



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS GEOGRÁFICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

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

Priscila Felix Bastos

RECIFE
2015

Priscila Felix Bastos

**Território e redes de atenção à saúde no Recife: relação
entre a Atenção Básica e os serviços de maior complexidade
assistencial do SUS**

Orientador: Prof. Dr. Jan Bitoun

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito à obtenção do grau de Doutora em Geografia.

Banca Examinadora:

Professor Dr. Bertrand Roger Guillaume Cozic (UFPE)

Professor Dr. Anselmo César Vasconcelos Bezerra (IFPE)

Professor Dr. Luís Eugênio Pereira Carvalho (UFCEG)

Professor Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes (UFPE)

Professor Dr. Alcindo José de Sá (Suplente - UFPE)

Professor Dr. Allison Bezerra Oliveira (Suplente - UFOB)

RECIFE

2015

Catálogo na fonte

Bibliotecária, Divonete Tenório Ferraz Gominho CRB-4 985

B327t Bastos, Priscila Felix.

Território e redes de atenção à saúde no Recife: relação entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS / Priscila Felix Bastos. – Recife: O autor, 2015.

270 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Jan Bitoun.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2015.

Inclui referências, apêndice e anexos.

1.Geografia. 2. Território. 3. Sistema único de saúde (Recife-PE). Unidade de atenção primária à saúde. 4. Programa de saúde da família. I. Bitoun, Jan. (Orientador). II. Título.

910 CDD (22.ed.)

UFPE (BCFCH2015-28)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS GEOGRÁFICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

PRISCILA FELIX BASTOS

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

Tese defendida e **aprovada** pela banca examinadora

Orientador: _____

Prof. Dr. Jan Bitoun (UFPE)

2º Examinador: _____

Prof. Dr. Bertrand Roger Guillaume Cozic (UFPE)

3º Examinador: _____

Prof. Dr. Anselmo César Vasconcelos Bezerra (UFPE)

4º Examinador: _____

Prof. Dr. Luís Eugênio Pereira Carvalho (UFPE)

5º Examinador: _____

Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes (UFPE)

RECIFE

2015

***Ao Deus fiel, especialista em tornar impossíveis em realidade, que
nunca me deixou só e me susteve com sua destra***

AGRADECIMENTOS

Ao se aproximar a finalização de mais uma importante etapa da minha vida, me coloco a pensar na menina que eu era ao chegar à UFPE há 13 anos. Tantos medos e expectativas, misturados com uma felicidade imensa por se sentir privilegiada em fazer uma graduação. Talvez para muitos fosse mais uma conquista, mas, para aquela menina de 17 anos, saída de uma família simples, significava superação. Como imaginaria chegar até aqui? Alegro-me como naquele dia, não só por esta conquista, mas por olhar para trás e ver que “aquela menina” não perdeu a sua essência.

Mas sozinha certamente não teria conseguido. E como não agradecer a Deus? Ele verdadeiramente me fez andar sobre as minhas alturas, superar os meus limites e me fez ir adiante, quando eu apenas queria parar. Ao Senhor de toda a sabedoria, que mesmo sendo Deus, se preocupa com alguém tão pequena como eu. A Ele dedico este trabalho, esta trajetória e a minha vida.

Mas Deus não age só, Ele envia os seus e com Sua infinita bondade enviou-me uma família sem a qual não teria dado um passo adiante. Aos meus pais Gilson e Elienai, à minha irmã Beatriz, o amor, cuidado e, principalmente, as orações de vocês foram o meu sustento durante estes anos. Acredito que devo desculpas pelos longos momentos furtados de sua convivência que o período exigiu. Vocês são a minha fortaleza, o meu amparo, os que indubitavelmente se alegram com as minhas vitórias, o meu maior tesouro.

Ao meu marido Bruno, companheiro e amigo de longas datas, dono de um coração admirável e de uma doçura única, meu grande incentivador. Como se não bastasse tudo o que já fez por mim, acompanhou-me em trabalhos de campo, compreendeu e colaborou incessantemente para que eu dispusesse dos necessários e difíceis momentos de concentração para elaboração deste trabalho, assumindo ainda a nossa casa (no sentido mais amplo que isso possa representar) como poucos fariam. Não tenho dúvidas de que foi Deus que me trouxe você, pois eu sozinha não saberia escolher tão bem.

Aos que compõem o Departamento de Ciências Geográficas, de funcionários a professores, cada um foi mais do que importante nesta jornada.

Em especial ao professor Jan Bitoun que me orienta desde a graduação, pela atenção dispensada, pelas conversas mais que esclarecedoras e pela paciência durante os anos que já se passaram. Orgulho-me ao dizer que o tenho como orientador.

Ao Anselmo César, amigo que a geografia da saúde me trouxe, pela parceria já há tanto tempo firmada, pelas considerações e sugestões sempre tão enriquecedoras e pelo cuidado de atender aos meus diversos pedidos de “socorro” ao longo desta jornada acadêmica. Sou uma grande admiradora de seu trabalho e competência.

À equipe que compõe o NUCEM (Núcleo de Pesquisas sobre Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança) em especial ao Professor Breno Fontes por ter me apresentado os caminhos de construção de uma pesquisa, ainda na graduação.

À FACEPE pelo financiamento dispensado à concretização desta tese, sendo indispensável para arcar com os custos envolvidos na realização do trabalho.

Às amigas de longas datas, Natália Micheli, Luciana Freitas e Herika Barbosa, presentes que recebi da Geografia, que foram indispensáveis nos momentos mais difíceis que atravessei e vivenciam comigo as alegrias e angústias trazidas no processo de construção de uma tese.

Ao amigo Bruno Renato, pela tão valorosa ajuda na revisão ortográfica da tese.

Ao Allison Oliveira, pelo apoio e disponibilidade em ajudar sempre que precisei, mas, sobretudo, pelas conversas e desabafos que compartilhamos ao vivenciar as árduas batalhas enfrentadas na finalização de um doutorado.

Aos alunos que já tive em minha trajetória como docente do ensino fundamental, médio e superior. Aos que se tornaram inclusive amigos, muito obrigada. Hoje posso verdadeiramente afirmar que a sala de aula foi a minha segunda universidade e não há recompensa maior do que encontrar ex-alunos se

destacando em graduações e pós-graduações. Sinto-me parte de cada sucesso e sei que muitos, mesmo à distância, torcem por mim.

À equipe que compõe a Diretoria de Educação à Distância do IFPE a qual tenho aprendido a admirar nestes momentos de convivência. Em especial à Diretora Fernanda Dornelas, pela confiança dispensada e por ter permitido meu temporário afastamento, tão essencial à finalização desta tese. Da mesma forma agradeço à Ana Flávia, Julyana e Girlan, companheiros na coordenação do Curso de Geografia da DEaD/IFPE, pela compreensão, ajuda e incentivo neste momento de ausência e principalmente por tornarem os meus dias mais leves com sua convivência.

Aos que compõem a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, por abrirem caminhos para que esta pesquisa fosse realizada. Na trajetória traçada dentro do processo de pesquisa, por vezes, esbarramos em dificuldades que parecem intransponíveis. Todavia, estes caminhos também nos apresentam pessoas dedicadas ao trabalho e dispostas a ajudar. Dr. Eugênio (Central de Regulação), Dr. Gustavo Godoy (Médico da Estratégia de Saúde da Família), Claudenilson Codeceira (Gerência de Atenção Básica) e Antônio Rodrigues (Central de Regulação), Fábio (Divisão de Informações Estratégicas) sem sua competência e disponibilidade este trabalho não poderia ser finalizado.

Ainda neste contexto, não posso deixar de citar os médicos, enfermeiros e, principalmente, Agentes Comunitários de Saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família da Cidade do Recife. Saliento a ação destes últimos pelo cuidado que tiveram comigo nas atividades de campo, sempre a me acompanhar nas incursões adentro da comunidade, pela atenção e cuidados empreendidos, mesmo diante da gama de atribuições que lhes são devidas.

Gratidão, não há sentimento melhor para descrever o que sinto neste momento, por tudo e por todos. Juntamente com uma alegre expectativa dos desafios que ainda serão apresentados e, certamente, com a ajuda do Deus que me susteve, vencerei um a um, com o mesmo esforço que mantive até aqui. Perguntaram-me recentemente, se este era meu último passo dentro da Universidade. E uma alegria tomou conta de mim. Senti verdadeiramente que este é apenas o começo!

“Hoje, na crise do projeto humano, sentimos a falta clamorosa de cuidado em toda parte. Suas ressonâncias negativas se mostram pela má qualidade de vida, pela penalização da maioria empobrecida da humanidade, pela degradação ecológica e pela exploração exacerbada da violência. Que o cuidado aflore em todos os âmbitos, que penetre na atmosfera humana e que prevaleça em todas as relações! O cuidado salvará a vida, fará justiça ao empobrecido e resgatará a Terra como pátria e mátria de todos”.

