



REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO RECIFE: RELAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DO SUS

Priscila Felix Bastos

Universidade de Pernambuco

RESUMO

Inúmeras foram as dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde desde sua implantação. Por outro lado, as mudanças ocorridas no modelo assistencial foram essenciais para uma significativa melhoria na qualidade do atendimento e, neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família merece destaque. Todavia, a Estratégia de Saúde da Família, por si só, é incapaz de responder com eficiência a todos os casos que lhes são apresentados, necessitando do apoio de uma rede com distintos níveis de complexidade e com tecnologia adequada para cada nível. Diante dos fatos aqui expostos, pretende-se, deste modo, analisar o estabelecimento das redes de atenção por meio da observação do processo de articulação entre a Atenção Básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS no Distrito Sanitário IV da Cidade do Recife. Sendo assim, realizou-se um estudo de natureza qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas com equipes de profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, optou-se por um estudo quantitativo através da apreciação de uma base de dados referentes à rede de encaminhamentos de pacientes na Cidade do Recife. A partir da análise dos dados identificou-se que há consideráveis barreiras na operacionalização da rede de atenção e restrições no fluxo de informações entre os níveis de atenção. Isto limita a adequação da rede hospitalar do Recife às reais necessidades dos pacientes, dificultando a operacionalização da hierarquia da rede. Este aspecto fragiliza os mecanismos de referência e contrarreferência que visam garantir uma assistência integral à população.

Palavras-chave: Redes, Redes de Atenção à Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

Health care networks in Recife: Relationship between basic care and the services with the greatest assistential complexity of SUS

ABSTRACT

There were countless difficulties faced by the Brazilian public health system (Sistema Único de Saúde) since its implementation. On the other hand, the changes in the care model were essential for a significant improvement in the quality of care and, in this sense, the Family Health Strategy deserves to be highlighted. However, the Family Health Strategy, by itself, is unable to respond efficiently to all cases presented to them, requiring the support of a network with different levels of complexity and with appropriate technology for each level. Given the facts exposed here, it is intended, in this way, to analyze the establishment of care networks by observing the process of articulation between Primary Care and services of greater care complexity of SUS in Sanitary District IV of the City of Recife. Therefore, a qualitative study was carried out, through semi-structured interviews with teams of professionals and users of the Brazilian public health system. In the same way, a quantitative study was chosen through the assessment of a database referring to the network of referrals of patients in the City of Recife. From the analysis of the data, it was identified that there are considerable barriers in the operationalization of the care network and restrictions in the flow of information between the levels of care. This limits the adequacy of the hospital network in Recife to the real needs of patients, making it difficult to operationalize the network hierarchy. This aspect weakens the reference and counterreference mechanisms that aim to guarantee integral attention to the population.

Keywords: Networks, Health Care Networks, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O atual sistema de saúde brasileiro tem um histórico bastante peculiar, dado o complexo contexto no qual foi estabelecido. Trata-se de períodos de avanços e recuos influenciados pela conjuntura política, econômica e social atravessada pelo país.

Essas transformações ocorridas no Brasil serviram de base para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê a ampliação da inclusão social através de um sistema de saúde descentralizado, integral, universal e com participação da sociedade civil. O SUS corresponde a uma proposta de modificação sociopolítica de valor determinante na consolidação da democracia brasileira (JUSTO, 2006).

Baseado nos princípios da Constituição de 1988, esse sistema relaciona a política de saúde com as condições de vida da população e instaura um processo de descentralização da saúde, contemplando, a nível municipal, as diferenciações do território, em função da demanda por serviços públicos de saúde, de modo a promover a formulação de políticas no setor (LYRA; SOUZA; BITOUN, 2005).

Todavia, há evidências de que apenas parte do ideário da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde foram eficientemente

implementados e cumpridos (BARROS et al, 1996). Cabe então uma inicial reflexão acerca do que foi idealizado por meio dos princípios e diretrizes estabelecidos.

Através da universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso aos serviços públicos de saúde como um todo, inclusive aos contratados pelo poder público, garantindo atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser assegurado independentemente de sexo, raça, ocupação, renda ou outras características pessoais ou sociais. Este foi o princípio que representou a negação do sistema anterior, onde só os contribuintes da previdência social tinham direito à assistência. A universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade.

Equidade significa assegurar a disponibilidade dos serviços de saúde, levando em consideração as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Para tanto, a rede de serviços deve ter uma real ideia das necessidades da população a ser atendida, investindo mais onde a carência é maior. A equidade tem por objetivo diminuir as desigualdades. Contudo, não deve ser compreendida como sinônimo de igualdade. Apesar de todos os indivíduos terem direito aos serviços de saúde, o que fica claro na universalidade, estes não são iguais e apresentam necessidades distintas.

A descentralização surge como um meio para uma organização mais racional do sistema e ainda dinamiza o controle social, aproximando as decisões da população, mesmo diante das disparidades e extensão territorial encontradas no Brasil. A integralidade traz à tona a importância de uma articulação da área da saúde com outras políticas sociais, para que seja assegurada uma intersetorialidade entre estas áreas e que, por sua vez, venha repercutir na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos (CUNHA; CUNHA, 1998).

A regionalização e a hierarquização dos serviços implicam na organização destes em níveis crescentes de complexidade, circunscritos em uma determinada área geográfica, projetados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Isto interfere na capacidade dos serviços em proporcionar à população todas as modalidades de assistência, assim como o acesso aos diversos tipos de tecnologia disponibilizada, possibilitando uma resolubilidade adequada.

Por meio da hierarquização deve-se, além de estabelecer a divisão de níveis de atenção, assegurar meios de acesso a serviços que componham toda a complexidade exigida para determinado caso, levando em consideração a disponibilidade de recursos numa dada região. O acesso inicial deve se dar através dos serviços de nível primário. Se este tipo de atendimento não for suficiente para determinada necessidade, o indivíduo passa a ser encaminhado para um serviço de maior complexidade tecnológica.

Desta forma, a hierarquização se baseia no entendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS) como uma “porta de entrada” deste sistema. A maior parte dos estudos na área de saúde coletiva indica que a atenção primária apresenta uma

capacidade de resolução de até 85% dos casos demandados, o restante ficando a cargo do sistema de atenção secundária e terciária (RONCALLI, 2002; BOTAZZO, 1999; CAMPOS, 1997).

Esta comprovada eficácia implicou no considerável incremento dos investimentos destinados à ampliação do acesso à Atenção Básica e das áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Isto é evidenciado quando analisado o crescimento numérico da implantação de Unidades de Saúde da Família (USF) e, por sua vez, das equipes que nela atuam.

O desafio central está em fazer com que o acesso facilitado à Atenção Básica não represente uma sobrecarga não suportada pelos demais níveis assistenciais, visto que, quanto maior o acesso à “porta de entrada” mais é exigido da rede como um todo.

