

Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais

From normative aspects to the reality of the Unified Health System:
revealing barriers that curtail access to the health care network

Fabiana de Oliveira Silva Sousa ¹
Kátia Rejane de Medeiros ¹
Garibaldi Dantas Gurgel Júnior ¹
Paulette Cavalcanti de Albuquerque ¹

Abstract *This article analyzes the conditions of comprehensive access to health care in Recife in the state of Pernambuco based on the trajectory experienced by users from primary health services through to specialist care. Quantitative and qualitative approaches were combined with triangulation of methods as the research technique. Systemic Arterial Hypertension was chosen as a core condition, as it is an ailment that requires attention at various levels of the city's health network. The research revealed various barriers of access in primary health care becoming more accentuated at other levels of care resulting in delays in timely care and consequently prolonging the suffering of the population. Structural problems such as a shortage of medical professionals in primary care, insufficient access to specialized consultations and exams, together with the inherent dynamics of the health services, are real obstacles that the user faces in the quest for continuous and comprehensive care in the Unified Health System (SUS). In addition to broadening and enhancing the availability of services, especially complementary exams, it is necessary to ensure communication between the departments of the SUS, in order to consolidate an articulated network, thereby improving health care.*

Key words *Access to health services, Continuity of patient care, Care network, Primary health care*

Resumo *Neste artigo são analisadas as condições de acesso integral na rede assistencial do Recife (PE), a partir do caminho percorrido pelos usuários da atenção básica à especializada. Combinam-se abordagens quantitativa e qualitativa com a triangulação de métodos como técnica de investigação. A Hipertensão Arterial Sistêmica foi escolhida como condição traçadora, por se tratar de um agravo que demanda assistência em vários pontos da rede de saúde municipal. A pesquisa revelou diferentes barreiras de acesso desde a atenção básica à saúde, se acentuando nos demais níveis assistenciais, adiando o atendimento oportuno e, conseqüentemente, prolongando o sofrimento da população. Fatores estruturais, como a ausência de profissionais médicos na atenção básica, insuficiente oferta de consultas e exames especializados, aliados à própria dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, constituem obstáculos reais que o usuário enfrenta na busca pelo cuidado contínuo e integral no Sistema Único de Saúde (SUS). Faz-se necessário, além de ampliar e qualificar a oferta de serviços, principalmente exames complementares, fortalecer a comunicação entre os níveis assistenciais do SUS, com vistas a consolidar uma rede articulada, melhorando a organização dos fluxos assistenciais.*

Palavras-chave *Acesso a serviços de saúde, Continuidade do cuidado, Rede assistencial, Atenção primária à saúde*

¹ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Professor Moraes Rego s/nº, Campus da Universidade Federal de Pernambuco. 50.670-420 Recife PE. oliveirasilva.fabi@gmail.com

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica, acordada entre gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização da atenção básica. De acordo com os documentos que orientam essa política, a Unidade de Saúde da Família (USF), inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde, pode funcionar como ponto de contato preferencial e porta de entrada, vinculada a uma rede de serviços hierarquizados, os quais devem garantir assistência integral, referenciando aos níveis especializados quando as situações ou problemas identificados requerem resolução fora do âmbito da atenção básica¹.

É sabido que a existência de um serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados². Contudo, esse nível do sistema de saúde isolado não possui a totalidade dos recursos e competências necessárias para resolver as necessidades de saúde de uma população, fato que implica na constituição de redes integradas, que reconhecem a interdependência e, muitas vezes, os conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado³.

A constituição de redes funcionais integradas e a coordenação dos diversos agentes que atuam na saúde, nessa perspectiva, são grandes desafios da governança desses sistemas. Assim, superar os efeitos da fragmentação, que persistem na rede de serviços de saúde do SUS, e potencializar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial e centro ordenador/integrador dos serviços e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são pontos fundamentais para a constituição de redes de atenção à saúde⁴.

Segundo Kushnir⁵, as redes de atenção à saúde são constituídas por unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral dos serviços de saúde numa dada região, o que tem se configurado como uma das estratégias mais discutidas, na atualidade, para garantir o acesso integral, em tempo oportuno, a todos os recursos assistenciais que os usuários necessitam e, assim, lhes proporcionar o acesso a um caminho ininterrupto de assistência à sua saúde, uma linha de cuidado⁶.

Para a estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), o Ministério da Saúde (MS) propõe a adoção de linhas de atuação que promovam sua homogeneização e continuidade nos diversos níveis, desde a atenção básica à hospitalar, passando pela atenção ambulatorial especializada⁷. A construção dessa linha de cuidado pressupõe que a trajetória do usuário, desde a sua entrada no sistema de saúde, preferencialmente na atenção básica, passando por diferentes serviços, garantiria a continuidade do acesso desse usuário ao leque de cuidados necessários para atender o seu problema de saúde⁸.