(Leonardo Boff)

BASTOS, P.F.: *Território e redes de atenção à saúde no Recife: relação entre a Atenção Básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS*. 2015. Tese (Doutorado em Geografia), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

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. A identificação do paciente a partir de uma base territorial trouxe consigo uma melhor compreensão a respeito das necessidades locais da população e o reflexo deste êxito é o crescente aumento do número de Equipes de Saúde da Família em todo o Brasil. 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 a operacionalização do território empreendida na saúde e 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. Para tanto, empreendeu-se um estudo de natureza qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas com as equipes de profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, bem como de cunho quantitativo por meio da análise de uma base de dados referentes à rede de encaminhamentos de pacientes na Cidade do Recife. A partir da apreciação dos dados foi possível observar que a saúde organiza suas ações em uma base territorial, mas utiliza apenas o critério político administrativo na elaboração dos recortes espaciais onde são desenvolvidas as ações de saúde. Este fato, por sua vez, limita a organização do processo de trabalho, restringindo a possibilidade de melhorias significativas nas ações. Além disto, há consideráveis barreiras na operacionalização da rede de atenção e restrições no fluxo de informações entre os níveis de atenção. Tal fato acaba por dificultar a adequação da rede hospitalar localizada no Recife às reais necessidades dos pacientes, dificultando a operacionalização da hierarquia da rede. Este aspecto fragiliza os mecanismos de referência e contra-referência que visam garantir uma assistência integral à população.

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

BASTOS, P.F.: *Territory and health care networks in Recife, PE, Brazil: relationships between primary care and services to more complex care of the Brazilian National Health System*. 2015. Thesis (Doctorate in Geography), Federal University of Pernambuco, Recife, 2015.

ABSTRACT

Countless were the difficulties faced by the Brazilian National Health System since its implementation. Moreover, the changes in the health care model was essential to a significant improvement in quality of care, and in this sense, the Family Health Strategy was essential. The patient's identification from a territorial base brought a better understanding of local population needs and reflect this success is the increasing number of Family Health Strategy throughout Brazil. However, the Family Health Strategy, by itself, is unable to respond effectively to all cases submitted to them, requiring the support of a network with different levels of complexity and with appropriate technology for each level. Given the facts set forth herein, it is intended to analyze the operation of the territory taken in health and the establishment of care networks through observation of the process of coordination between primary care and the more complex care services SUS in Health District IV of Recife. Therefore, undertook a study of qualitative, through semi-structured interviews with staff of professionals and users of the Brazilian National Health System, as well as quantitative nature through the analysis of a database covering the system of patient referrals in Recife. From the assessment of the data it was observed that the health organizes their actions on a territorial basis, but uses only the administrative political criterion in the development of spacial where health actions are developed. This, in turn, limits the organization of the work process, restricting the possibility of significant improvements in the actions. In addition, there are considerable barriers in the operation of the health care network and restrictions on the flow of information between levels of care. Moreover, there are considerable limitations in the operationalization of the care network and there are restrictions on the flow of information between levels of care. This aspect weakens the mechanisms for referral and counter-referral system designed to ensure the integral care of population through integration of surveillance actions with the planning of activities in health care units.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa da divisão territorial da Cidade do Recife.	33
Figura 2. Localização da área de estudo.....	40
Figura 3. Sociograma que estabelece os fluxos oriundos da Unidade da Saúde de Saúde da Família	46
Figura 4. Sociograma que expressa as redes de fluxos entre Unidades de Saúde da Família x Unidades Especializadas.....	48
Figura 5. Mapa da Rede Municipal de Unidades Básicas de Saúde – Recife...	102
Figura 6. Mapa de Cobertura da Estratégia de Saúde da Família em comparação com as áreas de ZEIS – Recife-2014.....	103
Figura 7. Coquis construídos pelas Equipes de Saúde da Família.	106
Figura 8. Antiga Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.	108
Figura 9. Atual Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.	108
Figura 10. Associação de Moradores e lateral da USF do Engenho do Meio. ...	109
Figura 11. Faixa de protesto no período da interdição da USF.	110
Figura 12. Protesto no período da interdição da USF.	110
Figura 13. Mapa da divisão das Micro-Áreas da USF do Engenho do Meio.	120
Figura 14. Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.	143
Figura 15. Modelo de Saúde do Recife.	147
Figura 16. Rede Assistencial Básica de Saúde. Recife, 2013.	152
Figura 17. Rede Especializada Própria de Saúde. Recife, 2013.	154
Figura 18. Fluxo de usuários na Unidade Básica de Saúde.	161
Figura 19. Fluxo do agendamento da consulta com especialista.	170

Figura 20. Mapa do fluxo de pacientes segundo origem-destino do Distrito Sanitário IV- Recife.	188
Figura 21. Mapa do Fluxo de encaminhamentos segundo origem-destino das unidades de saúde com maior percentual de solicitações no Distrito Sanitário IV.	190
Figura 22. Mapa dos fluxos de encaminhamentos segundo origem-destino - USF Vila União.	191
Figura 23. Fluxo de encaminhamentos segundo origem-destino/USF Professor Amaury de Medeiros.	196
Figura 24. Fluxo de encaminhamentos segundo origem-destino/USF Roda de Fogo/COSIROF.	197
Figura 25. Mapa de fluxo de encaminhamentos para oftalmologistas no Distrito Sanitário IV.	203
Figura 26. Fluxo de encaminhamentos segundo origem-destino/USF Engenho do Meio.	206
Figura 27. Área atendida pela Policlínica Lessa de Andrade no Distrito Sanitário IV.	209
Figura 28. Organização das ações na Policlínica Lessa de Andrade: do acesso à assistência especializada.	211

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Crescimento do Percentual de Cobertura e Número de Equipes do Saúde da Família no Brasil e no Recife, 1998-2014.	70
Tabela 2. Requisitos básicos ao exercício do trabalho dos ACSs.	73
Tabela 3. Avaliação de população adscrita na USF Engenho do Meio – Equipe I	114
Tabela 4. Avaliação de população adscrita na USF Engenho do Meio – Equipe II	114
Tabela 5. Grau de satisfação dos ACSs com o número de famílias a atender- Distrito Sanitário IV do Recife.....	116
Tabela 6. Grau de satisfação dos ACSs com as condições de trabalho. DS IV- Recife.	118
Tabela 7. Rede Própria de Saúde do Recife, 2013.....	148
Tabela 8. Hospitais Conveniados.	156
Tabela 9. Serviços de Diagnóstico Conveniados.....	156
Tabela 10. Serviços Especializados Conveniados.....	157
Tabela 11. Serviços de Reabilitação e Fisioterapia Conveniados.	158
Tabela 12. Monitoramento das cotas intermunicipais de Média Complexidade (2013).....	172
Tabela 13. Monitoramento das cotas intermunicipais de Média Complexidade por porcentagem mensal de uso (2013).....	176
Tabela 14. População residente por Distrito Sanitário. Recife, 2012.	181
Tabela 15. Comparação entre solicitação e execução de procedimentos por Distrito Sanitário. Recife-2013.....	184

Tabela 16. Procedimentos executados no Distrito Sanitário de origem do paciente. Recife- 2013.	185
Tabela 17. Procedimentos executados fora Distrito Sanitário de origem do paciente. Recife- 2013.	185
Tabela 18. Destino dos encaminhamentos solicitados na Unidade de Saúde da Família de Vila União.	192
Tabela 19. Procedimentos de uso mais frequente solicitados pela USF Vila União por Distrito Sanitário de destino.	194
Tabela 20. Destino dos encaminhamentos solicitados na Unidade de Saúde da Família Professor Amaury de Medeiros e USF Roda de Fogo/COSIROF.	195
Tabela 21. Procedimentos solicitados pela USF Professor Amaury de Medeiros por Distrito Sanitário de destino.	200
Tabela 22. Procedimentos solicitados pela USF Roda de Fogo/COSIROF por Distrito Sanitário de destino.....	200
Tabela 23. Unidades de destino de consultas em oftalmologia do Distrito Sanitário IV de acordo com a rede executante.....	201

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Total de Unidades solicitantes e executantes do Distrito Sanitário IV do Recife.	43
Quadro 2. Origem, destino e quantitativo de encaminhamentos.	45
Quadro 3. Matriz de existência de conexões/fluxos	46
Quadro 4. Matriz da quantidade de conexões/fluxos.....	
Quadro 5. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Entrevistados.	52
Quadro 6. O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde	60
Quadro 7. O Território na Estratégia de Saúde da Família.....	98
Quadro 8. Proposta de redefinição do processo de territorialização das microáreas e suas respectivas áreas de abrangências.....	122
Quadro 9. Agenda dos profissionais da Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.	165
Quadro 10. Unidades executantes dos procedimentos de uso mais frequente solicitados na Policlínica Lessa de Andrade- 2013.	216

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Percentual de cobertura populacional entre 1998 a 2014 – Brasil e Recife.	71
Gráfico 2. Evolução da composição da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, 2006 a 2013.	72

Gráfico 3. Tipo de Atenção Primária à Saúde e Mortalidade Prematura em 18 países da OCDE.	79
Gráfico 4. Classificação da execução de atendimentos de acordo com a esfera administrativa no Recife.	149
Gráfico 5. Classificação da execução de atendimentos de acordo com administrativa por Distrito Sanitário. Recife-2013.....	150
Gráfico 6. Distribuição dos encaminhamentos realizados por meses do ano. Recife- 2013.....	180
Gráfico 7. Solicitação de procedimentos por Distrito Sanitário. Recife-2013. ..	181
Gráfico 8. Execução de procedimentos por Distrito Sanitário. Recife-2013.	182
Gráfico 9. Procedimentos solicitados pela USF Vila União	193
Gráfico 10. Procedimentos de uso mais frequente solicitados pela USF Professor Amaury de Medeiros.	198
Gráfico 11. Procedimentos de uso mais frequente solicitados pela USF Roda de Fogo/COSIROF.....	199