Desta forma, no caso específico das políticas de saúde no Brasil, não basta apenas o cumprimento transparente e ético da função pública e dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde. Importa saber, acima de tudo, se essas ações buscam “organizar em torno de um projeto comum as energias, os recursos, as capacidades e potencialidades de sujeitos e organizações sociais” (AKERMAN, 2005).

Neste contexto, pretende-se analisar o estabelecimento das redes de atenção por meio da observação do processo de articulação entre a Atenção Básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS no Distrito Sanitário IV da Cidade do Recife. Sendo assim, realizou-se um estudo de natureza qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas com equipes de profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde. A análise quantitativa foi baseada no levantamento da base de dados da Central de Regulação do Recife, que disponibilizou informações indispensáveis à análise dos fluxos estabelecidos no processo de encaminhamento de pacientes aos serviços de saúde mais especializados.

Foram analisadas 16 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV do Recife, aplicados 152 questionários com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 327 questionários com usuários da Estratégia de Saúde da Família. Foram realizadas 17 entrevistas com 24 equipes de Saúde da Família do citado Distrito Sanitário, e 25 entrevistas com usuários da ESF. Foram também entrevistados 4 gestores do Distrito Sanitário IV do Recife.

No intuito de mapear e analisar os fluxos provenientes de pacientes encaminhados por meio da Estratégia de Saúde da Família para os demais níveis assistenciais foram elaborados mapas temáticos que vislumbram a dinâmica que envolve o atendimento e os caminhos que percorrem os pacientes atendidos no Distrito Sanitário IV do Recife.

Os procedimentos metodológicos desta etapa da pesquisa e o tratamento dos dados seguiram as etapas que serão descritas a seguir. a) aquisição de dados sobre os fluxos oriundos de encaminhamentos de atendimentos especializados em face dos direcionamentos proporcionados pelas USFs: b) Foram identificadas

as Unidades Solicitantes (Unidades de Saúde da Família) e as Unidades Executantes (Unidades de atendimento especializado) do DS IV do Recife junto à Secretaria Municipal de Saúde; c) A partir desta primeira definição, foram coletados dados sobre o total de encaminhamentos dos pacientes oriundos das Unidades de Saúde da Família e a definição do quantitativo recebido por Unidade Executante, junto à Central de Regulação do Recife.

Deste modo, sendo a Estratégia de Saúde da Família a porta de entrada da rede, caracterizar e avaliar a origem dos fluxos nestas Unidades de Saúde permite compreender em que medida esta estratégia tem contribuído para o estabelecimento da universalidade do acesso, assim como é proposto nos documentos normativos. Além disto, o destino desses fluxos revela como a rede tem se organizado para receber o crescente quantitativo populacional advindo da Atenção Básica. Os resultados aqui expostos, advindos da análise sobre os dados obtidos, são produto de reflexões descritas na tese de doutorado da autora e serão destrinchadas a seguir.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DOS FLUXOS ESTABELECIDOS NO DISTRITO SANITÁRIO IV DO RECIFE

Nas palavras de Haesbaert (2006) a rede é constituída de elementos que se distinguem ao longo do tempo. Desta forma, é possível fazer distinção entre seus pontos (ou vértices) e suas linhas (ou arcos), além do tipo de fluxos que por ela circulam. Esses elementos são basilares no entendimento do papel ambivalente das redes, ao mesmo tempo territorializador (quando mais centrípetas ou introvertidas) e desterritorializador (quanto mais centrífugas ou extrovertidas em relação a um determinado território).

Seguindo este entendimento, Oliveira (2014) assinala que a rede não deve ser assumida simplesmente como “um conjunto de linhas e pontos”, mas enquanto “relações” que se dão no tempo e no espaço de forma descontínua, ou seja, sem preenchê-los por completo.

Neste sentido, acredita-se nesta pesquisa que a saúde atua com centralidades hierarquizadas (fixos), contudo não consegue operacionalizar eficazmente a rede (fluxos) em decorrência de problemas gerados nas áreas e centralidades. Deste modo serão analisadas a seguir como os fluxos estabelecidos por usuários encaminhados por meio de Unidades de Saúde da Família situadas no Distrito Sanitário IV do Recife, distinguindo também os padrões relativos aos serviços de uso mais frequente.

Os mapas apresentados a seguir foram elaborados de modo a visualizar, espacialmente, como se dão os fluxos de pacientes encaminhados por meio da Estratégia de Saúde da Família. Estas unidades de saúde foram eleitas por serem consideradas a porta preferencial no acesso às redes de assistência à saúde. A intenção é visualizar o que Santos (2002, p. 284) denomina de “constelações de

pontos descontínuos, mas interligados, que definem um espaço de fluxos reguladores”.

Deste modo, a Figura 1, apresentada adiante, demonstra o mapeamento dos fluxos de usuários encaminhados por intermédio de Unidades de Saúde da Família situadas no DS IV. Os pontos em azul são as Unidades de Saúde da Família (origem), e em laranja estão as instituições de referência que recebem os fluxos (destino).

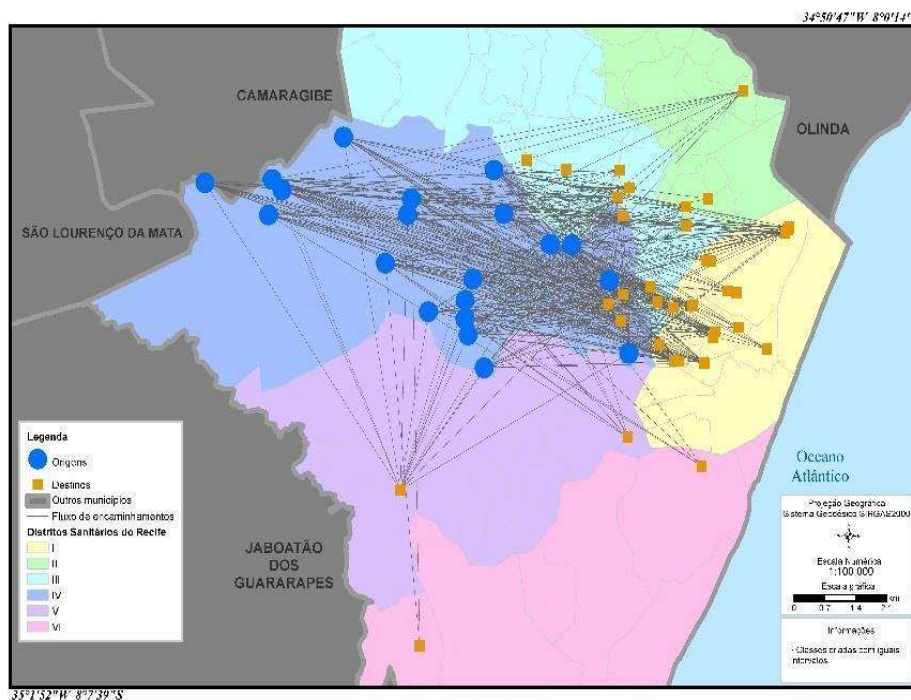


Figura 1. Mapa do fluxo de pacientes segundo origem-destino do Distrito Sanitário IV- Recife.