Compreende-se então que o acesso é uma categoria-chave na análise das inter-relações entre usuários e serviços de saúde de diferentes níveis assistenciais na construção da continuidade do cuidado. Nesse sentido, o conceito proposto por Giovanella e Fleury⁹ é pertinente, já que permite categorizar operacionalmente o acesso como um grupo de dimensões específicas que retratam a adequação entre os usuários e a assistência em saúde. Para as autoras, as dimensões do acesso são: a) disponibilidade: compreendida como relação entre a oferta e a demanda; b) acessibilidade: relação entre a localização da oferta e os usuários; c) a acomodação: relação entre o modelo organizacional da oferta e a capacidade dos usuários se acomodarem a esse modelo; d) capacidade financeira: custos dos serviços; e) aceitabilidade: relação entre os usuários e os trabalhadores de saúde no cotidiano da assistência prestada nos serviços de saúde^{9,10}.

Tomando-se por base estas considerações, neste estudo foram analisadas as condições para o acesso integral na rede assistencial do município do Recife, a partir do fluxograma descritor do trajeto percorrido, considerando o atendimento em uma USF até a assistência especializada.

Métodos

Neste estudo foram combinadas as abordagens quantitativa e qualitativa e, no plano de análise dos dados, fez-se uso da triangulação de métodos e técnicas de investigação¹¹.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2010 na microrregião (MR) 6.3 do município do Recife, em Pernambuco, que possui área territorial de 426 hectares, é formada por um único bairro, denominado Cohab, e tem população de 67.283 habitantes. Dos residentes da MR 6.3 com idade superior a 10 anos, 92,6% são alfabetizados¹².

Essa MR foi selecionada com base nos seguintes critérios: 1) possui cobertura total de atenção básica acima do recomendado nas portarias normativas; 2) possui oferta de serviços de cardiologia regulada através das centrais de marcação consultas/exames (municipal e distrital); e 3) apresenta elevado número de USFs com demanda reprimida para assistência cardiológica.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi escolhida como condição traçadora por razões como: 1) constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência no Brasil; 2) é uma importante ação programática da Equipe de Saúde da Família (ESF) priorizando esse conjunto populacional¹³; 3) existe na região estudada oferta de atenção especializada em cardiologia, com acesso potencial para atendimento a esse segmento, permitindo a continuidade do cuidado e, 4) possui normatização das ações publicada em protocolos oficiais¹⁴. O conceito de traçador, conforme a proposição de Kessner et al.¹⁵, é originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, tendo sido, frequentemente, aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde.

Nesse caso, o pressuposto é que o caminho percorrido pelos usuários com HAS, desde a atenção primária até a especializada, será um indicador da qualidade geral do acesso ao cuidado integral e do sistema de saúde que fornece esse cuidado.

Na abordagem quantitativa as fontes do estudo foram o banco de dados do Sistema da Central de Regulação da Saúde (SSCR) e do Sistema de Marcação de Consultas (SSMC), que são utilizados pelas Centrais de Marcação Distritais e municipal do Recife. O ano-base dos dados foi 2009.

Na abordagem qualitativa utilizou-se a técnica de grupos focais como estratégia de coleta de dados¹⁶. Fez-se a escolha intencional de duas USFs da MR selecionada. Os grupos, realizados em maio de 2010, foram constituídos por 19 profissionais de saúde diferentes categorias: médi-

cos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e técnicos administrativos. No estudo, as unidades são denominadas USF 'X' e USF 'Y'.

Nos grupos focais construíram-se os fluxogramas descritores do acesso dos usuários com HAS à atenção primária e especializada de saúde no Recife.

O fluxograma descritor é definido por Franco¹⁷ como a “representação gráfica do processo de trabalho que ajuda a analisar o caminho percorrido pelo paciente na busca pela assistência à saúde” e tem sido utilizado em estudos como uma ferramenta importante para a análise dos fluxos assistenciais (caminho percorrido pelo usuário) e dos processos de trabalho (modo de organização e implementação das diversas práticas profissionais e o modo como se interseccionam) no âmbito dos serviços de saúde^{18,19}.

O fluxograma é representado por três símbolos, convencionados universalmente: a elipse representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços; o losango indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho; e o retângulo diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo²⁰.

Nesse sentido, Merhy²⁰ considera que quaisquer serviços assistenciais de saúde podem ser enquadrados na sequência expressa pelo diagrama resumido, apresentado na Figura 1. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética.

Resultados

Acesso à atenção primária à saúde: uma porta estreita e sem acolhimento

De acordo com o fluxograma (Figura 2), para o usuário ser atendido pelo médico da USF X ou Y, é necessário enfrentar uma fila que se forma

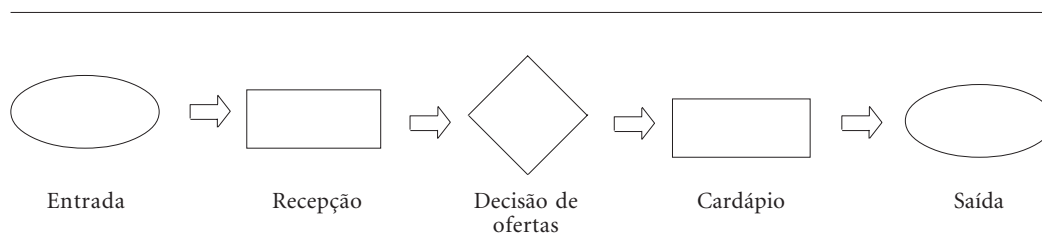


Figura 1. Fluxograma Descritor resumido.