LISTA DE SIGLAS

ACE – Agentes de Controle de Endemias
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIS - Ações Integradas de Saúde
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
CIS- Centro Integrado de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DGRS - Diretoria de Regulação do Sistema
DS IV - Distrito Sanitário IV
EqSF - Equipe de Saúde da Família
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia de Saúde da Família
GAB - Gerência de Atenção Básica
IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS- Norma Operacional da Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
NUCEM - Núcleo de Pesquisas sobre Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança
OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC - Programas de Extensão de Cobertura
PIB – Produto Interno Bruto
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAME – Serviço de Arquivo Médico
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SISREG III - Sistema Nacional de Regulação
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco
UPA - Unidades de Pronto-Atendimento
UPA E - Unidades Públicas de Atendimento Especializado
URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E DESCRIÇÃO DA PESQUISA	31
1.1. CAMINHOS TRAÇADOS	31
1.2 DESENHO DO ESTUDO E FONTES DE DADOS	32
1.3 COLETA E TRATAMENTO DE DADOS	41
1.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PESQUISADOS	48
1.4.1 <i>Crítérios de Inclusão e Exclusão</i>	51
1.4.2 <i>Riscos e benefícios aos pesquisados</i>	53
1.5 CAMINHOS E DESCAMINHOS NO PROCESSO DE PESQUISA NO CAMPO DA SAÚDE	54
2. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NOS DISTINTOS NÍVEIS ASSISTENCIAIS	58
2.1 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO E COMPONENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	59
2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DA REDE	68
2.3 ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS DEMAIS NÍVEIS ASSISTENCIAIS	77
2.4 REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	79
3. ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO DO CONCEITO DE TERRITÓRIO: PERSPECTIVA OPERACIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA..	85
3.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE TERRITÓRIO	85
3.2 AS IMPLICAÇÕES DO CONCEITO DE TERRITÓRIO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	92
3.3 TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A ESF COMO “ESTREITA” PORTA DE ENTRADA	96

3.3.1 Território na Estratégia de Saúde da Família: análise da Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.....	108
4. REDES: UM OLHAR SOBRE O ESPAÇO MÓVEL E INTEGRADO	126
4.1 O CONCEITO DE REDES	127
4.2 TERRITÓRIO E REDES	136
4.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	139
5. A GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO ESTABELECIDAS NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA.....	145
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DO RECIFE.....	146
5.2 FLUXO DE USUÁRIOS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE: DO ACOLHIMENTO AO ESPECIALISTA.....	159
5.2.1 Acolhimento.....	159
5.2.2 Gestão das cotas de acesso às especialidades.....	167
5.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DOS FLUXOS ESTABELECIDOS NA CIDADE DO RECIFE	178
5.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DOS FLUXOS ESTABELECIDOS NO DISTRITO SANITÁRIO IV DO RECIFE	186
CONSIDERAÇÕES FINAIS	219
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	229
ANEXOS	246
APÊNDICES	264

INTRODUÇÃO

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, 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).

Os princípios referidos acima são reproduzidos no território por meio das políticas de saúde. Tal fato evidencia a necessidade da investigação geográfica da aplicabilidade destes princípios para que haja uma maior eficácia na gestão territorial das políticas públicas no campo da saúde.

O que se observa de fato é que o Sistema Único de Saúde compreende o espaço geográfico a partir da noção de território e territorialidade, sendo considerado um espaço vivo, delimitado e ocupado por um grupo populacional com identidades em comum – social, cultural, entre outras. Esta delimitação está relacionada com a regionalização de áreas de abrangência das equipes de saúde, dos serviços e das ações sanitárias.

Esta forma de interpretar o território possibilitou alguns avanços para as políticas de saúde, contudo, também tem implicado em muitas dificuldades na incorporação da dinâmica territorial por parte destas políticas.

Diante dos fatos aqui apresentados, a pergunta central que rege o estudo é: como se desenvolvem, na Estratégia de Saúde da Família, a operacionalização do território de atuação e das redes de atenção à saúde e quais fatores interferem nas limitações ainda verificadas no fluxo de pacientes que acessam a rede? Através da identificação e análise das deficiências ainda existentes e de uma melhor compreensão destas questões, será possível estabelecer propostas de melhorias que venham a implicar em uma maior efetividade nas ações do campo das políticas públicas de saúde.

A hipótese que se pretende testar é que a saúde trabalha o território com áreas em diversas escalas, com centralidades hierarquizadas (fixos), contudo não consegue operacionalizar eficazmente a rede (fluxos). Tal fato se dá por problemas gerados nas áreas e centralidades, tais como excesso de demanda, e, sobretudo, pela falta de um sistema de comunicação fluindo em rede que assegure a eficácia dos mecanismos de referência e contra-referência¹.

Neste sentido, este trabalho tem por objetivo central analisar a operacionalização do território empreendida na saúde e 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.

Para tanto, foram estabelecidas algumas questões intermediárias que irão conduzir a análise feita ao longo deste trabalho. Partindo destas questões construíram-se algumas prováveis respostas (hipóteses intermediárias), testadas durante a pesquisa, que por sua vez irão reger os objetivos específicos aqui trabalhados, conforme descrito a seguir:

¹ A Saúde têm suas ações organizadas em três níveis assistenciais: primário, secundário e terciário. Quando o paciente é atendido no nível primário (Atenção Básica) e o quadro clínico apresenta uma complexidade que não pode ser respondida neste nível, o paciente é encaminhado (referência) para os demais níveis assistenciais (ambulatórios, clínicas especializadas ou hospital de alta complexidade). Depois de atendidas suas necessidades e com o quadro clínico estabilizado o paciente é reencaminhado (contra-referência) para a unidade assistencial de menor complexidade na intenção de continuidade do tratamento.

- As articulações entre os distintos níveis assistenciais e os mecanismos de referência e contra-referência têm ocorrido de modo a assegurar a integralidade das ações? Há uma desarticulação entre a atenção básica e os serviços especializados, o que acaba por dificultar a organização destes serviços de modo a possibilitar o acesso facilitado aos distintos níveis de atenção. O objetivo específico relacionado é de caracterizar forma pela qual se dá a comunicação e articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis assistenciais, avaliando como a referência e contra-referência se desenvolvem na prática dos serviços de saúde.
- Em que aspecto o trabalho em saúde é realizado no território e quais critérios são estabelecidos nas delimitações espaciais da Atenção Básica e demais níveis assistenciais? Na prática, o SUS utiliza apenas o critério político administrativo na elaboração dos recortes espaciais onde são desenvolvidas as ações de saúde, o que, por sua vez, limita a organização do processo de trabalho na Atenção Básica. Pretende-se por meio desta questão investigar a operacionalização do território atualmente implementada no campo da saúde, identificando os principais entraves existentes e propondo alternativas aos critérios utilizados.
- Em que medida o estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde pode influir em uma maior eficácia dos encaminhamentos de pacientes que necessitam do acesso aos distintos níveis de atenção? A definição de uma estratégia que facilite o fluxo de pacientes e o sistema de comunicação em rede possibilitará o funcionamento de modo mais integrado e inclusivo. Tem-se por objetivo averiguar e discutir como a implementação das Redes de Atenção à Saúde pode influir positivamente na fragmentação dos sistemas de atenção à saúde e de que forma o setor vem intervindo para uma possível otimização dos serviços.
- Como são operacionalizadas as redes assistenciais de atenção à saúde, tendo em vista os fluxos nelas estabelecidos? A hierarquia por nível de complexidade existe empiricamente, através do desenvolvimento de ações dentro das fronteiras da tecnologia e limite de recursos de produção. Todavia, isto ocorre sem uma efetiva gestão territorial, com limitada coordenação do

Estado e, em sua maior parte, por meio de mecanismos informais que dificultam o acesso aos distintos níveis. Objetivou-se, deste modo, empreender uma análise da espacialização das redes de serviços de saúde no contexto do Distrito Sanitário IV do Recife, por meio da identificação dos padrões de deslocamento dos pacientes encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família.

Estudos sobre as redes estabelecidas no âmbito da saúde podem auxiliar a identificação de fatores que impactam diretamente no fluxo da demanda para os demais níveis assistenciais, gerando assim subsídios para o planejamento de ações que favoreçam a construção da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

A identificação e análise dos critérios e instrumentos empregados para definição dos recortes territoriais utilizados na saúde possibilita ainda o estabelecimento de uma ação eficaz sobre os problemas averiguados, bem como o desenvolvimento de condições para um sistema equitativo em saúde.

A relevância desta discussão se dá na possibilidade de desenhar uma hipótese de programa de melhoria da qualidade destes serviços a partir da identificação de prioridades para a gestão pública comprometida com a promoção da equidade em saúde.

Diante dos questionamentos aqui expostos e no intuito de alcançar os objetivos e testar as hipóteses formuladas, empreendeu-se inicialmente uma análise documental e revisão bibliográfica, para maior embasamento das questões formuladas. Posteriormente, deu-se início aos procedimentos para a realização da pesquisa, por meio de um levantamento de natureza qualitativa e quantitativa.

A obtenção dos dados qualitativos foi baseada na realização de entrevistas semiestruturadas com gestores, médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e usuários da Estratégia de Saúde da Família, no intuito de captar suas práticas e considerações a respeito da temática abordada neste trabalho (Apêndice 1, 2 e 3).

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.

Desta forma, após a organização dos elementos teóricos e resultados obtidos, estruturou-se o trabalho em cinco capítulos. No primeiro propôs-se uma caracterização do estudo a partir da identificação das técnicas utilizadas na fase da coleta de dados, bem como a justificativa para eleição da área de estudo e atores entrevistados. A intenção da formulação deste capítulo inicial foi de situar o leitor a respeito dos procedimentos executados e trazer informações importantes aos pesquisadores que pretendam realizar estudos no campo da saúde.

