

TRANSITANDO PELO SUS: A LÓGICA PERCEBIDA PELO USUÁRIO

VICARI, Idrejane Aparecida¹; BERGMANN, Rafaela Bülow¹; COPATTI, Melina¹; BENDER, Eliana²; LINDEMANN, Ivana Loraine²;

¹ *Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Pelotas - idrejanev@yahoo.com.br*

² *Departamento de Nutrição. Universidade Federal de Pelotas - ivanaloraine@hotmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A efetiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem acompanhada da descentralização, processo em que o poder de decisão e comando deixa de ser absoluto da Federação, e passa a ser também responsabilidade do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios, ampliando a cobertura de saúde do país (PAIM et al, 2011).

A organização da oferta de serviços no SUS é realizada através de três níveis de complexidade. A atenção básica, caracterizada por atividades de promoção, proteção e recuperação de saúde, além de atividades de saneamento e apoio diagnóstico. Este nível, porta de entrada do sistema, deve ser capaz de resolver 80% das demandas da população. A média complexidade destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além da atenção ambulatorial. A alta complexidade, por sua vez, é caracterizada pela abordagem de casos mais complicados, em que atuam outras especialidades, sendo necessária alta tecnologia para seu desenvolvimento (BRASIL, 2009).

De forma a proporcionar maior articulação e comunicação entre os níveis de atenção em saúde, é preconizado o uso do sistema de *referência e contra-referência*. A referência é compreendida como sendo o trânsito do nível de menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contra-referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992).

Pelo exposto, o objetivo deste trabalho é descrever e sistematizar o fluxo de um usuário através dos níveis hierárquicos de atenção à saúde, caracterizando sua percepção no que diz respeito à qualidade do atendimento através do SUS.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo na modalidade relato de caso, desenvolvido como proposta de trabalho na Disciplina de Nutrição e Estratégia de Saúde da Família, eixo Específico da Área de Nutrição do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Oncológica (RIMS), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), oferecida no primeiro semestre letivo de 2011. O paciente a ser escolhido para o estudo deveria ser usuário do SUS, estar internado no Hospital Escola (HE) da UFPel e ter como referência uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A entrevista ao paciente, com questionário semi-estruturado, foi realizada em um único dia no mês de junho, por três nutricionistas residentes do referido Programa, contemplando questões como: “O(a) Sr(a) se considera usuário do SUS? Quando o(a) Sr(a) utiliza o sistema?”, “O(a) Sr(a) costuma freqüentar a UBS?”, “O(a) Sr(a) possui algum plano de saúde?”, “O(a) Sr(a) recebe visita domiciliar do agente comunitário de saúde (ACS)?”, “Como

o(a) Sr(a) avalia o SUS?” e “Após a alta hospitalar, a UBS vai ter conhecimento sobre os procedimentos que o(a) Sr(a) realizou dentro do hospital? Dará continuidade ao tratamento na UBS?”. As respostas foram transcritas, analisadas e discutidas, acompanhadas da história clínica do paciente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Paciente João (nome fictício) foi identificado durante a internação, e entrevistado no dia 20 de junho de 2011. Paciente de 58 anos, casado, referiu ser hipertenso. Aproximadamente três meses antes da internação hospitalar, percebeu alteração da pressão arterial através da mensuração em casa e foi até a UBS de referência para ajuste da medicação. Na consulta, o médico detectou alterações na coloração ocular, compatíveis com icterícia. João foi, então, encaminhado ao Pronto Socorro (PS) onde fez uma ultrassonografia abdominal que evidenciou dilatação das vias biliares. No PS, foi informado que seria necessária a internação para finalizar o diagnóstico, e que para tanto, seria necessário permanecer no próprio serviço aguardando por um leito hospitalar. De posse das requisições dadas por sua UBS, na qual realiza seu atendimento, e com o objetivo de acelerar o processo, João optou por realizar exames de forma particular, mesmo sem plenas condições financeiras. Quando obteve o resultado dos exames solicitados, retornou à instituição particular para obtenção do diagnóstico. No entanto, o médico responsável se encontrava ausente de suas atividades. Sendo assim, retornou à UBS, onde após consulta médica foi encaminhado para o HE.

Passados três meses em que João percorreu esse trajeto, no HE foram realizados exames complementares, além de laparotomia exploratória (no início da internação) para conclusão definitiva do diagnóstico. Realizado o procedimento, foi diagnosticado neoplasia de cabeça de pâncreas, sendo necessário realizar pancreatoduodenectomia. Esta cirurgia foi adiada por duas vezes, devido à falta de leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No dia 22 de junho deste ano foi realizada a cirurgia, após, apresentando como via de alimentação uma jejunostomia.

A Figura 1 representa o fluxo do paciente através dos níveis de atenção à saúde.