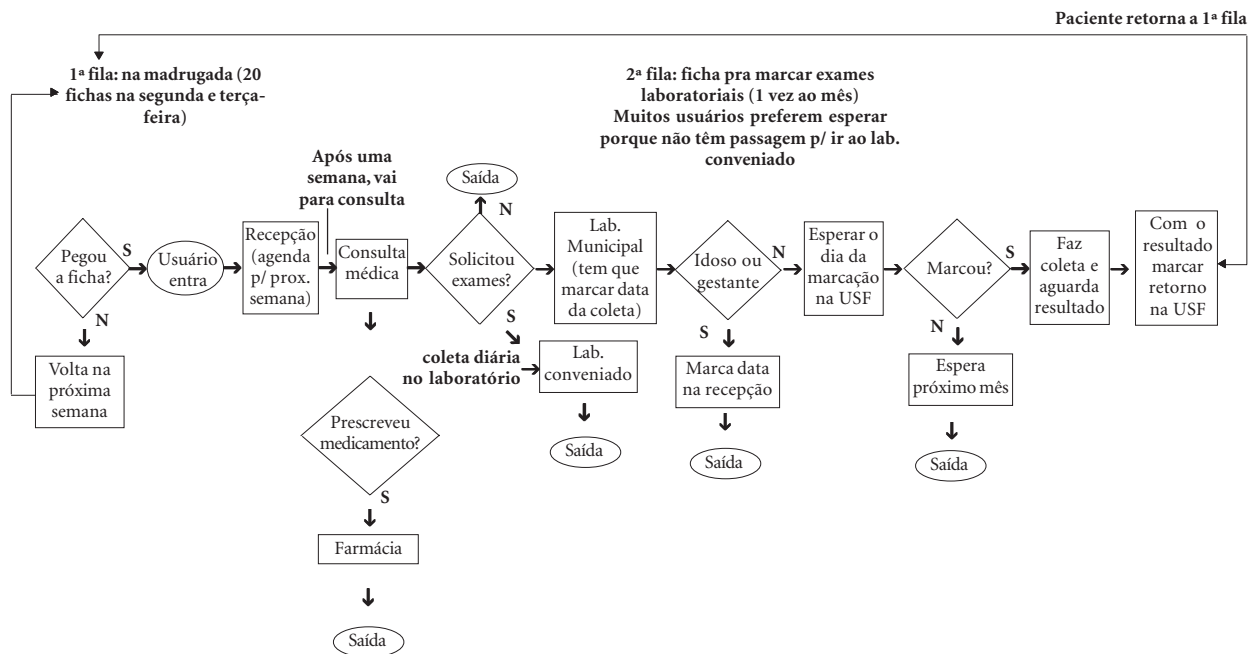


Figura 2. Fluxograma Descritor do acesso à atenção primária, abril de 2010, Recife-PE.

durante a madrugada e conseguir uma senha que lhe dará acesso ao atendimento. Semanalmente, são asseguradas 40 marcações de consultas médicas de adultos, as quais são divididas em dois dias de marcação. Os usuários que não conseguem agendar a consulta precisam retornar outro dia para uma nova tentativa.

Quando a USF 'X' é aberta, às 07h30min, os usuários se dirigem à recepção e agendam a sua consulta médica para a semana seguinte. Em casos de intercorrência, ou seja, pacientes febris, sentindo dores ou com mal-estar, dispõem-se de duas vagas para atendimento, sem necessidade de agendamento prévio.

Se, durante a consulta, o médico solicitar exames, o paciente pode optar entre realizá-los num laboratório conveniado ou no municipal. A maioria dos pacientes prefere fazer os exames no laboratório municipal, pois a coleta do material é realizada na própria USF e, nesse caso, o usuário não precisa custear o transporte.

Para realizar o exame, o usuário precisa fazer o agendamento antecipadamente. A marcação dos exames para o laboratório municipal é realizada uma vez por mês, na USF que possui uma

cota específica de exames de patologia clínica. Essa é a segunda fila que o usuário precisa enfrentar para conseguir seu atendimento. Os idosos e gestantes, por serem priorizados no agendamento, não precisam enfrentar a fila e agendam seus exames na recepção da USF, após a consulta. Os usuários que têm recursos financeiros para pagar o transporte podem realizar os exames no laboratório conveniado, cuja coleta é realizada diariamente. Esse aspecto corrobora a iniquidade do acesso ao exame especializado.

O modo de entrada dos usuários com HAS no circuito de cuidado da USF revela como o acesso a esse serviço é restrito. As marcações desse atendimento médico são 'disputadas' entre a população, numa fila que se forma durante a madrugada. Além disso, percebe-se que não existe acolhimento aos usuários e aqueles que não "conseguem pegar" uma senha para consulta médica são comumente excluídos ou, pelo menos, têm sua entrada na USF adiada por, no mínimo, uma semana. Pacientes mais vulneráveis ficam em desvantagem na disputa pelas senhas, diante de casos que potencialmente apresentam menor risco e naturalmente são mais aptos para a disputa.