Já o segundo capítulo teve por intento trazer uma breve evolução histórica do Sistema Público de Saúde, expondo, inclusive, como o mesmo está estruturado no que diz respeito aos distintos níveis de Atenção à Saúde. Por se tratar, sobretudo, de um estudo Geográfico, este capítulo foi eleito para introduzir questões vinculadas à saúde pública, para assim prosseguir a análise desta por meio de conceitos fundamentalmente ligados à Geografia.

A seguir, o terceiro capítulo trabalha o conceito de território, caracterizando-o sob a ótica dos serviços de saúde. Empreende-se também uma análise dos instrumentos e critérios estabelecidos para a delimitação dos recortes espaciais da Estratégia de Saúde da Família. Acredita-se, neste estudo, que a identificação mais ampla dos territórios de atuação, e toda a complexidade neles envolvida, é indispensável para que haja modificações na forma como as políticas públicas estão sendo efetivamente utilizadas.

O quarto capítulo trata do conceito de redes, traçando um paralelo entre redes e território e sua aplicabilidade na saúde pública por meio da compreensão do funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. A análise empreendida neste capítulo terá a função de um embasamento teórico que fundamentará o quinto e último capítulo, onde será investigado o estabelecimento das redes de encaminhamento de pacientes na cidade do Recife e particularmente no Distrito Sanitário IV. A partir da identificação destas redes, e após a espacialização das mesmas, será possível verificar para onde convergem os fluxos de pacientes e quais são os pontos que estes têm acesso limitado. Assim, será possível

estabelecer propostas que subsidiem o planejamento que preconize a minimização dos entraves até então existentes.

1.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E DESCRIÇÃO DA PESQUISA

1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E DESCRIÇÃO DA PESQUISA

“Escrever é fácil. Você começa com uma letra maiúscula e termina com um ponto final. No meio você coloca ideias”.

Pablo Neruda

Antes de iniciar de fato o debate acerca das questões investigadas neste estudo, cabe inicialmente realizar um norteamento a respeito dos desígnios e métodos eleitos. Esta exposição inicial tem por intuito situar o leitor a respeito da temática que aqui será trabalhada e quais foram os caminhos traçados para que o processo de investigação fosse eficazmente estabelecido. Este é justamente o capítulo que esclarece as etapas seguidas na estruturação das ideias e reflexões descritas neste trabalho.

1.1. CAMINHOS TRAÇADOS

Esta pesquisa é fruto de reflexões anteriores advindas da participação da pesquisadora em duas pesquisas intituladas “Redes e práticas de sociabilidade: as associações voluntárias e a construção de seus modos organizativos” e “Redes Sociais e Saúde”. Ambas realizadas pelo Núcleo de Pesquisas sobre Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança (NUCEM) do departamento de Pós-Graduação em Sociologia e tinham como o objeto de sua análise a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Esta experiência se constituiu, inclusive, em uma primeira aproximação das discussões realizadas no campo da geografia da saúde e possibilitou um aprofundamento no conhecimento de políticas públicas de saúde, bem como o recolhimento de uma gama de materiais tanto na pesquisa de gabinete, quanto na pesquisa de campo.

A partir da obtenção da base de dados levantada nos trabalhos de campo destas pesquisas e de observações realizadas, surgiram reflexões que culminaram na realização do trabalho de conclusão de curso e posterior direcionamento para o mestrado.

Até então, as ponderações realizadas nestes trabalhos anteriores tinham como foco a “porta de entrada” da rede, o Programa de Saúde da Família (PSF), aqui denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), nomenclatura adotada a partir de 2006 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 648/06, no intuito de fortalecer a ideia de eixo estruturante da Atenção Básica, não sendo apenas mais um programa como os outros propostos.

Todas estas experiências anteriores demonstraram, logicamente, as limitações vivenciadas na Atenção Básica, mas, sobretudo, os avanços advindos da implantação deste modelo assistencial.

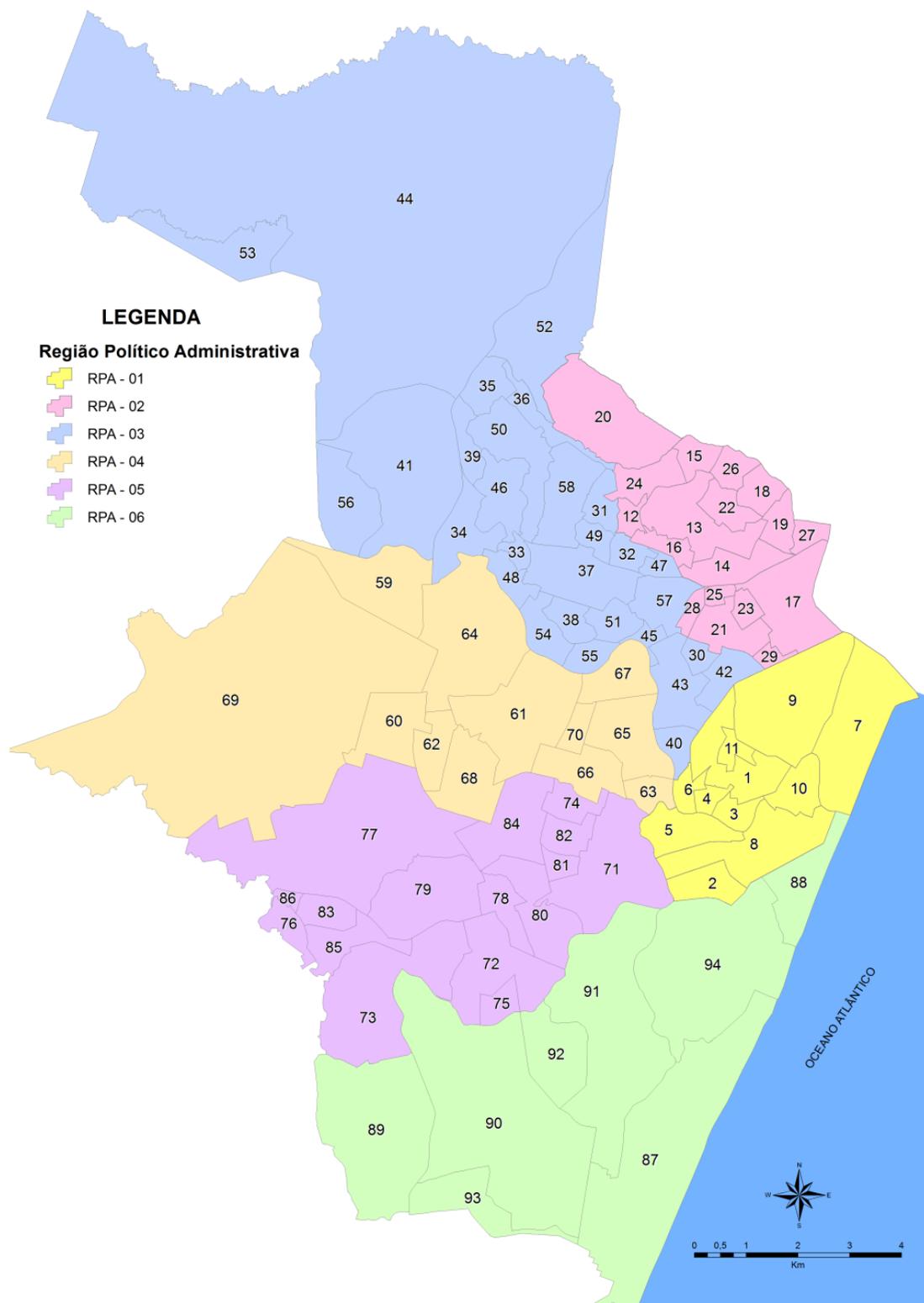
No entanto, já no momento do trabalho de campo realizado para o mestrado, observou-se o grande obstáculo existente quando o paciente, usuário da ESF, precisa acessar os demais níveis assistenciais. Tal indicação foi repetidamente apontada por usuários e profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, ressaltando então a necessidade de, por meio de uma análise geográfica, trabalhar esta temática que aqui será investigada.

1.2 DESENHO DO ESTUDO E FONTES DE DADOS

O lócus da análise desta pesquisa é o Distrito Sanitário IV (DS IV) do Recife, cidade onde o planejamento e gestão da saúde são realizados tomando por base seis Distritos Sanitários, conforme demonstra a Figura 1.

A análise do Distrito Sanitário é um ponto de partida para uma visão inicial das dinâmicas territoriais por parte das equipes de cada Unidade de Saúde da Família. O Distrito Sanitário IV, analisado neste estudo, foi implantado em julho de 1995, tendo o seu modelo de saúde organizado de acordo com os moldes estabelecidos pelo município.

Figura 1. Mapa da divisão territorial da Cidade do Recife.