Fonte: Central de Regulação do Recife. Pesquisa direta, Recife.

Este mapa reforça uma tendência apontada nos demais Distritos Sanitários. A maior parte das unidades executantes, (destino dos pacientes que partem da Unidade de Saúde da Família), que atendem às solicitações do Distrito Sanitário IV, está localizada fora dos limites deste Distrito. A rede secundária que compõe este Distrito é insuficiente para suportar toda a demanda apresentada. Tal fato pode influir no enfraquecimento da distritalização preconizada pelo SUS.

Neste sentido, 30% dos fluxos de pacientes ainda se destinam às unidades executantes localizadas além do recorte territorial do Distrito Sanitário IV, este percentual só não é superior dada a concentração de atendimentos realizados na Policlínica Lessa de Andrade. Além desta policlínica, há apenas mais três unidades executantes situadas neste DS: Hospital Evangélico de Pernambuco, Clínica

Radiológica Nossa Senhora do Carmo e a Clínica Radiológica Walter Braga Ltda. Destas unidades que executam o atendimento especializado no DS IV, o fluxo dominante converge para a Policlínica Lessa de Andrade, correspondendo a 77,9% das execuções dos atendimentos solicitados no próprio DS. As três demais unidades executantes somam 10,77%, 6,76% e 4,57%, respectivamente.

No intuito de aproximar a análise e investigar os padrões localmente estabelecidos, serão investigadas neste momento as Unidades de Saúde da Família, de cada microrregião deste distrito, que apresentaram o maior percentual de solicitações. São elas: Vila União, localizada na microrregião 4.1; Roda de Fogo/COSIROF, da microrregião 4.2; e, por fim, Prof. Amaury de Medeiros, micro 4.3 (Figura 2).

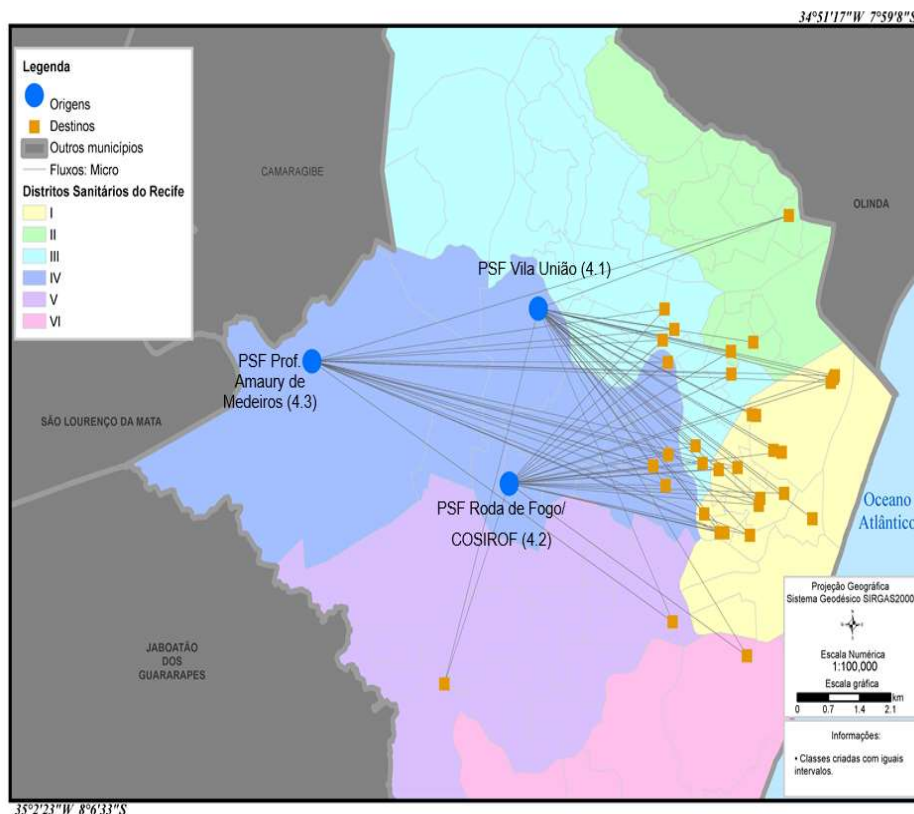


Figura 2. Mapa do Fluxo de encaminhamentos segundo origem-destino das unidades de saúde com maior percentual de solicitações no Distrito Sanitário IV. **Fonte:** Central de Regulação do Recife. Pesquisa direta, Recife.

A Unidade de Saúde da Família de Vila União foi a USF que apresentou o maior percentual de solicitações de encaminhamentos do Distrito Sanitário IV, totalizando 3.127 usuários encaminhados aos especialistas no ano de 2013.

Destes encaminhamentos, 48,54% dos atendimentos foram executados em instituições localizadas fora dos limites do DS IV.

Das dez unidades que receberam o maior percentual de pacientes oriundos da USF Vila União, apenas duas estão situadas no distrito de origem do paciente. Destas, a Policlínica Lessa de Andrade é a responsável por 45,28% dos atendimentos (Tabela 1). Já a Clínica Radiológica Nossa Senhora do Carmo, também situada no distrito de origem destes pacientes, foi citada algumas vezes nos momentos de entrevistas como sendo uma instituição que apresenta dificuldades quanto ao acesso: “Ultrassom e raio-x é absurdo. Tem o Nossa Senhora do Carmo que é uma faixa de 4 a 6 meses pra conseguir exame” (Usuário da Estratégia de Saúde da Família). “A gente só tá marcando raio-x pra daqui há 10 meses em clínicas conveniadas” (Médico da Estratégia de Saúde da Família).

Tabela 1. Destino dos encaminhamentos solicitados na Unidade de Saúde da Família de Vila União.

UNIDADE EXECUTANTE	Percentual
US 128 POLICLÍNICA LESSA DE ANDRADE	45,28%
PCO	13,40%
SEOPE	8,54%
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	6,36%
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	4,99%
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	3,68%
CLINOPE	3,52%
HOSPITAL SANTO AMARO	3,49%
OFTALMO	2,75%
IMIP HOSPITALAR	2,59%

Fonte: Central de Regulação do Recife. Elaboração própria.

No que diz respeito aos procedimentos solicitados nesta Unidade de Saúde da Família a oftalmologia é responsável por 40,7% das solicitações de encaminhamentos, seguida de otorrinolaringologia (11,1%) e neurologia (10,6%), conforme demonstra o Gráfico 1.

Entre os serviços com maior demanda, a consulta em oftalmologia e a endoscopia digestiva não são referenciadas no distrito IV, sendo esta primeira a especialidade a que apresenta maior demanda para a Unidade de Saúde da Família em questão. Neste sentido, a Tabela 2 demonstra os procedimentos mais solicitados pela USF Vila União e o Distrito Sanitário de destino destes pacientes. Os dados evidenciam que dos dez procedimentos mais solicitados nesta USF, apenas cinco foram executados unicamente no Distrito Sanitário de origem do paciente.