Outra dificuldade apontada pelas equipes, principalmente pelos médicos, na realização do cuidado à população acometida de HAS é o excesso de demanda que eles precisam atender nas consultas. Conforme os depoimentos, o número excessivo de famílias, aliado à ausência de profissionais médicos em todas as ESFs, impõem uma sobrecarga de demanda às equipes.

Hoje, nós temos 450 hipertensos cadastrados só na equipe 1. Mas, agora chegamos a um limite e não dá pra encaixar mais ninguém. E aqueles que não estão nos grupos, têm que vir pra fila. Porque não tem condições de incluí-los nos grupos (Médico, USF Y).

As evidências coletadas apontam para uma baixa adequação da oferta para esse segmento da população que é formalmente prioritário para o SUS. A dinâmica de funcionamento dessas unidades gera barreiras de acesso observadas já na atenção básica.

Superavit de oferta e demanda reprimida na atenção especializada: contradição que revela a restrição do acesso

A MR 6.3 abrange 14 unidades e 31 ESFs. No momento da coleta de dados, apenas 5 USFs estavam com suas equipes completas. A ausência do médico na ESF restringe o cardápio de ofertas da unidade de saúde, pois diminui o acesso da população às ações de diagnóstico e tratamento específicos desse profissional de saúde.

Essas USFs têm uma oferta anual de 2.880 consultas cardiológicas. De acordo com a Portaria 1.101/02 do MS, a necessidade anual para a população coberta por essas unidades seria de 1.659 consultas²¹. Isso representa, de acordo com a referida portaria, um superavit de 1.221 consultas/ano na oferta de cardiologia nessa MR.

As policlínicas municipais ofertam 62,5% das consultas e o restante da oferta fica nos hospitais filantrópicos conveniados ao SUS municipal. Ressalta-se que essas consultas são disponibilizadas apenas para a população com idade superior a 10 anos. Em relação a exames complementares, as policlínicas só dispõem de eletrocardiograma, mas o hospital filantrópico oferta, além desse exame, o ecocardiograma.

O acesso a essa assistência especializada é viabilizado mediante distribuição de cotas mensais para as ESFs e é regulado por centrais de marcação de consultas.

A Central de Regulação do Recife realiza a marcação das consultas para o serviço filantrópico, enquanto pequenas centrais de marcação

que funcionam dentro das policlínicas, regulam a oferta desses serviços.

Apesar do quantitativo de consultas de cardiologia disponibilizado à MR estudada ser superior ao preconizado pela portaria ministerial 1.101/02, existe uma grande demanda reprimida para cardiologia. Durante as visitas realizadas nas quatorze USFs da MR 6.3, identificou-se que, em nove unidades, havia um total de 190 pessoas na fila de espera por uma vaga para consulta cardiológica. Essa realidade pode ser interpretada como uma barreira de acesso, ligada à dimensão da disponibilidade, em que a oferta de consultas especializadas ainda é insuficiente, quantitativa e qualitativamente, já que há restrições em relação à faixa etária e à sua integralidade, algumas vezes, pela escassez ou inexistência de exames especializados.

Vale destacar que, das cinco USFs que não apresentaram demanda reprimida nesse período, quatro estavam sem médico na equipe. Ou seja, provavelmente existia necessidade de atenção especializada em cardiologia para a população adscrita, mas sem o médico da família essa população não foi referenciada. Neste contexto, a redução da demanda reprimida está mais relacionada à inexistência de médico na equipe do que à real necessidade da população vinculada à USF, aspecto este observado no depoimento de alguns profissionais responsáveis pela marcação das consultas, que justificaram a diminuição da demanda reprimida em suas unidades de saúde pelo fato de as mesmas não contarem com um médico. Essa evidência atesta que a oferta de serviços induz a uma demanda que precisa ser equacionada pelo sistema de saúde, assim como a ausência de oferta pode gerar redução de demanda formal.

Acesso à atenção especializada: obstáculos na continuidade do cuidado

O fluxograma (Figura 3) revela a trajetória que o usuário faz da USF até o atendimento especializado de um cardiologista. Quando um médico de família encaminha um usuário ao especialista, este procura a recepção da USF para entregar a sua ficha de encaminhamento ao profissional responsável pela marcação das consultas que o orienta a aguardar em casa até que a consulta seja agendada. Nos dias e horários previamente estabelecidos, o responsável pela marcação das consultas faz contato telefônico com a Central de Regulação do Recife ou com a central de marcação da policlínica, para agendá-las e, dependendo das disponibilidades das cotas e va-