COD	DS	NOME BAIRRO
1	DS - I	Boa Vista
2	DS - I	Cabanga
3	DS - I	Coelhos
4	DS - I	Ilha do Leite
5	DS - I	Ilha Joana Bezerra
6	DS - I	Paissandu
7	DS - I	Recife
8	DS - I	São José
9	DS - I	Santo Amaro
10	DS - I	Santo Antônio
11	DS - I	Soledade

COD	DS	NOME BAIRRO
12	DS - II	Alto Santa Terezinha
13	DS - II	Água Fria
14	DS - II	Arruda
15	DS - II	Beberibe
16	DS - II	Bomba do Hemetério
17	DS - II	Campo Grande
18	DS - II	Cajueiro
19	DS - II	Campina do Barreto
20	DS - II	Dois Unidos
21	DS - II	Encruzilhada
22	DS - II	Fundão
23	DS - II	Hipódromo
24	DS - II	Linha do Tiro
25	DS - II	Ponto de Parada
26	DS - II	Porto da Madeira
27	DS - II	Peixinhos
28	DS - II	Rosarinho
29	DS - II	Torreão

COD	DS	NOME BAIRRO
30	DS - III	Aflitos
31	DS - III	Alto José Bonifácio
32	DS - III	Alto José do Pinho
33	DS - III	Alto do Mandu
34	DS - III	Apipucos
35	DS - III	Brejo da Guabiraba
36	DS - III	Brejo de Beberibe
37	DS - III	Casa Amarela
38	DS - III	Casa Forte
39	DS - III	Córrego do Jenipapo
40	DS - III	Derby
41	DS - III	Dois Irmãos
42	DS - III	Espinheiro
43	DS - III	Graças
44	DS - III	Guabiraba
45	DS - III	Jaqueira
46	DS - III	Macaxeira
47	DS - III	Mangabeira
48	DS - III	Monteiro
49	DS - III	Morro da Conceição
50	DS - III	Nova Descoberta
51	DS - III	Parnamirim
52	DS - III	Passarinho
53	DS - III	Pau Ferro
54	DS - III	Poço
55	DS - III	Santana
56	DS - III	Sítio dos Pintos
57	DS - III	Tamarineira
58	DS - III	Vasco da Gama

COD	DS	NOME BAIRRO
59	DS - IV	Caxangá
60	DS - IV	Cidade Universitária
61	DS - IV	Cordeiro
62	DS - IV	Engenho do Meio
63	DS - IV	Ilha do Retiro
64	DS - IV	Iputinga
65	DS - IV	Madalena
66	DS - IV	Prado
67	DS - IV	Torre
68	DS - IV	Torrões
69	DS - IV	Várzea
70	DS - IV	Zumbi

COD	DS	NOME BAIRRO
71	DS - V	Afogados
72	DS - V	Areias
73	DS - V	Barro
74	DS - V	Bongi
75	DS - V	Caçote
76	DS - V	Coqueiral
77	DS - V	Curado
78	DS - V	Estância
79	DS - V	Jardim São Paulo
80	DS - V	Jiquiá
81	DS - V	Mangueira
82	DS - V	Mustardinha
83	DS - V	Sancho
84	DS - V	San Martin
85	DS - V	Tejipió
86	DS - V	Totó

COD	DS	NOME BAIRRO
87	DS - VI	Boa Viagem
88	DS - VI	Brasília Teimosa
89	DS - VI	Cohab
90	DS - VI	Ibura
91	DS - VI	Imbiribeira
92	DS - VI	Ipsep
93	DS - VI	Jordão
94	DS - VI	Pina

Fonte: Gerência Geral de Planejamento e Orçamento – Sesau / Recife, 2014.

O Distrito IV apresenta a maior parte do seu território, 41,94 Km², localizada na planície recifense, com exceção das áreas de maior declive situadas no extremo oeste do bairro da Várzea. Engloba 12 bairros, sendo eles: Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea, onde residem 290.695 habitantes (CENSO, 2010).

A escolha do Distrito Sanitário IV se deu inicialmente pela gama de material de pesquisa já levantados pela autora, mas, sobretudo pela peculiar distribuição dos serviços de saúde nesta localidade: possui apenas uma unidade de saúde municipal de referência, a Policlínica Lessa de Andrade. E no que diz respeito ao atendimento de média à alta complexidade, o Distrito ainda dispõe de três unidades: um hospital de gestão Federal, o Hospital das Clínicas; o Getúlio Vargas, Estadual; e o Hospital Barão de Lucena, de gestão Estadual, sendo que este último passa por um processo de municipalização ainda não concretizado. Esta diversa distribuição de serviços permite uma melhor análise dos avanços e impasses do sistema de referência e contra-referência neste Distrito.

Nesta pesquisa foram empreendidos processos de investigação e exposição. Para subsidiar as reflexões, na fase da investigação, onde se recolheram os dados para estudo, foi inicialmente realizado um levantamento bibliográfico com intuito de empreender um maior aprofundamento do tema estudado e aprofundamento do referencial teórico.

Após isto, deu-se início a uma pesquisa documental na intenção de obter informações e registros sobre a Estratégia de Saúde da Família e dados referentes à área de estudo para a realização de uma posterior caracterização desta. A pesquisa documental também subsidiou o aprofundamento das informações referentes ao encaminhamento de pacientes.

A etapa da exposição foi ordenada de forma coerente e lógica a apreensão que se fez da realidade. Trata-se de um estudo exploratório que visa avaliar, por meio da visão dos usuários e profissionais envolvidos, e à luz dos documentos normativos oficiais, o processo de encaminhamento destes pacientes quando necessitam de serviços mais especializados.

O método, como sugere Gadotti (2004, p.112), “proporciona apenas um guia, um quadro geral, uma orientação para o conhecimento de cada realidade. Em cada realidade, precisamos apreender suas contradições peculiares, e seu movimento”.

Nas palavras de Richardson (2009, p. 29) “(...) método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos”. Sendo assim, buscando responder aos objetivos formulados, as

estratégias adotadas para a realização deste estudo se deram pela natureza do problema analisado.

A base de dados levantada nos trabalhos de campo das pesquisas nas quais a autora teve participação foi também aqui utilizada. Contudo, pela necessidade de atualizar, complementar e focar apenas no que seria de interesse para a concretização desta tese, delimitou-se um estudo de natureza qualitativa e quantitativa.

A pesquisa quantitativa é caracterizada pelo uso da quantificação na coleta e no tratamento dos dados, empregando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem prováveis distorções de análise e interpretação, permitindo uma margem de segurança mais significativa (DIEHL, 2004). Neste tipo de análise pretende-se trazer à tona tendências e indicadores que serão aprofundados na análise qualitativa.

Na idealização deste tipo de estudo, a primeira etapa a ser seguida tem o intuito de identificar as variáveis específicas que possam ser importantes, para assim poder elucidar as complexas propriedades de um problema (RICHARDSON, 2009).

Já a pesquisa qualitativa delinea a complexidade de determinado problema, sendo imprescindível compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, colaborar no processo de mudança, permitindo o entendimento das mais distintas peculiaridades dos indivíduos (DIEHL, 2004).

Neste tipo de pesquisa há o interesse na interpretação que os próprios participantes têm da situação estudada. Há flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa e preocupação com o contexto no qual ela se dá (CASSEL, SYMON, 1994).

O ponto de vista qualitativo tenta conceber todas as fases da investigação e da análise como participantes do processo social avaliado e como sua consciência crítica possível. Portanto, pondera os instrumentos, os dados e a análise numa relação interior com o pesquisador, e as contradições como a própria essência dos problemas reais (MINAYO, 2007).

Tendo em vista a tentativa de avaliar a complexidade dos fenômenos e processos que ocorrem na temática estudada, adotou-se a estratégia de optar por

ambas por acreditar nas limitações e potencialidades das duas abordagens que, no caso desta pesquisa, isoladamente seriam insuficientes para abarcar toda a realidade observada, pois, assim como afirma Dias Sobrinho (1995), o quantitativo e o qualitativo se interpretam.

Neste sentido, Minayo (2007) afirma que as duas metodologias são compatíveis, podendo ser integradas num mesmo projeto. Para a autora, uma pesquisa quantitativa pode conduzir o investigador à eleição de um problema particular a ser avaliado, em toda sua complexidade, por meio de métodos e técnicas qualitativas e vice-versa.

A este respeito, Santos Filho e Gamboa (1995, p.52) afirmam que: “torna-se necessário não só rechaçar os falsos antagonismos e posições entre os dois paradigmas, mas especialmente buscar sua articulação e complementação a fim de superar as limitações dos métodos quantitativos e qualitativos”.

Ainda para estes autores (1995, p.105): “as duas visões não se opõem, mas se inter-relacionam como duas faces do real num movimento cumulativo, transformador, de tal maneira que não podemos concebê-las uma sem a outra, nem uma separada da outra”.

Duffy (1987, p.131) ressalta ainda os benefícios decorrentes do emprego conjunto dos métodos quantitativos e qualitativos. Entre eles estão: controle dos vieses, compreendendo a perspectiva dos agentes envolvidos; identificação de variáveis específicas com uma visão global do fenômeno; enriquecimento de constatações alcançadas sob condições controladas com dados obtidos dentro do contexto natural de sua ocorrência; análise de um conjunto de causas e fatos atrelados ao emprego de uma metodologia quantitativa com uma visão da natureza dinâmica da realidade; reafirmação da validade e confiabilidade das descobertas pelo emprego de técnicas diferenciadas. É justamente no intuito de alcançar tais benefícios que a presente pesquisa se baseia em ambas as abordagens.

Desta forma, a coleta de dados na análise quantitativa está dividida em dois momentos: o primeiro já realizado anteriormente, por meio da participação da autora nas pesquisas citadas no início deste capítulo. Neste primeiro levantamento foram investigadas 16 Unidades de Saúde da Família do Distrito

Sanitário IV do Recife, onde foram aplicados questionários com 152 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 327 questionários com famílias atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. Além disto, foram realizadas 17 entrevistas com as 24 equipes de Saúde da Família do citado Distrito Sanitário, juntamente com outras 25 entrevistas aplicadas com usuários da ESF.