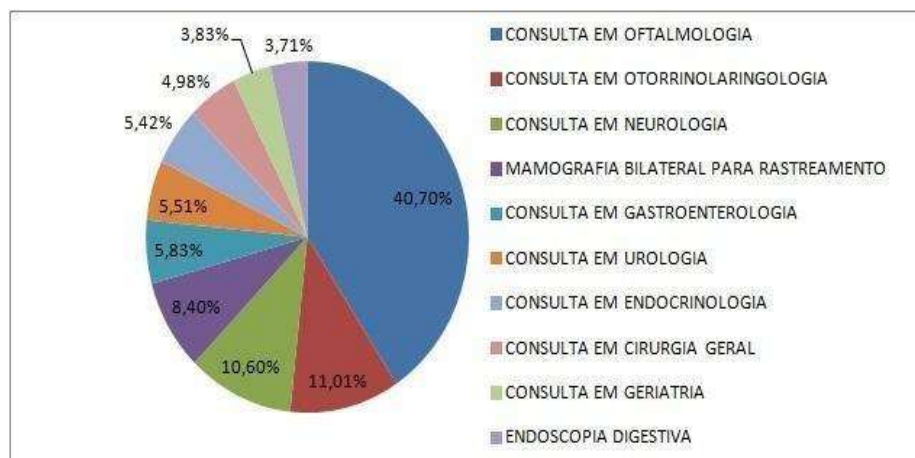


Gráfico 1. Procedimentos solicitados pela USF Vila União. Fonte: Central de Regulação do Recife. Elaboração própria.

Tabela 2. Procedimentos de uso mais frequente solicitados pela USF Vila União por Distrito Sanitário de destino.

UNIDADE EXECUTANTE	DS I	DS III	DS IV
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	99,90%	0,10%	0,00%
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	0,00%	0,00%	100,00%
CONSULTA EM NEUROLOGIA	0,00%	0,00%	100,00%
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	6,80%	13,59%	79,61%
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	0,00%	0,00%	100,00%
CONSULTA EM UROLOGIA	1,48%	5,19%	93,33%
CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA	0,00%	0,00%	100,00%
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	19,67%	64,75%	15,57%
CONSULTA EM GERIATRIA	0,00%	0,00%	100,00%
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	87,91%	12,09%	0,00%

Fonte: Central de Regulação do Recife. Elaboração própria.

Os fluxos originados na Unidade de Saúde da Família Professor Amaury de Medeiros, assim como na USF Roda de Fogo/COSIROF seguem a tendência apontada anteriormente na USF Vila União: as unidades executantes estão localizadas, em sua maior parcela, no Distrito Sanitário I.

Segundo dados da Central de Regulação do Recife, a USF Professor Amaury de Medeiros, localizada na microrregião 4.3, foi responsável pela solicitação de 2510 encaminhamentos, já a USF Roda de Fogo/COSIROF (microrregião 4.2) encaminhou 1570 usuários aos especialistas. Em ambas, assim como observado na USF Vila União, a maior parte dos atendimentos de pacientes encaminhados foi realizada na Policlínica Lessa de Andrade. Das dez principais unidades executantes, a USF Roda de Fogo/COSIROF apenas possui esta policlínica como

referência do DS IV, já a USF Professor Amaury de Medeiros conta ainda com o Hospital Evangélico de Pernambuco e a Clínica Radiológica Nossa Senhora do Carmo.

Entre os encaminhamentos mais solicitados por estas Unidades de Saúde da Família a consulta em oftalmologia, cardiologia, otorrinolaringologia, dermatologia, neurologia, mamografia, entre outras. Algumas destas especialidades que possuem maior demanda não são oferecidas pela principal unidade de referência destas USFs, a Policlínica Lessa de Andrade, nem por outra unidade de saúde do Distrito Sanitário IV:

O problema é que a oferta ainda não é adequada para a demanda que a gente tem. A gente tem escassez de alguns serviços e isso dificulta muito o acesso dos usuários. No Lessa de Andrade a gente não tem cardiologista. Para marcar um cardiologista a gente tem que enviar para a rede conveniada e a oferta não é suficiente (Gestor).

Outra questão presente é a carência de oferta desses procedimentos com maior demanda no Distrito Sanitário de origem dos pacientes encaminhados pelas USFs Amaury de Medeiros e Roda de Fogo/COSIROF. Procedimentos como oftalmologia, endoscopia digestiva e ultrassonografia geral não são executados no DS IV, apesar da alta demanda. Além disso, o Distrito Sanitário IV responde a um percentual ainda insuficiente de atendimentos em cardiologia, traumatologia e ortopedia e mamografia.

Em termos gerais, a consulta em oftalmologia foi um dos encaminhamentos que apresentou a maior demanda no Distrito Sanitário IV como um todo, assim como nas Unidades de Saúde da Família (USF) aqui analisadas. Segundo dados da Central de Regulação do Recife, as USFs situadas no DS IV solicitaram um total de 8.310 encaminhamentos de usuários às consultas em oftalmologia. O Distrito Sanitário em questão dispõe de oito instituições de referência para esta especialidade e destas, apenas uma faz parte da rede própria do município, as demais compõem a rede complementar. A problemática relacionada a esta especialidade foi ressaltada em diversas falas de profissionais da saúde e usuários:

No caso da oftalmologia não há serviço próprio suficiente e encaminhamos para três clínicas conveniadas: CLINOPE, SEOPE e PCO. O SIS-REG é um sistema que faz a regulação destas vagas, que por sinal a oferta é muito insuficiente para a demanda. Têm situações que as pessoas passam até um ano para ter

acesso. E este é um grande nó do nosso sistema de saúde (Médico da Estratégia de Saúde da Família).

Para oftalmologista tem pessoas que já faz um ano e ainda não foram chamadas (Agente Comunitário de Saúde).

O não acompanhamento dos pacientes que necessitam de atendimentos oftalmológicos apresenta um agravante, pacientes com glaucoma precisam de um cuidado contínuo e com periodicidade maior. Um usuário portador de glaucoma sem um atendimento ao longo de um ano, como foi observado, pode ser, inclusive, acometido de uma cegueira irreversível.

Além da pouca capacidade da rede própria de suprir a demanda para oftalmologistas, apontada nos dados apresentados anteriormente, não há no Distrito Sanitário IV uma unidade de referência para esta especialidade, os fluxos convergem inteiramente para unidades de referência localizadas nos Distritos Sanitários I e III (Figura 3).