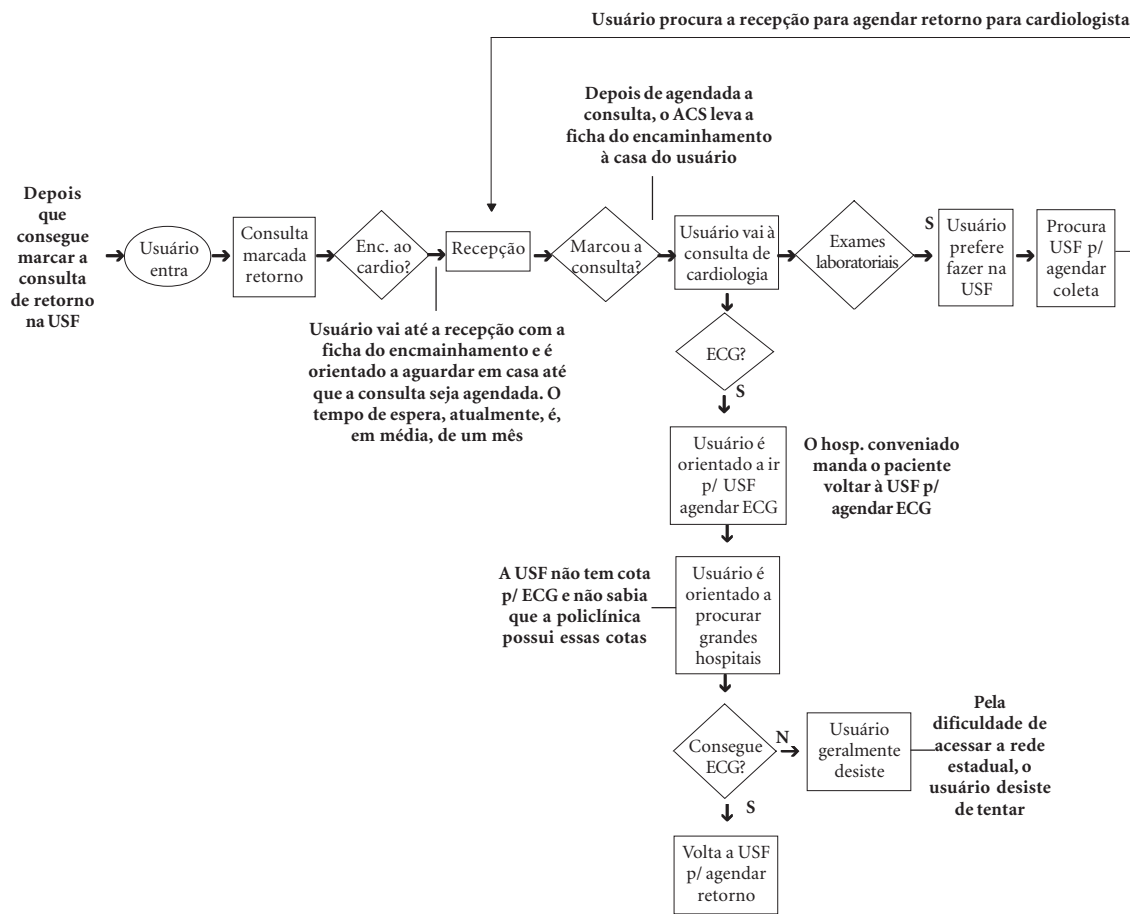


Figura 3. Fluxograma Descritor do acesso do usuário da atenção primária à atenção especializada, abril de 2010, Recife-PE.

gas, a consulta é marcada. Quando isso acontece, o agente comunitário de saúde (ACS) leva o encaminhamento com os dados do agendamento até a residência do usuário.

Se o usuário precisar fazer exames complementares e retornar para o especialista, o tempo de espera costuma ser mais longo, já que deverá aguardar: a marcação da 1ª consulta, em seguida o agendamento dos exames complementares (ecocardiogramas e/ou testes ergométricos), cuja oferta é bastante reduzida e, por fim, após ter conseguido o acesso para a realização dos exames, a volta à USF, para agendar a consulta de retorno ao especialista.

A demora no agendamento das consultas especializadas é uma das barreiras de acesso para o atendimento integral da população, causando angústia para os profissionais que compõem as

USFs, conforme se observa nas declarações de médico e de ACS:

O ideal é que todo hipertenso, uma vez ao ano, tivesse uma consulta com cardiologista. Mas, isso não existe. Às vezes, nem o paciente que a gente detecta dor pré-cordial, angina [...] o acesso não é fácil. É muito chato isso. A gente fica de mãos atadas. Porque você sabe que o paciente necessita, se angustia e esbarra nas dificuldades (Médico 3, USF Y)

[...] muitas vezes, ele [paciente] sai da consulta da médica com o encaminhamento e vai escutar na recepção que ele pode esperar até um ano para ser atendido. Então, ele fica mais angustiado ainda (ACS 5, USF Y).

O médico de família queixa-se da dificuldade de acesso anual ao especialista, embora não exista referência sobre periodicidade de consultas

cardiológicas para usuários com HAS no protocolo do MS²². O que chama mais atenção no relato dos profissionais é a angústia pelo tempo de espera das consultas, que impacta negativamente na qualidade e resolutividade do atendimento prestado à população.

A inexistência de critérios definidos para a escolha do serviço de referência no qual os usuários serão agendados é outro aspecto desordenador do acesso, pois, conforme se observa nas declarações a seguir, essa definição cabe ao pessoal administrativo, ou os ‘marcadores das consultas’.

Marcamos de acordo com a disponibilidade da cota. Agora, quando a médica pede prioridade, é um caso mais sério, aí a gente recomenda que vá para o hospital filantrópico (Aux. Adm. 1, USF X).

Porque a gente já percebeu que na policlínica, a gente não tem exames complementares [...] aí termina que ele não tem o parecer do cardiologista porque não tem o exame e o paciente tem que voltar novamente (Aux. Adm. 2, USF X).