A segunda etapa, realizada especificamente para este trabalho, foi baseada no levantamento e análise do encaminhamento dos pacientes cadastrados em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV, como procedimento quantitativo de resultados. Esta fase permitiu elaborar as redes constituídas pelos usuários do sistema nos distintos níveis de complexidade, partindo da Atenção Básica.

Inicialmente pensou-se em realizar esta análise por meio dos prontuários dos pacientes, todavia, nem todas as informações de encaminhamento estão presentes neste documento e, desta forma, optou-se por utilizar os registros de encaminhamentos que atualmente estão informatizados, sendo disponibilizados pela Central de Regulação da Prefeitura do Recife.

No intuito de mapear e analisar estas redes e fluxos foram utilizadas as informações de encaminhamento de usuários da Estratégia de Saúde da Família do Recife e para quais estabelecimentos de saúde estes pacientes acessam quando necessitam de cuidados de saúde mais especializados.

Havia também a pretensão de averiguar a questão do tempo de encaminhamento, por meio das informações referentes à data de atendimento na Unidade de Saúde e data de atendimento no serviço de saúde especializado. Esta informação não foi disponibilizada pela Central de Regulação, contudo, por meio das entrevistas, foi possível realizar uma aproximação do quadro atualmente apresentado.

Para estes dados advindos da Central de Regulação, foram incluídos os pacientes residentes na área de adscrição das Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV e que foram encaminhados por meio das Unidades de Saúde da Família (USF). Analisaram-se as informações dos pacientes encaminhados no período de um ano, mas especificamente o ano de 2013. A partir disto, foi então possível realizar a espacialização destas redes.

Os dados quantificáveis referentes ao encaminhamento de pacientes foram lançados em uma matriz do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos com frequências absolutas e relativas. Pelo fato de ser observado o universo dos pacientes encaminhados em um ano, não foi realizada amostragem, dispensando, assim, os testes de significância estatística.

Para a análise qualitativa, objetivando testar algumas hipóteses e explicar os mecanismos e trajetórias da temática abordada na pesquisa, foram realizadas outras 30 entrevistas semiestruturadas. Para Minayo (2007), a entrevista privilegia o alcance de informações por meio da fala individual, a qual manifesta condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e comunica, através de um porta-voz, representações de um determinado grupo.

De acordo com Zaia Brandão (2000, p.8), a realização de entrevistas exige uma atenção permanente do pesquisador aos seus objetivos, “obrigando-o a colocar-se intensamente à escuta do que é dito, a refletir sobre a forma e conteúdo da fala do entrevistado”.

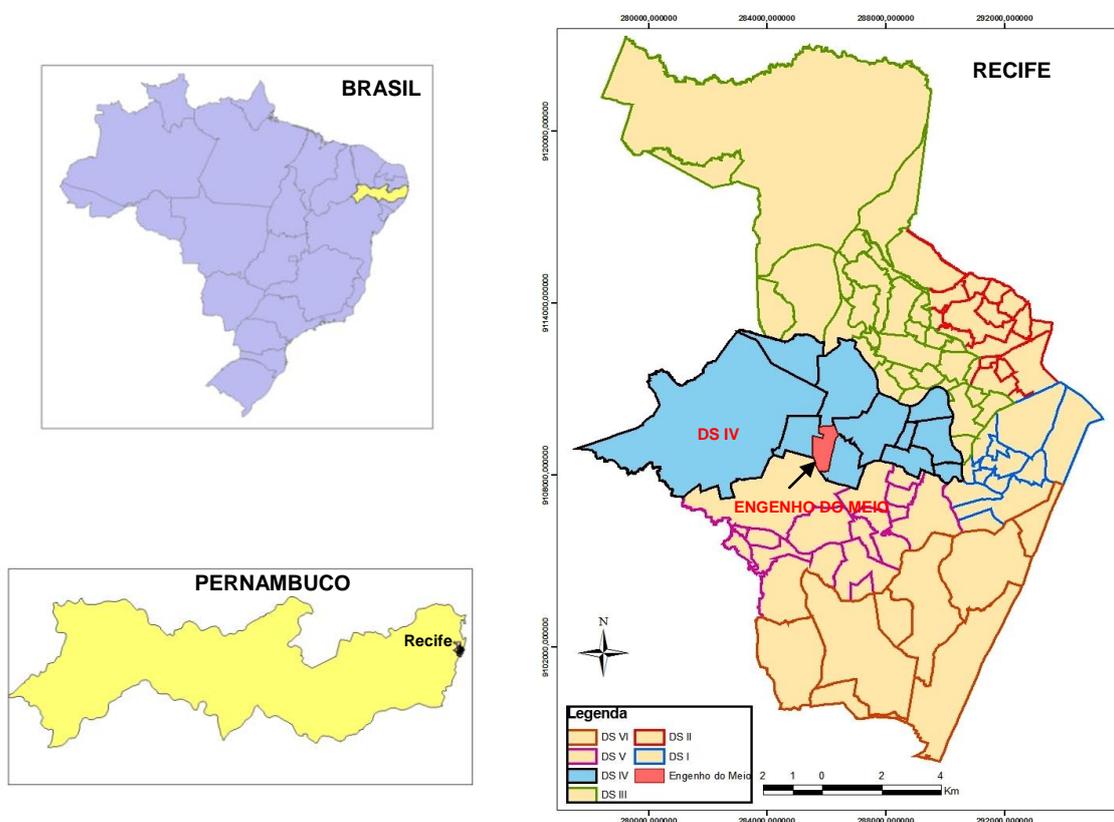
A finalidade da entrevista é fazer com que o entrevistador se coloque dentro da perspectiva do entrevistado (PATTON, 1990). Ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, possibilitando correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas, fatores dificilmente alcançados em outras técnicas.

Enquanto outros instrumentos têm seu destino selado no momento em que saem das mãos do pesquisador que os elaborou, a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado (LÜDKE, ANDRÉ, 1986).

No que diz respeito à escolha da USF para esta análise complementar, foi eleita a USF do Engenho do Meio. Tal seleção se deu por sua proximidade geográfica em relação aos serviços de referência e por ter sido uma das USFs onde foram relatadas, com maior frequência nas pesquisas anteriores, as dificuldades relacionadas ao processo de encaminhamento de pacientes, mesmo tendo, como já referido, uma localização privilegiada. Além disto, esta é considerada uma Unidade de Saúde modelo no Distrito, recebendo inclusive diversos residentes e pesquisadores da área.

Além desta localidade, o estudo também será baseado, assim como já informado, em outras escalas de análise (Recife e Distrito Sanitário IV), visto que no âmbito da saúde é indispensável investigar um contexto mais amplo. A Figura 2 apresenta a os recortes territoriais eleitos para este estudo e sua localização no território brasileiro e pernambucano.

Figura 2. Localização da área de estudo.



Fonte: Base cartográfica IBGE/ Base da Prefeitura do Recife. Elaboração: a autora.

Ao final deste estudo, pretende-se, conforme afirma Minayo (2007, p. 234):

Partir do caos aparente das informações recolhidas no campo e fazer delas ao mesmo tempo uma revelação de sua especificidade de concepção e de participação nas concepções dominantes, e, mais que isso, de expressão da visão social de mundo do segmento, em relação à sociedade dominante.

1.3 COLETA E TRATAMENTO DE DADOS

A distribuição, no espaço geográfico, dos serviços de saúde e sua clientela é um ponto essencial para o planejamento e avaliação do setor saúde. Por meio do mapa de fluxos é possível identificar as ligações constituídas pelo estabelecimento de um serviço em determinados pontos do território, apontando assim as áreas de atração. Esse tipo de análise é imprescindível na verificação dos polos de atração, na regionalização do atendimento, na identificação das distâncias percorridas pela população que necessita de assistência, e dos volumes que compõem este deslocamento. A análise dos padrões de deslocamento evidencia as dificuldades de acesso, expondo áreas com insuficiência de opções, identificando pontos de estrangulamento e alternativas de desconcentração.

O mapeamento e identificação dos fluxos como setas de largura proporcional ao volume de deslocamentos, apesar de tradicionais, ainda são escassamente empregados na área da saúde, em decorrência de dificuldades operacionais que só recentemente foram superadas com a introdução do método de visualização dos dados dos Sistemas de Informações de Saúde (SIS).

Os elementos necessários para realizar esse tipo de apreciação são os que registram a origem e destino dos fluxos, ou seja, o local de residência e de atendimento dos pacientes. Para o estudo empreendido nesta tese, não será considerado o local de residência dos pacientes pelo fato destes dados não terem sido disponibilizados. No entanto, como a análise é baseada em uma população residente na área adscrita de Unidades de Saúde da Família, por convenção

estas unidades serão consideradas o ponto de origem dos fluxos e as unidades de referência para as quais estes pacientes são encaminhados serão o destino.

Os fluxos são parte integrante e relevante da dinâmica que compõe e (re)produz o espaço. Não é por menos que, ciente da relevância de se compreender o papel dos fluxos nas dinâmicas espaciais, Santos (1985) se propôs a conceituar o espaço geográfico como um somatório indissociável de fixos e fluxos, argumentando que

Os elementos fixos, fixados em cada lugar, permitem ações que modificam o próprio lugar, fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais e as condições sociais, e redefinem cada lugar. Os fluxos são um resultado direto ou indireto das ações e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também, se modificam (SANTOS, 1985, p. 53).