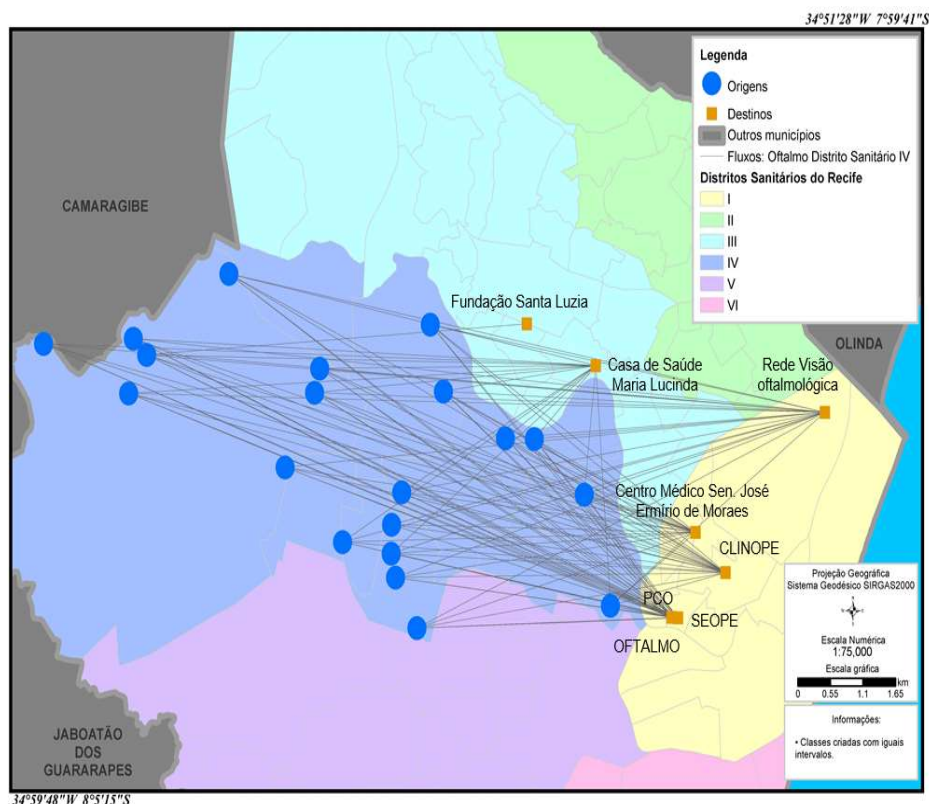


Figura 3. Mapa de fluxo de encaminhamentos para oftalmologistas no Distrito Sanitário IV. Fonte: Central de Regulação do Recife. Pesquisa direta, Recife.

Mas afinal, qual é a real necessidade destas unidades de referência terem seus estabelecimentos situados no Distrito Sanitário de origem do paciente ou numa maior proximidade possível da Unidade de Saúde que o encaminha? A resposta foi obtida por meio de alguns relatos obtidos no trabalho de campo:

Tem gente que a gente agenda a consulta e não vai. Aí a gente vai perguntar, porque você não foi? Esperasse tanto... Aí a pessoa diz, eu não tinha a passagem pra ir. Acontece diversas vezes, porque às vezes o especialista é longe da casa dele. Às vezes tem passagem só pra um ônibus, não tem pra dois ônibus, tem que descer de um ônibus e ir andando (Agente Comunitário de Saúde).

Há usuário que tem algum problema no trânsito chega tarde e perde a consulta (Gestor).

O absenteísmo, ou seja, a ausência do paciente no ato da consulta anteriormente agendada é um dos grandes desafios enfrentados pela gestão em rede. É sobretudo contraditório admitir, sem as devidas providências, a ausência de um paciente em uma consulta, enquanto há uma demanda reprimida que aguarda há meses este atendimento. Obviamente seria reducionista apontar a distância geográfica como resposta única, contudo é uma possibilidade que não pode ser desconsiderada no planejamento destes encaminhamentos e atualmente tem sido.

Mesmo quando analisado o acesso desde a “porta de entrada”, na Unidade de Saúde da Família, a distância geográfica é um fator que ainda interfere na busca dos serviços de saúde, ainda que se trate de áreas cobertas. Tal fato foi ressaltado no relato de um profissional da ESF sobre a localização da unidade de saúde: “Quem fala mais que [a Unidade de Saúde da Família] é distante é o pessoal que mora ali para o lado da SUDENE, mas o pessoal de lá pouquíssimo vem pro lado de cá. Quem usa mais [os serviços da unidade de saúde] é o pessoal daqui de perto” (Membro da Equipe de Saúde da Família).

A população residente nesta área aqui citada, situada a uma distância maior da USF, passou a procurar com maior frequência os serviços da unidade de saúde apenas quando, em virtude da reforma das instalações da USF, o atendimento foi transferido provisoriamente para o antigo prédio de Treinamento da SUDENE, que atualmente pertence à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): “Quando tava lá eles iam mais, porque ficava mais próximo pra eles” (Membro da Equipe de Saúde da Família).

Esta tendência foi também identificada na pesquisa realizada por Oliveira (2005). A autora apontou que a acessibilidade geográfica tem efeito expressivo na utilização dos serviços de saúde, comprometendo os ideais de equidade no atendimento.

Outra importante análise diz respeito aos padrões de deslocamento dos usuários encaminhados por meio da Estratégia de Saúde da Família do Engenho do Meio. Como já dito, esta unidade de saúde apresenta uma localização “privilegiada” no que diz respeito à proximidade de instituições de saúde de referência: Hospital das Clínicas, Hospital Barão de Lucena e Hospital Getúlio Vargas. Contudo, estas instituições não são referência para esta Unidade de Saúde da Família ou mesmo para outra USF, pois não fazem parte da rede conveniada. Mesmo havendo nas proximidades desta unidade de saúde uma gama de serviços, a dificuldade de acesso faz com que as “distâncias” sejam ampliadas:

Tem uma gama de serviços ao redor. O Engenho do Meio é bem provido pelo Hospital das Clínicas, Barão de Lucena, Getúlio Vargas. São hospitais grandes que tem um grande leque de serviços que a gente pode utilizar, porém não são regulados, a pessoa tem que ir por conta própria. Para o Barão de Lucena, Getúlio Vargas ou Hospital das Clínicas a gente faz um encaminhamento e a pessoa, por conta própria, vai tentar marcar. Chega lá às 3h da manhã, dorme na fila para poder conseguir (Membro da Equipe de Saúde da Família).

O paciente é socorrido para o hospital, quando chega ao hospital, pelo fato do hospital não pertencer à prefeitura, aí os médicos já dizem: passem no seu posto de saúde e peguem a medicação. Porque do mesmo jeito que o posto de saúde tem obrigação de dar a medicação eu acho que o hospital do governo, também tem. Eu acho que a administração na saúde está toda errada. Mudando a administração e fazendo com que as pessoas entendam que o único objetivo na saúde é um só: é a população. Governo manda para prefeitura, prefeitura manda para governo e quem sofre com isso é o povo. Se mudasse a administração, tipo universal, onde todo mundo trabalhasse da mesma forma, com igualdade, isso acabava. Eles estariam trabalhando com o objetivo de ajudar a população. (Usuário da Estratégia de Saúde da Família).