Outro aspecto que chama a atenção, como elemento desordenador, é o fato de o agendamento das consultas ser realizado, predominantemente, pela ordem de chegada das fichas de encaminhamento na recepção. Com exceção dos casos em que o próprio médico sinaliza a ‘urgência’ ou ‘prioridade’ dos pacientes, é o responsável pela marcação das consultas que tenta priorizar quem deverá ter acesso e agendamento prioritário. Esse aspecto demonstra que a análise de risco clínico não se coloca como atividade consolidada no processo de trabalho das ESFs.

Para o grupo etário infantil, abaixo de 10 anos, o conjunto de dificuldades para acessar serviços especializados é bem maior, visto que não existe oferta de atendimento especializado para esse público e o acesso aos serviços de referência estaduais é realizado após uma longa trajetória. Os depoimentos abaixo trazem evidências a esse respeito:

Por exemplo, em dezembro do ano passado, tinha uma criança precisando de uma consulta com cardiologista pediátrico e ela só conseguiu no ‘hospital infantil filantrópico de referência estadual’, depois de 6 meses. (Auxiliar Administrativo 2, USF X).

Eu já detectei sopro numa criança, sou pediatra, mas tenho que encaminhar para o pediatra [do hospital de referência] identificar tudo o que eu já vi e depois encaminhar para o cardiologista. Aí, é passagem para a mãe ver o dia que marca pediatra; depois, passagem para ir marcar; depois, passagem para ser atendida e ser encaminhada pra

o especialista [...] e quanto tempo vai esperar, ainda, pra ser marcado? (Médico, USF Y).

Do ideal da continuidade do cuidado à realidade da fragmentação do acesso

A estruturação dos fluxos assistenciais tem-se construído a partir de ferramentas tecnológicas importantes, como centrais de regulação informatizadas, mas, aparentemente, ainda não se conseguiu superar a fragmentação da produção em saúde presente tanto no ambiente interno das ESFs quanto nas relações entre os serviços que compõem os diversos níveis assistenciais do município.

A ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõem a atenção básica e a atenção especializada do município é também um aspecto que atua diretamente como inibidor do acesso e, conseqüentemente, aponta para a fragilidade na constituição da rede assistencial. Os profissionais dificilmente se reúnem e a comunicação, quando existe, acontece de forma muito incipiente, através das fichas de referência e contrarreferência.

Não temos contrarreferência dos pacientes que encaminhamos. Quando o paciente consegue explicar, sabe falar, eles é que dizem ‘o Dr. disse que eu não tenho nada’ ou ‘ele disse que eu só preciso voltar uma vez ao ano’ [...]. Aí, a gente fica sem saber o que aconteceu [...] (MSF, USF Y).

O longo intervalo de tempo entre os atendimentos, a escassez de oferta qualificada de alguns procedimentos e a desarticulação entre os serviços que compõem a atenção básica e a atenção especializada constituem um conjunto importante de obstáculos que o usuário e as ESFs enfrentam para assegurar o acesso e construir um cuidado contínuo e integral, conforme se identificou nos relatos dos grupos focais:

[...] se o paciente precisar de exames especializados como ECG, Teste ergométrico [...] E a gente não consegue marcar esses exames porque não temos cota [...] e a gente orienta a procurar os hospitais de alta complexidade (Aux. Adm. 2, USF X).

E aí quando ele consegue a consulta e faz os exames vai ter que enfrentar a via crucis de novo. Para retornar ao médico, entrar na fila que não é pequena [...] A realidade é que quando o problema dele [do usuário] tem que ser solucionado no especialista, para tudo! Fica emperrado! É uma porta que está emperrada e que não abre (ACS 4, USF Y).

A dificuldade de prestar um cuidado sem interrupções também é registrada pelo cardiologista da unidade de saúde de referência que se

queixa da qualidade dos equipamentos diagnósticos com os quais trabalha como dos exames realizados na rede conveniada.

Nós passamos dois anos sem eletrocardiograma, porque o aparelho estava quebrado. E vocês sabem que consulta cardiológica sem eletrocardiograma e nada é a mesma coisa [...] (Cardiologista, unidade de saúde de referência).

Discussão

Os resultados desse estudo revelam que a população enfrenta obstáculos para acessar a rede de serviços de saúde já no seu primeiro contato na USF e durante todo o caminho percorrido para a continuidade do cuidado nos serviços de exames e atenção especializada. Essa situação se opõe ao conceito de acesso, que, segundo Andersen²³, deve articular a entrada do paciente no serviço de saúde, dando continuidade ao tratamento com o recebimento de cuidados subsequentes.

Segundo Starfield²⁴, em sistemas de saúde organizados hierarquicamente por nível de atenção, como acontece na MR 6.3, o ponto de primeiro contato do sistema deve ser de fácil acesso. No entanto, os resultados deste estudo corroboram Fekete²⁵, ao afirmar que apenas a disponibilidade de um serviço não garante sua efetiva utilização e que, apesar da Saúde da Família se constituir numa estratégia técnica e política com potencialidade para equalizar a relação oferta-demanda da população, “na prática ainda não conseguiu desburocratizar o acesso aos serviços”²⁶.