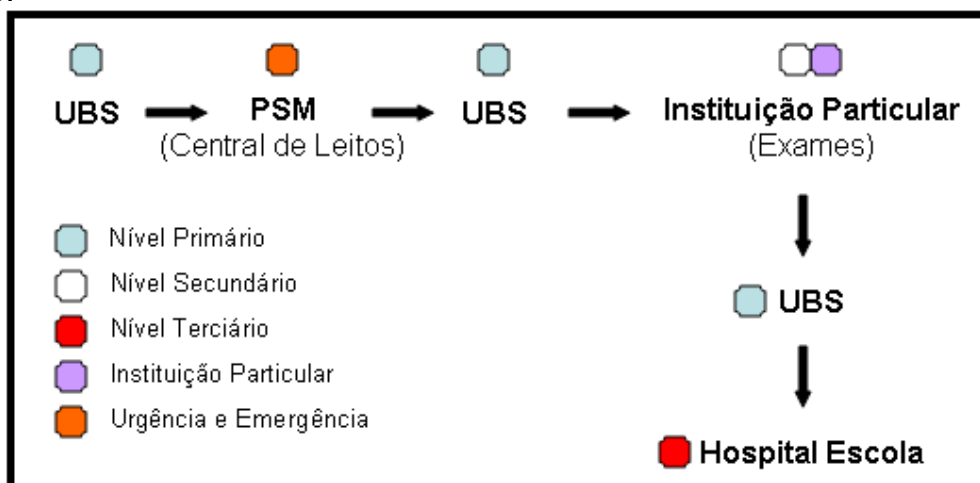


Figura 1. Fluxo de um paciente através dos níveis hierárquicos de atendimento no Sistema Único de Saúde. Pelotas. 2011.

Observa-se que o fluxo percorrido pelo paciente não segue o preconizado pelo sistema de referência e contra-referência estabelecido pelo SUS. Ou seja, o fluxo deveria ter sido contínuo, iniciando no nível primário, passando pelo secundário e finalmente atingindo o nível terciário (JULIANI; CIAMPONE, 1999). Além disso, deveria ser acompanhado do formulário de referência preenchido pelos profissionais que realizaram o atendimento em cada serviço e endereçado aos profissionais que realizaram o atendimento no serviço seguinte.

A assistência à saúde, nos níveis de média e alta complexidade (especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico) em geral, são um ponto importante de “estrangulamento” dos serviços de saúde, principalmente devido à grande demanda gerada por estes recursos assistenciais, que usualmente não são respondidos (PAIM et al, 2011). Havendo maior resolutividade de assistência no nível primário de atenção (UBS), seria possível reduzir a demanda por consultas especializadas e exames complexos, podendo, desta forma, reservar os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários, além de reduzir o trânsito do usuário entre os diversos serviços de saúde e a demanda gerada pelos demais níveis (PAIM et al, 2011).

Através de entrevista realizada com João durante a internação, o mesmo referiu considerar-se usuário do SUS somente quando procura a UBS devido a problemas de saúde e à necessidade de medicamentos, ou ainda, ao necessitar de algum exame. Isso demonstra que, para João, o SUS ainda não é reconhecido como um sistema de saúde, materializado por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. É preciso salientar ainda que, além da assistência à saúde, o sistema garante ações que afetam toda a população de maneira indireta, ao promover intervenções ambientais, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (BRASIL, 1996).

Quando questionado sobre o atendimento na UBS e no SUS de forma geral, o usuário não teve qualquer queixa, e complementou: “Considero o SUS bom, exceto para conseguir leitos para internação”. No entanto, sobre visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde, João informou não ter recebido. Essa percepção do paciente faz transparecer uma situação crítica que merece destaque. A lógica da Estratégia da Saúde da Família apresenta problemas na sua implantação nas comunidades (PAIM et al, 2011). A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. O vínculo entre a família e a UBS deve ser realizado através do ACS (BRASIL, 2009). Assim, as próprias equipes de saúde sendo responsáveis pelos usuários de sua área de abrangência acompanhariam o seu fluxo na rede por meio do sistema de referência e contra-referência.

Em parte, esta estratégia visa contribuir para a otimização dos leitos hospitalares, uma vez que, prevenindo agravos à saúde da comunidade e promovendo ações de educação em saúde, promoção, prevenção e reabilitação,

80% das demandas podem ser resolvidas ainda no nível primário de atenção (PAIM et al, 2011).

O último questionamento ao paciente referia-se à possibilidade de acompanhamento pela UBS após alta hospitalar e se a mesma estaria a par dos procedimentos realizados nos demais serviços. Para tal, respondeu: “Não, só depois, se eu for lá e contar”. Isso reforça a ausência do sistema de referência e contra-referência, na rede assistencial, situação que pode prejudicar a qualidade da atenção à saúde prestada ao usuário.

4. CONCLUSÕES

Esse relato pode ser uma indicação que a organização dos serviços ainda denota falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde, talvez, em parte, por que os próprios profissionais da saúde desconhecem o sistema, independente da sua formação acadêmica.

A percepção do usuário do SUS nos sugere que ainda existem problemas instituídos, como a falta de leitos, sendo uma situação provavelmente agravada devido a pouca atuação do nível primário (atenção básica) no que se refere a resolver 80% das demandas em saúde. A Estratégia Saúde da Família é uma maneira promissora de repensar a forma de atendimento em saúde e deveria estar inserida de forma ativa nas Unidades Básicas de Saúde.

É necessário a realização de estudos representativos estatisticamente para conclusões mais concretas à nível populacional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>, Acesso em 22/07/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996.** Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>, Acesso em 28/07/2011.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. **Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet, 9 de maio de 2011, Acessado em 28 jul. 2011. Online. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

JULIANI, CMCM; CIAMPONE, MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999.

WITT, R.R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.