A desarticulação existente entre os níveis assistenciais (primário, secundário e terciário), agravada pela quase que total independência das ações entre as redes executoras existentes (Municipal, Estadual e Federal), incide diretamente na pouca eficiência do sistema implementado na atualidade.

Entre as unidades de referência do Distrito Sanitário IV, ou seja, as unidades de destino dos usuários que são encaminhados pela Atenção Básica deste distrito, a

Policlínica Lessa de Andrade aparece como principal unidade executante em todas as Unidades de Saúde da Família do DS IV.

Segundo dados da Central de Regulação do Recife, esta Policlínica executou 56.667 atendimentos encaminhados por unidades de saúde situadas no Distrito Sanitário IV em 2013. No entanto, a citada instituição ainda não consegue responder ao volume de casos que lhes foram apresentados. Além da alta demanda recebida, a Policlínica Lessa de Andrade ainda não oferece determinados procedimentos, mesmo os que apresentam elevado percentual de procura no Distrito Sanitário IV. Por este motivo, a instituição em questão foi responsável pela solicitação de 7.774 encaminhamentos de usuários no ano de 2013.

Ela atende, predominantemente, aos usuários residentes na área coberta pela Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV. Estes pacientes apenas conseguem acesso por meio da Unidade de Saúde da Família e o agendamento é realizado pelo agente administrativo da unidade através da Central de Regulação do Recife.

Contudo, os residentes nas áreas descobertas dos bairros da Madalena, Ilha do Retiro, Prado, Torre e Zumbi, além da área do PACS Zumbi Bernardo, realizam o agendamento diretamente na Policlínica. Os demais usuários realizam as marcações de consultas em suas unidades de origem. Esta demarcação está representada na Figura 4 apresentada a seguir. Este mapa aponta na cor azul e rosa as áreas que são cobertas por esta policlínica. Os polígonos na cor rosa correspondem às áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família. Nestes casos o agendamento é realizado por meio da USF. Em azul estão as áreas não cobertas dos bairros já citados, aos quais é permitido o agendamento diretamente na policlínica. Aos residentes nas áreas não destacadas do mapa cabe o agendamento por meio das unidades de saúde tradicionais.

A delimitação territorial de atendimento deste serviço de referência significaria um ganho efetivo à população caso as informações dos diagnósticos obtidos fluíssem também em rede, como previsto no que é idealizado pela referência e contrarreferência. Assim como na Atenção Básica, a atuação sobre uma base territorialmente definida é entendida e operacionalizada apenas sob o ponto de vista administrativo, sem que seja observada toda a complexidade apresentada no território.

Como já informado, a Policlínica atende especificamente a população residente no Distrito IV, mas atualmente existe uma abertura para que usuários de outros bairros do Recife tenham acesso ao atendimento, inclusive pessoas de outros municípios, dependendo da especialidade. Isto foi possível por conta da pactuação entre o Recife e esses municípios na intenção de promover o acesso às especialidades que eles não dispõem. Este agendamento é também efetuado por meio da Central de Regulação do Recife.

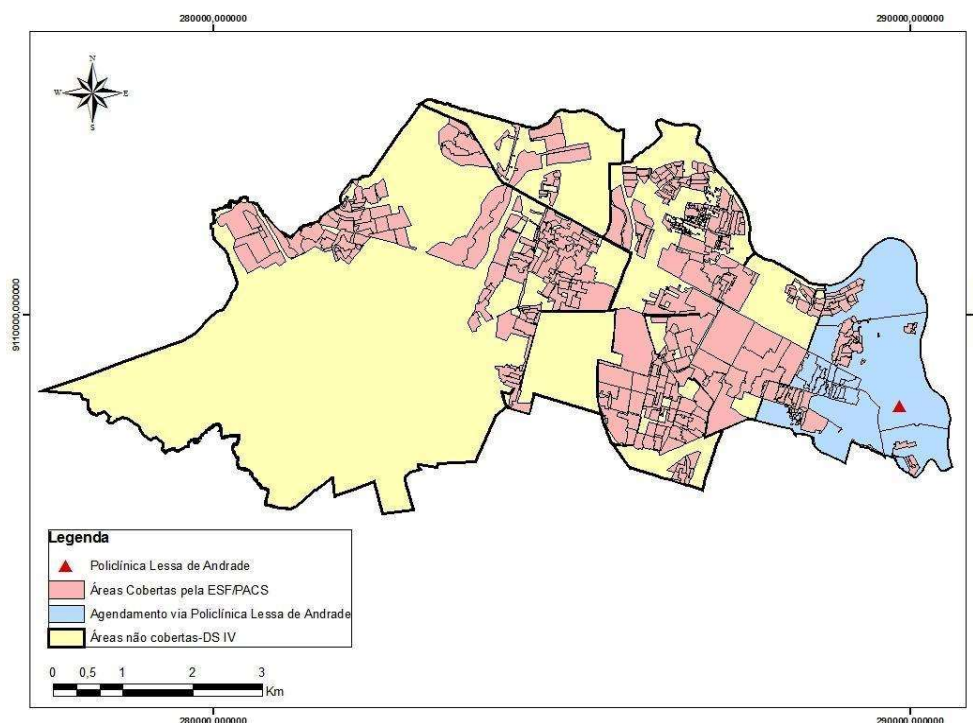


Figura 4. Área atendida pela Policlínica Lessa de Andrade no Distrito Sanitário IV. **Fonte:** Base de dados da Prefeitura da Cidade do Recife. **Elaboração gráfica:** a autora.

O sentido do fluxo preconizado seguido pelos usuários que acessam os serviços da Policlínica Lessa de Andrade ocorre da seguinte forma: o paciente é atendido na Atenção Básica e, no caso deste nível assistencial não responder adequadamente, o usuário é encaminhado à consulta com um especialista. Neste caso, a USF faz o agendamento e o Agente Comunitário de Saúde se dirige à residência do usuário já com a confirmação da consulta e os detalhes necessários.

Um episódio interessante ocorreu no momento do trabalho de campo nesta instituição. Quando uma das entrevistas estava sendo realizada uma funcionária interrompeu para solicitar ao seu superior um encaixe de um paciente que não havia recebido encaminhamento, pois segundo a mesma era um caso considerado “prioridade”. Neste caso, a solicitação foi negada. É difícil precisar se os fluxos informais são realmente negados no cotidiano da dinâmica de funcionamento da policlínica, mas um questionamento foi inevitável: se o agendamento por meio da Unidade de Saúde da Família é tão eficaz e confortável para o usuário, porque alguns pacientes ainda buscam o agendamento diretamente na policlínica? Um dos indícios foi apontado no relato de um gestor:

Acontece de pessoas que vão tentar marcar lá na unidade e aí por alguma dificuldade que eles tenham: o

posto está em reforma, não tem vaga disponível no momento, aí eles vêm para cá para tentar fazer a marcação aqui, mas infelizmente a gente não tem como atender (Gestor).