A falta de médicos nas USFs, o agendamento de consultas organizado pela distribuição de senhas e a ausência de estratégias, como o acolhimento, para organizar a demanda segundo critérios de necessidades clínicas, contribuem para ampliar as dificuldades de acesso da população que procura os serviços de atenção básica. Esses achados corroboram outros estudos realizados no município do Recife²⁷⁻²⁹ que identificaram, a partir da percepção dos usuários, várias dificuldades de acesso, ausência de acolhimento e baixa resolubilidade como aspectos negativos da qualidade dos serviços de atenção básica à saúde. Essas barreiras encontradas pelos usuários na busca de atendimento de suas necessidades assistenciais contribuem para adiar o atendimento oportuno dos problemas de saúde, prolongando o sofrimento da população³⁰.

A fragilidade no acolhimento nas USFs ajuda a consolidar um modo de organização de ações de saúde que privilegia a competição pela busca

da assistência e se configura como uma barreira de acesso organizacional, naquela que deveria ser “porta” do sistema de saúde²⁷. Por isso, alguns autores^{31,32} propõem que a reorganização do acesso universal nos serviços de saúde inclua a mudança no atendimento por ordem de chegada para evitar a exclusão de uma parte da população que procura esses serviços, além de garantir o acesso oportuno, entendido como a utilização dos serviços em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível para a saúde dos usuários.

Para a população que consegue acessar a rede primária de saúde resta ainda o enfrentamento de mais alguns obstáculos para conseguir a continuidade de acesso à assistência de que necessita. Na realidade estudada, verificou-se que a demora no agendamento, a baixa oferta de consultas especializadas e exames complementares nos serviços de referência, bem como a distância entre a localização desses serviços e a moradia dos usuários são alguns dos aspectos que restringem o acesso dessa população à rede de serviços de saúde. Essas barreiras situam-se, principalmente, de acordo com a definição de acesso de Giovanella e Fleury⁹, nas dimensões da disponibilidade, entendida como a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, e da acessibilidade, que é a relação entre a localização da oferta e os usuários.

A desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas da população contribui para ampliar as iniquidades no acesso e a ineficiência do sistema de saúde. O acesso restrito e fragmentado à assistência especializada revela a incipiente formação de redes assistenciais dentro do próprio município do Recife. Na verdade, tem-se um conjunto de serviços que ainda atuam de forma muito pouco articulada que, associados à escassez de oferta de serviços especializados, contribuem para ampliar as dificuldades de acesso da população a todos os níveis assistenciais²⁷. Alguns autores também citam a baixa resolubilidade da atenção primária à saúde e encaminhamentos inapropriados como causas do aumento da demanda para atenção especializada, com consequente aumento no tempo de espera por esse nível assistencial^{33,34}.

Outro ponto crítico relatado pelos profissionais é a incipiente articulação entre os níveis assistenciais, evidenciada na ausência de comunicação entre os serviços de atenção primária e especializada. Esses problemas também foram identificados em recente estudo realizado por Giovanella et al.⁴, sobre a ESF no Brasil. Para a resolução desses problemas, a estruturação de mecanismos

comunicacionais para fortalecer a referência e a contrarreferência assume relevância especial no planejamento dos fluxos assistenciais que o usuário pode percorrer e, conseqüentemente, na construção das redes de atenção à saúde (RAS)^{4,29}.

Esse tipo de dificuldade relacionada à integração dos serviços de saúde e à coordenação dos cuidados é foco de atenção nas reformas dos sistemas de saúde, com iniciativas para fortalecer a atenção primária à saúde³⁵. As proposições para fortalecer o papel da atenção primária no sistema de saúde são consequência do reconhecimento da fragmentação na oferta e da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde^{36,37}.

Nesse contexto, emerge a defesa pela constituição das RASs como um dos dispositivos para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde. Baseada no “modelo sanitário-planificador”, cujos princípios são a regionalização e a hierarquização dos serviços, já que as RAS têm como objetivo proporcionar acesso universal, equânime e integral³⁸.

Assim, a implementação de uma lógica de planejamento integrado para conformar sistemas funcionais de saúde, dotados de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento, poderia contribuir para a garantia do acesso dos usuários às ações e serviços de diferentes níveis assistenciais necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis³⁹.

Além disso, o envolvimento dos trabalhadores que operam esse sistema de saúde é importante para que sejam estruturados fluxos que “impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora”, superando assim a concepção racionalizadora da hierarquização burocrática no acesso aos serviços de saúde⁴⁰.

Segundo Malta et al.⁴¹, a linha de produção do cuidado não termina no estabelecimento do projeto terapêutico dentro de um serviço de saúde; antes, ela deve ter continuidade no “acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado”.

Embora a estruturação dos fluxos assistenciais no município do Recife seja construída a partir de ferramentas tecnológicas importantes como centrais de regulação informatizadas, os resultados desse estudo apontam que essas ações ainda não conseguiram superar a fragmentação da produção em saúde presente tanto no ambien-

te interno das ESFs, quanto nas relações entre os serviços que compõem os diversos níveis assistenciais do município, favorecendo a coexistência de diversas barreiras no acesso à rede de serviços do município.