Esta concepção do autor traz consigo a reflexão de que o entendimento das dinâmicas que envolvem a construção e o direcionamento dos fluxos podem relevar, entre outras particularidades, questões e condições sociais. Com a saúde não é diferente. A compreensão destes elementos relevam as já mencionadas “multiplicidades geográficas” evidenciadas por Massey (2008) em seu livro “Pelo Espaço”, tais como: disparidades, conflitos, contradições, coesões, sentidos, segregações, equívocos... que envolvem os diversos agentes que fazem parte de todo o sistema social que compõe a saúde.

Nesta compreensão, 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 vislumbrassem a dinâmica que envolve o atendimento e caminhos que percorrem os pacientes atendidos no Distrito Sanitário IV do Recife.

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 destes fluxos revela como a rede

têm se organizado para receber o crescente quantitativo populacional advindo da Atenção Básica.

Os procedimentos metodológicos desta etapa da pesquisa e o tratamento dos dados seguiram as etapas que serão descritas a seguir. Primeira etapa no processo de aquisição de dados sobre os fluxos oriundos de encaminhamentos de atendimentos especializados em face dos direcionamentos proporcionados pelas USFs: a) 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 (Quadro 1); b) 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 (Anexo 1).

Quadro 1. Total de Unidades solicitantes e executantes do Distrito Sanitário IV do Recife.

UNIDADES EXECUTANTES		UNIDADES SOLICITANTES	
1	CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	1	US 184 PSF VILA UNIAO
2	CENTRO DE REABILITACAO MOTORA DO RECIFE	2	US 224 PSF CARANGUEIJO
3	CLINICA DE FISIOTERAPIA DO RECIFE	3	US 225 PSF SKYLAB II
4	CLINICA LUIZ BORGES	4	US 233 PSF VIETNA
5	CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	5	US 234 PSF RODA DE FOGO COSIROF
6	CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	6	US 235 PSF RODA DE FOGO SINOS
7	CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	7	US 236 PSF RODA DE FOGO MACAE
8	CLINICA RADIOLOGICA SANTO ANTONIO	8	US 237 PSF SITIO DAS PALMEIRAS
9	CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	9	US 247 PSF ROSA SELVAGEM
10	CLINOPE	10	US 248 PSF BARREIRAS
11	FUNDACAO SANTA LUZIA	11	US 252 PSF ENGENHO DO MEIO
12	HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	12	US 254 PSF BRASILIT
13	HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	13	US 255 PSF CAMPO DO BANCO
14	HOSPITAL SANTO AMARO	14	US 280 PSF SITIO CARDOSO
15	HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	15	US 295 PSF COSME E DAMIAO
16	IMIP HOSPITALAR	16	US 307 PSF EMOCY KRAUSE
17	INSTITUTO DE RADIUM E RADIOLOGIA	17	US 331 PSF PROF AMAURY DE MEDEIROS

18	IRI	18	US 337 PSF SITIO WANDERLEY
19	OFTALMO	19	US 349 PSF CASARAO DO CORDEIRO
20	PCO	20	US 378 PSF JARDIM TERESOPOLIS
21	QUALIMAGEM		
22	RC DIAGNOSTICOS		
23	REDE VISAO OFTALMOLOGIA		
24	SALOMAO SALES COUTO		
25	SEOPE		
26	US 104 CS SEBASTIAO IVO RABELO		
27	US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE		
28	US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES		
29	US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS		
30	US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN		
31	US 166 POLICLINICA CENTRO		
32	US 169 POLICLINICA AMAURY COUTINHO		
33	US 217 CENTRO MEDICO SEN JOSE ERMIRIO DE MORAES		
34	US 223 CENTRO DE REABILIT FISIO ANTONIO NOGUEIRA DE AMORIM		
35	US 293 POLICLINICA DO PINA		
36	US 321 CENTRAL DE ALERGOLOGIA		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife, 2013. Elaboração própria.

O recorte temporal para estes encaminhamentos foi o ano de 2013. Esta periodicidade foi eleita justamente por se tratar de um momento de transição nos critérios utilizados para a gestão das cotas. Até meados de 2013, as cotas por especialidade eram mensalmente disponibilizadas às Unidades de Saúde e, caso não fossem utilizadas, não havia uma relocação das mesmas. Este modelo acarretava o não aproveitamento de vagas em uma especialidade, mesmo diante da escassez desta mesma especialidade para outra Unidade. A partir deste citado ano, a Central de Regulação do Recife, passou a disponibilizar uma cota geral por especialidade, tendo prioridade as marcações de consultas realizadas com maior antecipação.

As coletas de informações junto à Secretaria Municipal de Saúde e Central de Regulação do Recife proporcionaram: a) a quantidade de Unidades de Saúde de Família existentes na cidade do Recife e as coordenadas geográficas de cada uma destas. As coordenadas além de proporcionarem mecanismos para

a criação dos mapas temáticos possibilitam a visualização do ponto de vista territorial da localização x atendimentos x demandas; b) A quantidade de Unidades especializadas e as coordenadas geográficas de cada uma delas; e c) o total de encaminhamentos de cada Unidade de Saúde da Família para cada Unidade especializada.

Posteriormente, os dados coletados foram utilizados na construção de redes sociotécnicas que evidenciassem os fluxos e conexões das pessoas. De qual Unidade de Saúde e para qual Unidade especializada os pacientes foram encaminhados, como é expresso no Quadro 2.

Quadro 2. Origem, destino e quantitativo de encaminhamentos.

Origem	Destino	Total de Encaminhamentos
USF I	UE B	X
USF II	UE C	Y
USF III	UE A	Z
USF IV	UE D	W

Fonte: Elaboração própria

O esquema do quadro exposto aponta de onde (Unidade de Saúde da Família – USF) o paciente saiu e para onde ele fora enviado (Unidade Especializada – UE), neste caso, X, Y, Z, W representam os valores com o quantitativo dos encaminhamentos realizados no ano de 2013.

A construção das redes que expressam os fluxos dos pacientes é dada por meio da elaboração de um segundo quadro relacional que pode ser dividido em dois sub quadros relacionais: a) o primeiro deles exprime simplesmente se há ou não conexão², neste caso o número “1” é atribuído quando existe conexão e o “0” é atribuído quando não há; e b) a quantidade de conexões/fluxos existentes, neste caso a variável é o número de atendimento de pacientes encaminhados. Essa lógica pode ser expressa pelo Quadro 3.

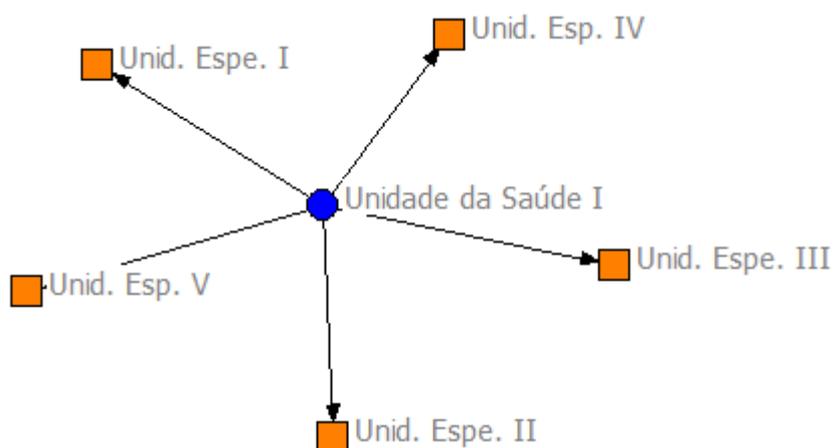
² As conexões aqui expressas se referem aos encaminhamentos.

Quadro 3. Matriz de existência de conexões/fluxos

	Uni. Esp. I	Uni. Esp. II	Uni. Esp. III	Uni. Esp. IV	Uni. Esp. V
USF I	1	1	1	1	0
USF II	1	1	0	0	1
USF III	0	0	1	1	1
USF IV	1	1	1	0	0
USF V	0	1	0	1	0

Fonte: Elaboração própria

A matriz exposta é a base para que os dados sejam transformados no mapeamento dos fluxos, nela são relevados os casos em que uma Unidade de Saúde da Família encaminha para uma Unidade Especializada. Estas tabulações foram posteriormente plotadas para o UCINET 6.109 e, conseqüentemente, o mapeamento dos grafos com o auxílio do NETDRAW 2.28, que geram o exemplo de sociograma expresso na Figura 3.

Figura 3. Sociograma que estabelece os fluxos oriundos da Unidade da Saúde de Saúde da Família

Fonte: Elaboração própria

O sociograma apresentado demonstra um exemplo hipotético de como os fluxos são plotados a partir da construção das matrizes da Unidade de Saúde I.

Nele são apresentadas as conexões estabelecidas da Unidade da Saúde para os centros especializados. Para a segunda etapa, em que é relevante a quantidade de encaminhamentos, é construída a seguinte matriz expressa no Quadro 4.