Para o usuário da ESF obter um encaminhamento ao especialista, via de regra, deve ser inicialmente atendido pelo médico da Equipe de Saúde da Família. Este profissional avalia o caso e preenche a ficha de encaminhamento. De posse deste documento, o paciente se dirige ao profissional responsável pelo agendamento na USF, neste caso o agente administrativo, e este, por sua vez, realiza a marcação da consulta por meio da central de regulação.

Conforme exposto no relato supracitado, as dificuldades apresentadas já neste momento inicial do atendimento na atenção básica estimulam o paciente a buscar individualmente a resolução de sua necessidade. É imprescindível aqui salientar que tal fato reflete na organização dos serviços nos demais níveis assistenciais. Se na porta de entrada da rede o usuário enfrenta obstáculos, a probabilidade de o mesmo empreender tentativas de acesso à rede por meios próprios ou através de fluxos informais é sensivelmente acrescida.

Além disso, é possível supor o quão desgastante é para o usuário que busca o atendimento e este não flui em rede: o paciente apresenta uma necessidade específica de saúde, busca a resolução, sem sucesso, por meio da Atenção Básica. A partir disto se dirige diretamente à unidade de referência e tem novamente o atendimento negado, fato este que agrava a necessidade de acesso ao sistema por meio dos fluxos informais.

Neste sentido, Mendes (2010) ressalta que para a atenção primária à saúde resultar em benefícios reais ao fluxo das redes, deve ser reformulada para cumprir três funções essenciais nas redes de atenção à saúde: a resolução, a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; habilidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes; e a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população. Quando estas funções não são corretamente cumpridas, há diversos prejuízos nos demais níveis que compõem a rede assistencial.

Quando analisada a forma pela qual os fluxos informais são estabelecidos, observa-se que de fato ocorre uma incongruência no sistema. Certamente, se a Atenção Básica estivesse cumprindo com eficácia seu papel de porta de entrada da rede, se realmente fossem dadas condições reais para tal, minimizaria sensivelmente a procura destes pacientes pelo acesso direto aos demais níveis.

O acesso informal à rede assistencial é de difícil mensuração, mas um relato enfático sobre esta questão foi obtido em uma das entrevistas realizadas. Como se tratam de informações em tom de denúncia, o nome da instituição será ocultado, pois são elementos não checados nesta pesquisa. Contudo, é incoerente

negar a existência destes fluxos informais e sua interferência na ineficiência dos atendimentos daqueles que buscam o acesso conforme é preconizado:

Um outro problema destes hospitais que não são regulados é a ausência do compromisso com a necessidade de saúde local. Um grande exemplo é o Hospital “X”. Grande quantidade de pessoas que têm acesso chama de “ambulaquário”, porque só tem “peixe”, ou seja, indicações de pessoas que encaminham funcionários. Pessoas que precisam ficam na fila enquanto o sistema é burlado por indicações de funcionários. É um número muito alto de pessoas que são referenciadas neste sistema. Alguns casos são selecionados pelo residente, por um colega que fala com o médico e diz: tô com um caso que é um caso interessante. Há uma seleção de casos raros para serem estudados, independente da necessidade da população que está procurando o atendimento. O hospital “X” apresenta uma antítese entre sua missão educacional e sua necessidade de saúde (Profissional da Estratégia de Saúde da Família).

Há também, como indicado anteriormente, usuários de algumas áreas não cobertas pela ESF do Distrito Sanitário IV que se dirigem diretamente ao balcão de agendamento de consultas da policlínica no intuito de solicitar o atendimento. No entanto, mesmo nestes casos, alguns entraves prosseguem na eminência de serem superados. O primeiro deles diz respeito à já conhecida insuficiência na oferta de especialidades: “Eles chegam na unidade [Policlínica Lessa de Andrade] para tentar marcar e não conseguem marcar. Isso tem sido uma constante independente da especialidade. A gente tem muitas especialidades com pouca oferta” (Gestor).

No entanto, além da insuficiência de vagas em algumas especialidades, as limitações no controle e gestão das cotas disponibilizadas agravam a problemática e, neste sentido, a Policlínica Lessa de Andrade, referência para o Distrito, não é exceção, conforme descrito nestes trechos de entrevistas expostos a seguir que se referem às situações presenciadas nesta unidade de referência:

Tem usuário que consegue marcar na primeira semana do mês, mas a partir da segunda semana já começa a sentir dificuldade. Tem usuários que já tem 3 a 4 meses que não conseguem marcar. Nós temos marcação de consulta todos os dias [na Policlínica Lessa de Andrade],

de segunda a sexta, desde que haja vaga no sistema. Agora mesmo são nove e trinta e duas da manhã e a gente já anunciou que não tem mais vaga. Se vai abrir vaga amanhã a gente não sabe. Esta é uma das dificuldades, o sistema só me diz o que está marcando hoje ele não diz o que marca amanhã ou depois. Quando é que vai marcar tal médico a gente não sabe precisar qual é o dia que o usuário tem que vir para marcar aquela especialidade. Depende do que está marcando naquele dia (Gestor).

Esta fala salienta que o fluxo de informações enfrenta barreiras além das apresentadas entre os níveis assistenciais, ou entre os médicos generalistas e especialistas. A Unidade de referência em questão não recebe da Central de Regulação informações que são fundamentais para a organização dos serviços. Se a citada instituição não recebe uma definição sobre as especialidades que serão ofertadas, os pacientes não podem ser informados de tal dinâmica, fato este que obriga os usuários não referenciados pela Estratégia de Saúde da Família a ter que retornar diversas vezes ao balcão de agendamento da Policlínica para conseguir uma consulta com determinado médico especialista.

Outra limitação observada diz respeito às deficiências de oferta em algumas especialidades da Policlínica. Há deficiência na oferta de algumas especialidades que poderiam ser disponibilizadas na Policlínica Lessa de Andrade. O elevado percentual de encaminhamentos realizados nesta unidade de referência expõe estas deficiências de oferta apresentadas na mesma, mas, sobretudo, significa mais uma etapa a ser enfrentada pelo usuário que, por sua vez, acessou os serviços da Policlínica por meio de encaminhamento. Além disso, também ocorre insuficiência de unidades executantes que servem de referência para a Policlínica Lessa de Andrade e a concentração de execução de procedimentos em algumas destas.

Diante destas dificuldades, o Plano Municipal de Saúde, referente ao triênio 2014-2017, apontou que está prevista a implantação das “Unidades Públicas de Atendimento Especializado” (UPA E). Tratam-se de unidades especializadas que ofertarão consultas em 13 especialidades médicas, entre elas, cardiologia, endocrinologia, neurologia, pediatria, dermatologia. Serão oferecidos também exames de apoio diagnóstico como ultrassom, raios-x, etc. As unidades supracitadas terão ainda um Centro de Avaliação e Reabilitação para atender aos usuários com deficiência física e cognitiva mediante assistência multiprofissional, formada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas. A articulação com a rede de atenção será fortalecida pela regulação da oferta, mediante a realização da marcação de consultas nas unidades de Saúde da Família. A previsão é que sejam implantadas 06 Unidades Públicas de Atenção Especializada, sendo 01 por distrito sanitário.