Ao tomar a HAS como condição traçadora esperava-se que o acesso à rede de serviços da população que vive com essa doença, estivesse melhor estruturado, já que esse agravo apresenta importante prevalência na população brasileira e constitui uma das prioridades de atenção da Política Nacional de Atenção Básica brasileira. Assim, os achados empíricos corroboram o pressuposto teórico que os orientaram, ou seja, a análise do comportamento da oferta, da demanda, e o caminho percorrido por um usuário com HAS, desde a atenção primária até a especializada, podem ser considerados como indicadores das condições gerais de acesso ao cuidado integral e da qualidade do sistema de saúde que fornece esse cuidado. Assim, é possível que esse instrumento possa ser aplicado para aferir essas condições em outras redes do SUS.

Considerações finais

A partir da análise do caminho que o usuário faz em busca de assistência, desde a atenção básica até a especializada, observou-se como os principais obstáculos que o usuário enfrenta na busca pelo cuidado contínuo e integral: acesso restrito e sem acolhimento, excesso de demanda e ausência de profissionais médicos na atenção básica, insuficiência na oferta de consultas e exames especializados, longo intervalo de tempo entre os atendimentos especializados e ausência de comunicação entre os serviços de diferentes níveis assistenciais.

Em relação à estruturação de redes, faz-se necessária a ampliação e a qualificação da oferta de atenção especializada, principalmente dos exames complementares. Outro aspecto relevante é a necessidade de fortalecer a integração entre os serviços e os profissionais para pactuação de fluxos assistenciais na rede saúde.

O fluxograma descritor apresentou-se como uma ferramenta analítica importante para estudar a trajetória do usuário na busca pela assistência à saúde, e sua utilização nos processos de avaliação dos serviços de saúde pode subsidiar o planejamento de fluxos assistenciais centrados na necessidade dos usuários, colaborando assim para a ampliação do acesso universal e equânime a estes.

Colaboradores

FOS Sousa participou da concepção, elaboração da metodologia, coleta e análise dos dados, redação do esboço inicial e final do artigo; GD Gurgel Júnior participou da concepção, elaboração da metodologia, redação do esboço inicial e final do artigo; KR Medeiros participou da redação do esboço inicial e final do artigo, PC Albuquerque participou da análise dos dados e redação inicial do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2006.
2. Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. *Proyecto EUROsociAL Salud, Intercambio "Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención"* [documento técnico]. Rio de Janeiro: IRD; 2007.
3. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60(3):201-218.
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 3):783-794.
5. Kushnir R. Organizando redes de serviços de saúde. In: Pessoa LR, Pinto LF. *Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Investimentos e Projetos em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 96-111.
6. Franco TB. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. *Diretrizes para Programação Pactuada Integrada da Assistência a Saúde*. Brasília: MS; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde Pactos pela Vida, v. 5)
8. Merhy EE, Cecílio LCO. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. 2003. [Internet]. [acessado 2012 jan 18]. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>
9. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizador. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198.
10. Panchansky DBA, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19(2):127-140.
11. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos, NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo, MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 71-103.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2010. *Resultados do universo: características da população e domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [Internet]. [acessado 2012 maio 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: MS; 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília: DF; 2001.

15. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – the case for tracers. *N Engl J Med* 1978; 288(Supl. 4):189-194.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2000.
17. Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-198.
18. Chakkour M. *Processo de trabalho em saúde: uma cartografia de fluxos e tempo trabalhador-centrada* [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas; 2001.
19. Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Bem-Estar da Família. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Supl. 4):1036-1044.
20. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. *Diário Oficial da União* 2002; 13 jun.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2006.
23. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36(1):1-10.
24. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.
25. Fekete MC. *Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços*. Brasília: Projeto gerus; 1996.
26. Merhy EE, Franco T. *PSF: contradições e novos desafios* [palestra]. 1996. [Internet]. [acessado 2012 abr 15]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns.htm>
27. Sousa FOS. *O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife* [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
28. Galindo EF. *Qualidade da atenção à saúde no Distrito Sanitário V da Cidade do Recife: a visão dos usuários* [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2001.
29. Gattás GRIC. *Análise do Programa Saúde da Família a partir dos usuários da USF de Vila União/DS IV no Recife* [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2003.
30. Travassos C, Castro MSM. *Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2008. p. 215-245.
31. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-133.
32. Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *Br Med Bull* 2010; 95:7-32.
33. Cano JG, Medina E, Custardoy J, Orozco D, Quince F. Identificación de las variables de influencia en los tiempos de espera en atención especializada. *Gac Sanit* 2003; 17(5):368-374.
34. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2783-2794.
35. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22(Supl. 5):951-963.
36. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli, E. *Improved health system performance through better care coordination*. Paris: OECD; 2007.
37. Saltman RB, Rico, A, Boerma WGW. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2006.
38. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):161-170.
39. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(Supl. 2):158-171.
40. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas, avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 165-184.
41. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Cien Saude Colet* 2004; 9(Supl. 2):433-444.

Artigo apresentado em 21/03/2013

Aprovado em 26/04/2013

Versão final apresentada em 12/05/2013

