cuidado.

Destaca-se ainda que, a integralidade na atenção caracteriza-se por um sistema “sem muros” que deve buscar a eliminação das barreiras de acesso (geográfico, comunicacional, econômico, funcional, etc.) entre os diversos níveis de atenção, em resposta às necessidades de saúde nos âmbitos local e regional, com participação preponderante do usuário, que ocupa o centro da estrutura da linha de cuidado (SOUZA et al, 2020).

Esta realidade é relatada pelos entrevistados abaixo,

Eu já acompanhei um e ele realmente tinha um atendimento especializado, era uma criança, mas em termos de cuidado específico da nutrição não (ENTREVISTADA 5).

Em relação aos aspectos nutricionais eu nem falo porque geralmente elas nem vem para aqui e já fazem acompanhamento em outro local (ENTREVISTADO 6).

Diante dos estudos científicos pesquisados e da vivência na USF, admitiu a importância em elucidar como a pessoa com DF é atendida numa unidade de saúde do distrito de saúde estudado, pois, a população predominante é negra, e pouco deles frequentam a unidade para acompanhamento dessa enfermidade. Observa-se que, lidar com a DF é um desafio enorme, pois é uma condição que possui uma visibilidade aquém da necessária para se desenvolver um cuidado integral, igualitário e qualificado, conforme preconizado nas leis e diretrizes do SUS, salienta-se ainda que, o cuidado nutricional, aparece como estratégia na atenção desta enfermidade, ou como parte do tratamento, ou com o devido encaminhamento para um nutricionista (BRASIL, 2012).

Assim, pode-se afirmar que, o cuidado de pessoas com DF deve ocorrer sobre a égide que permeia toda enfermidade crônica, deve privilegiar, portanto, uma ação interprofissional e interdisciplinar, com prática colaborativa e um olhar integral (PEDUZZI et al, 2020). No entanto, o cuidado normalmente ocorre apenas na média e alta complexidade (hemocentros, hospitais de referência e emergências), o que as deixa fora da AB e, portanto, excluídas dos programas de saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem, da saúde bucal, da vigilância nutricional, entre outros, além de não privilegiar o autocuidado e a atenção integral, o que desmembra a pessoa da DF da condição humana e que possui outras necessidades de saúde que precisam ser acompanhadas no curso de vida (BRASIL, 2015b).

Sobre a referência e contrarreferência, os participantes em suas falas descrevem que,

Normalmente eles são referenciados para outra unidade como o HEMOBA, ou o multicentro Carlos Gomes, ou Vale das Pedrinhas (ENTREVISTADA 2).

Ele foi encaminhado e até hoje, ele é acompanhado pela Unidade de referência. Ele não tem nenhum vínculo com essa unidade hoje (ENTREVISTADA 5).

Tem um mapeamento no portal Mais das pessoas que têm anemia falciforme, porém, eles não são acompanhados aqui, então eles são vinculados a outras unidades secundárias a exemplo do HEMOBA e eles acabam não vindo aqui (ENTREVISTADO 4).

É importante salientar a importância da descentralização dos serviços através das parcerias e pactuações com as coordenações de saúde. A inserção da pessoa com DF, também na AB, requer um intenso trabalho de qualificação dos trabalhadores do SUS para que conheçam e se preparem para essa atividade, que contribui comprovadamente para a melhoria da qualidade de vida e longevidade, possibilitando um cuidado em saúde eficaz mais próxima do local de moradia, o que preenche uma lacuna nos cuidados necessários a essas pessoas.

Desse modo, a rede, no campo da saúde, refere-se a uma compreensão acerca da organização dos serviços e suas conexões, bem como a articulação de pessoas ou ações em saúde. Assim, os elementos fixos da rede podem ser pessoas e/ou serviços, que podem se organizar de forma individual, como trabalhadores ou usuários, ou organizadas em conjuntos, como equipes (AMARAL; BOSI, 2017).

Quando tais falhas predominam e comprometem o fluxo do usuário pelo sistema, eles acabam buscando e criando maneiras de acessar os serviços de saúde, criando fluxos que respondam às suas demandas reais ou simbólicas, uma potente rede viva se produz com o intuito de resolver as suas necessidades (VIANA et al, 2018).

Portanto, para que exista integração entre as redes de saúde é necessário construir um efetivo sistema de referência e de contrarreferência. No qual, a referência corresponde ao encaminhamento do usuário para serviços especializados de acordo com a complexidade do seu caso, enquanto a contrarreferência refere-se ao retorno do usuário ao serviço inicial. Porém, alguns fatores interferem no sistema de referência e de contrarreferência, dentre eles, a limitada oferta de consultas e exames, desorganização das atividades de regulação e inexistência ou precariedade da contrarreferência (COSTA et al, 2015).

Portanto, reconhecer o cuidado da DF deve ser muito além do biológico, e enxergar essas pessoas de forma holística, pois elas precisam de atenção para além desta enfermidade. Para tanto, a qualificação dos profissionais e ações interprofissionais no cotidiano das práticas, de forma colaborativa, devem ser organizadas no SUS como política institucional para toda e qualquer enfermidade crônica. Há ainda uma necessidade de tornar visível a Doença Falciforme, para além dos dados apresentados, há indícios que o racismo estrutural/institucional pode ser um elemento que torne esta condição de saúde tão prevalente com tão poucas ações efetivas de natureza estatal, desta forma, há uma real necessidade de combater o racismo com o intuito de reduzir as desigualdades sociais e consequentemente permitir uma ampliação do acesso de forma integral e resolutiva (Souza et al., 2020; SILVA, MOTA, TRAD, 2020).