Por fim, é importante salientar algumas considerações resultantes de um estudo realizado por Oliveira (2005). A autora avaliou o impacto da dimensão geográfica no acesso aos serviços hospitalares do SUS, em escala nacional. A mesma empreendeu uma análise a respeito dos serviços de maior complexidade assistencial, investigando a relação entre a localização destes serviços de saúde e a distribuição e caracterização de sua clientela. A pesquisa identificou que os serviços de maior complexidade se concentram em poucos locais, já os serviços de uso mais frequente estão disponíveis na maior parte do território nacional.

Por meio da análise aqui empreendida, já numa escala local, foi possível perceber que mesmo nestes territórios que apresentam uma maior diversidade e aparente disponibilidade destes serviços de uso frequente, como é o caso do Recife, ainda há lacunas que trazem à tona a insuficiência do sistema de atendimento atualmente estabelecido. Ainda são evidentes as barreiras que impedem que os fluxos sejam estabelecidos por meio de uma rede que torne o sistema eficaz e que atenda às necessidades das populações que buscam o acesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos maiores desafios enfrentados no planejamento das políticas públicas de saúde é a superação da fragmentação existente entre os níveis assistenciais. A Estratégia de Saúde da Família, considerada porta de entrada da rede, tem por função primordial promover não apenas o acesso dos usuários à Atenção Básica, mas, sobretudo, direcionar o fluxo de pacientes que apresentam um quadro clínico que exija uma maior complexidade assistencial.

Diante disto, a primeira reflexão deve estar centrada justamente no acesso proporcionado ao usuário que busca os serviços nesta “porta de entrada”. Como porta de entrada da rede, a Estratégia de Saúde da Família tem necessidade de manter uma comunicação fluida com os demais níveis de atenção. No entanto, o que se observa, de fato, é que a maioria destas unidades de saúde funciona de forma isolada, sem a fluidez que é primordial para facilitar o fluxo de pacientes que precisam acessar a rede.

Um dos principais agravantes para a ineficiência deste sistema é a limitação no fluxo de informações entre os níveis assistenciais. Se a referência, por um lado, é amplamente limitada pela insuficiência de vagas ofertadas, a contrarreferência, no que se pôde observar na pesquisa, fica restrita à utilização de uma ficha de encaminhamento. O instrumento utilizado para o estabelecimento da contrarreferência, ainda hoje, se resume unicamente a esta ficha de encaminhamento ao especialista, em papel, recebida pelo usuário na Atenção Básica e que teoricamente deveria retornar à mesma com o parecer do especialista para a continuidade no acompanhamento médico deste paciente. Sendo assim, as decisões clínicas são realizadas de modo desarticulado entre os médicos generalistas e especialistas e o prontuário clínico, que poderia ser utilizado na circulação de informações, é individualizado e não integrado à rede.

Diante dos fatos apresentados e do que foi verificado na pesquisa, alguns pontos precisam ser revistos para minimizar essas deficiências ainda observadas, entre eles: deve haver uma análise a respeito dos entraves existentes no acesso à porta de entrada da rede; a atenção deve ser centrada não apenas no médico especialista, mas no cuidado multiprofissional; a relação entre o médico especialista e generalista deve ser realizada de forma articulada, com trabalho clínico conjunto; os prontuários clínicos devem ser eletrônicos e integrados em rede, sendo imprescindível a informatização das unidades de saúde. Estes representam os passos iniciais para a reformulação do sistema de referência e contrarreferência.

O estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde tem como objetivo fundamental a promoção da integralidade da atenção, assegurada pela eficiência, eficácia e efetividade na produção dos serviços. Esta é, por conseguinte, uma importante estratégia para garantir o acesso e melhoria da qualidade da atenção.

No Brasil, este debate se aprofundou a partir do Pacto pela Saúde (2006), que define o acordo firmado entre os gestores do SUS e salienta a importância de aprofundar o processo de organização do sistema de saúde sob a forma de rede, por meio de estratégias que consolidam os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade.

Uma das etapas iniciais para a implantação das Redes de Atenção à Saúde é a definição de uma população adscrita que está sob o cuidado da rede. Esta definição abrange a regionalização, por meio da qual são definidas as “regiões de saúde”. Estas, por sua vez, nem sempre correspondem às delimitações político-administrativas, o que representa um desafio à gestão dos recursos e processos nas redes. Deste modo, para que seja assegurado um funcionamento adequado das redes é indispensável que haja uma articulação entre as distintas esferas do governo. Apesar dos comprovados avanços advindos por meio da implementação das Redes de Atenção à Saúde, alguns entraves ainda persistem na iminência de serem superados.

Por fim, a análise da espacialização dos fluxos, segundo origem-destino, proporcionou a identificação da capacidade que os distritos sanitários apresentam no que diz respeito à resolução das necessidades que lhes são apresentadas. Também foi possível identificar graves deficiências de oferta em determinadas especialidades. Embora tenha havido uma considerável ampliação da cobertura da rede de atenção básica por meio do incremento no número de equipes e unidades de saúde da família, ainda existem deficiências nos fluxos que convergem para a atenção especializada, o que interfere diretamente na integralidade da atenção ofertada.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. *Território, governança e articulação de agendas*. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: São Paulo, 2005.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. *Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília: IPEA; 1996.

BOTAZZO, C. *Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru: EDUSC, 1999. 237p.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. 220p.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - princípios. In: CAMPOS, F. E., OLIVEIRA JR., M., TONON, L.M. (Org). *Cadernos de Saúde 1*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

HAESBAERT, R. *O Mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

JUSTO, A. M. *Descentralização da política de saúde para municípios em gestão plena do sistema: uma análise da agenda decisória da Comissão dos Intergestores Bipartite de Pernambuco*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2006.

LYRA, M. R. S. de B.; SOUZA, M. A. de A.; BITOUN, J. Demografia e saúde: perfil da população. In: RECIFE. Prefeitura et al. *Desenvolvimento Humano no Recife: atlas municipal*. 2005. 1CD-ROM.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

OLIVEIRA, A. B. *A importância do espaço geográfico na construção e funcionamento de redes científicas na área de farmácia em Pernambuco fomentadas pela Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PINCTIS)*. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2014.

OLIVEIRA, E. X. G. *A multiplicidade do único: territórios do SUS*. 2005. 98 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. *Saúde Bucal Coletiva*. Natal: MEDSI, 2002.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: *Território Territórios*. Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal Fluminense – Associação dos Geógrafos Brasileiros. Niterói, 2002.

Contato com o autor: Priscila Felix Bastos <priscila.bastos@upe.br>

Recebido em: 30/04/2022

Aprovado em: 30/06/2023