CONCLUSÃO

Diante da realidade vivenciada, infere-se que a USF em questão ainda possui problema de caráter organizacional no serviço e um déficit na inserção das pessoas com DF neste espaço requer profissionais qualificados e preparados para prestar uma atenção à saúde que atenda às necessidades dos usuários que vivem com esta condição de saúde.

Nota-se, portanto, uma falta de interlocução entre os serviços, para solidificar a integralidade e a continuidade do cuidado dos usuários com DF.

Diante disso e levando em consideração questões históricas e a natureza da enfermidade, o usuário, em busca da resolução das suas demandas, constrói sua própria rede, traçando um itinerário do cuidado que, por vezes, sai do que é sistematizado. Ocasionalmente a grande evasão no primeiro nível de cuidado, a Atenção Básica, e muitas vezes sobrecarregando os demais níveis de atenção.

Entre os desafios encontrados cabe ressaltar a necessidade de agir com um cuidado subjetivo pautado na integralidade das ações de saúde, além de fortalecimento do trabalho em equipe que possibilite o compartilhamento de forma colaborativa de informações pertinentes, e portanto, se construa lógica na qual a falta de conhecimento em algumas áreas não sejam comprometidas, neste caso, as questões nutricionais, que assim como as demais campos de atuação, devem estar presentes nos projetos terapêuticos singulares, principalmente ao que tange às orientações, que irão viabilizar uma vida produtiva a pessoa que vive com DF, o qual deve direcionar as ações dos profissionais que cuidam na AB.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? Rev Saude Publica, v. 50, n. 80, P. 1-13, 2016. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006602.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. Saúde e Sociedade, v. 26, n. 2, p. 424-434, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170846>

ANDRADE, L. M. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; MORAIS, A. C. Produção do cuidado à pessoa com doença falciforme na atenção primária de saúde. Rio de Janeiro: Bonecker Editora: 2018.

BERMUDEZ, K. M.; BATISTA, R. S. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de redes para os profissionais da saúde mental. Saúde e Sociedade, v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170298>.

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 3, e280310, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280310>.

BRASIL. Manual de Educação em Saúde: Linha de Cuidado em Doença Falciforme. v 2. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde em Debate, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.

COSTA, P. H. A. et al. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 245-252, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>.

CRUZ, D. M. M.; MENDES, S. U. R.; PIRES, B. S. Doença falciforme e o acompanhamento na atenção básica: relato de caso. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 4, n. 3, p.47-50, 2017. DOI: 10.20873/uft.2446-6492.2017v4n3p47FIGUEIREDO, J. O. Morbidade e mortalidade por doença falciforme em Salvador, Bahia. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia, p. 74, 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

GOMES, L. M. et al. Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária. *Acta Paul Enferm.* v. 27, n. 4, p. 348-55, 2014. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400058>.

MAXIMINO, V. S. et al. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 435-447, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170017>.

MERHY, E. E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para debate*, v. 52, p. 153-164, 2016.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

NASCIMENTO, L. C. N. et al. Internalização do cuidado: um estudo qualitativo com escolares que convivem com a doença falciforme. *Esc. Anna Nery*, v. 25, n. 1, e20190337, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0337>.

OLIVEIRA, P. .P. et al. A humanização da assistência na ótica de profissionais de enfermagem que cuidam de idosos. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, v. 20, n. 2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-2.haop>.

PEDUZZI et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, educação e Saúde*, v. 18, Supl. 1, e0024678, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv.*, v.7, n.3, p. 257- 265, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v7i3.8033>.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva* , v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.

SILVA, A.H; BELLATO, R; ARAUJO, L.F.S. Cotidiano da família que experiencia a condição crônica por anemia falciforme. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.15, n. 2, p. 437-46, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.17687>.

SILVA, G. S.; MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. Racismo, eugenia e doença falciforme: o caso de um programa de triagem populacional. *Reciis - Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, v. 14, n. 2, P. 355-71, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1881>

SOUZA et al. Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 In Brazil. *Biomed J Sci & Tech Res*, v. 31, n. 4, p. 24327-24329 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.26717/BJSTR.2020.31.005125>

SOUZA, M. C. et al Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. *O Mundo da Saúde*, v. 38, n. 2, p. 139-148. DOI: <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20143802139148>.

SOUZA, M. C.; FERREIRA, M. T. Produção do cuidado e humanização em saúde: percepção de estudantes de nutrição de uma Universidade pública. *UNILUS ensino e pesquisa*, v. 17, n. 46, p. 18-28, 2020.

SOUZA, S. A. L.; SILVEIRA, L. M. C. (Re) Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. *Rev. Psicol. Saúde*, v. 11, n. 1, p. 19-42, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.571>. VILELA, R. et al. A integralidade do cuidado em saúde na doença falciforme: uso de itinerário terapêutico no apoio à pesquisa qualitativa avaliativa. *Investigação qualitativa em saúde*, v. 2, p. 746-755, 2019.