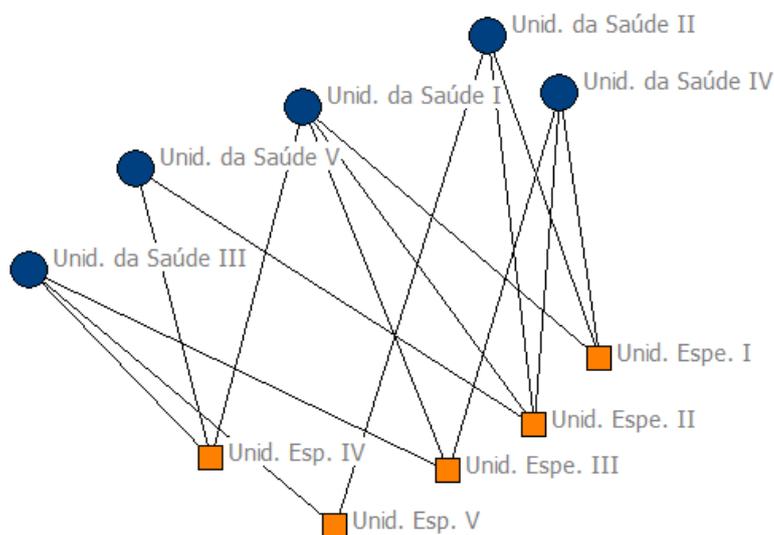
Quadro 4. Matriz da quantidade de conexões/fluxos.

	Uni. Esp. I	Uni. Esp. II	Uni. Esp. III	Uni. Esp. IV	Uni. Esp. V
USF I	127	23	56	72	0
USF II	35	67	32	87	9
USF III	0	0	89	76	34
USF IV	12	32	22	0	0
USF V	0	14	0	37	0

Fonte: Elaboração própria.

A matriz expressa no quadro anteriormente destacado exemplifica o número de fluxos orientados a partir de cada Unidade da Saúde para as unidades especializadas. Neste caso teremos uma rede com os diversos fluxos de encaminhamentos por meio das distintas Unidades de Saúde e as Unidades Especializadas. Para termos uma noção deste emaranhado de fluxos, o sociograma a seguir expressa outra construção baseada na tabela acima mencionada (Figura 4).

Figura 4. Sociograma que expressa as redes de fluxos entre Unidades de Saúde da Família x Unidades Especializadas.



Fonte: Elaboração própria.

Com a base de dados geográficos sobre as divisões territoriais da cidade de Recife, os pontos com a localização de cada uma das Unidades foram dispostos de forma que os seus fluxos fossem estabelecidos. Desta forma, gerou-se uma base cartográfica dentro das divisões territoriais da cidade de Recife, a partir da qual conseguiu-se visualizar as conexões entre as Unidades de Saúde x Unidades Especializadas.

1.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PESQUISADOS

Os profissionais que compuseram o universo investigado foram selecionados a partir da intenção de definir o grupo social mais relevante para a pesquisa, que carregassem consigo um conjunto de experiências que pudessem esclarecer as questões analisadas neste trabalho.

Considerando a necessidade de compreender as práticas dos sujeitos presentes nos espaços da Política de Atenção Básica, foram eleitos como grupo de informação os profissionais que compunham a Equipe de Saúde da Família, considerando a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde: médico,

enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além destes, foi também ouvida a população atendida pela ESF, no intuito de apreender suas concepções acerca dos aspectos aqui ressaltados.

Foram realizadas, então, entrevistas semiestruturadas com 4 gestores do Distrito Sanitário IV do Recife, 10 profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família, 1 agente administrativo (responsável pela marcação de consultas na USF) e 15 usuários da Estratégia de Saúde da Família no Engenho do Meio.

Vale salientar que a seleção de amostragem em uma pesquisa qualitativa não atende a critérios numéricos, mas é aquela que reflete as múltiplas dimensões da totalidade (MINAYO, 2007). Deste modo, o número de entrevistas aqui proposto é uma aproximação do que se acredita ser suficiente para alcançar estas diversas dimensões.

Dentre os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família foram entrevistados médico, enfermeiro e 8 Agentes Comunitários de Saúde. O critério para a seleção da equipe médica seguiu a disponibilidade dos mesmos.

Entrevistar profissionais do campo da saúde é, na maioria das vezes, desafiador. Para o agendamento das entrevistas devem-se levar em consideração os dias de menor fluxo nos estabelecimentos. Mesmo com este cuidado tomado, muitas destas entrevistas sofrem interrupções por parte dos demais profissionais ou usuários e até mesmo por uma necessidade do próprio entrevistado. Deste modo, o roteiro de entrevista elaborado para esta pesquisa foi construído com questões breves e objetivas, de modo que estas não implicassem em um longo afastamento destes profissionais em relação às suas atividades. Além disto, a intenção foi de elencar questões básicas e obter o máximo de informações, com a interferência mínima do pesquisador. Assim sendo, as entrevistas tiveram uma duração média situada entre 20 a 40 minutos.

Na escolha dos Agentes Comunitários de Saúde considerou-se o tempo de atuação na profissão, que deveria se estender por um período suficiente para inferir sobre o grau de conhecimento e entrosamento com a comunidade. Optou-se, então, por selecionar ACSs que apresentassem pelo menos 10 anos de trabalho nesta função. A inclusão dessas categorias visa aprofundar em que

medida cada profissional, diante de suas atribuições na equipe, compreende e prioriza práticas voltadas para a melhoria das ações no campo da atenção básica.

As entrevistas com gestores e com a Equipe de Saúde da Família foram realizadas no ambiente de trabalho dos mesmos, em dias e horários mais convenientes para estes profissionais.

Já as entrevistas com os usuários ocorreram em duas etapas. Como critério de seleção, o paciente deveria ter sido encaminhado pela Unidade de Saúde da Família para serviços de saúde mais especializados no último ano. Dez destes usuários foram entrevistados em suas casas, sendo indicados pelo Agente Comunitário de Saúde, visto que estes profissionais acompanham o histórico de atendimento.

Para garantir a imparcialidade na escolha dos usuários, a segunda etapa das entrevistas ocorreu na própria Unidade de Saúde da Família. Foram selecionadas as primeiras dez pessoas atendidas pelo médico da Unidade. Como nem sempre havia dentro deste grupo alguém que se enquadrasse no critério de ter recebido o encaminhamento no último ano, esta foi uma etapa que demandou um período um pouco maior para seleção dos entrevistados.

Para os gestores, foram selecionados os que exerciam funções relacionadas com a gestão territorial e de redes do Distrito Sanitário IV. Dentro desta categoria, foram entrevistados dois gerentes de território, o Gerente de Redes da Central de Regulação da Cidade do Recife e o responsável pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME) da Policlínica Lessa de Andrade, principal referência do Distrito.

Apesar da escolha da USF do Engenho do Meio para o trabalho de campo especificamente voltado à temática desenvolvida no doutorado, como já dito, trechos de entrevistas realizadas nas pesquisas anteriores já apontavam tendências aqui estudadas. Por este motivo, alguns relatos anteriormente obtidos serão também utilizados.

Desta forma, os trechos de entrevistas expostas no decorrer desta tese dizem respeito às falas de profissionais e usuários distribuídos em distintas Unidades de Saúde da Família que compõem o Distrito Sanitário IV do Recife. Neste sentido, em virtude do caráter sigiloso e pela necessidade de não

identificação dos entrevistados, nos relatos apresentados não será exposta a identidade ou Unidade de Saúde à qual o profissional está ligado. Será apenas indicada a função do entrevistado (médico, enfermeiro, ACS, agente administrativo, gestor ou usuário).

1.4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

A entrevista foi a técnica utilizada neste estudo no intuito de obter o levantamento dos dados qualitativos. Foram selecionados membros da Equipe de Saúde da Família e usuários da Estratégia de Saúde da Família que tivessem em sua prática e vivência elementos que pudessem contribuir para o debate realizado.

Para eleição dos atores entrevistados foram elencados alguns critérios de inclusão e exclusão que guiaram as atividades no campo e estão expostos no Quadro 5.

Quadro 5. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Entrevistados.

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Residir na área de adscrição da Equipe de Saúde da Família; • Ter sido encaminhado pela Unidade de Saúde da Família para serviços de saúde mais especializados no último ano; • Não apresentar agravo à saúde que traga comprometimento em termos de comunicação; • Concordar participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4). 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários: não aceitar participar do estudo;
Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Médica: atuar na Estratégia de Saúde da Família há pelo menos um ano; • Agentes Comunitários de Saúde: 10 anos de atuação na Estratégia de Saúde da Família; • Agente Administrativo: exercer a função há, no mínimo, um ano; • Gestores: terem envolvimento direto na gestão de território e redes do Distrito Sanitário IV; • Concordar participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). 	<ul style="list-style-type: none"> • Não aceitar participar do estudo ou estar afastado da prática profissional por impedimento judicial ou irregularidade junto a órgão de classe.

Fonte: Elaboração própria.

1.4.2 Riscos e benefícios aos pesquisados

A participação dos pesquisados em questão é livre e espontânea, não havendo nenhum tipo de prejuízo ou dano físico ou psíquico, em relação à pesquisadora, nem em relação à instituição responsável por este estudo.

Diante das especificidades locais do território de abrangência, o bom andamento das responsabilidades no campo da saúde se torna um desafio constante, principalmente no caso de políticas públicas que possuem a territorialização como um dos pressupostos básicos, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desta forma, é essencial o empreendimento de uma análise a respeito do território dos serviços de saúde e das redes estabelecidas neste território.

A valorização desses aspectos sugere a introdução de reformulações metodológicas relacionadas à construção de categorias de análise mais apropriadas, definidas não apenas em função do lugar ocupado por um determinado grupo na estrutura produtiva, mas também a partir das condições de reprodução social da população (DUARTE, 1992).

Visto sob esta perspectiva, o espaço sócio-geográfico pode ser considerado uma unidade de análise adequada para avaliar modelos de atenção à saúde, diante do desafio que é sugerir programas adaptados ao contexto no qual as pessoas estão inseridas, dando uma significativa importância à territorialização das políticas de saúde. Esta ideia assegura uma atenção maior nas especificidades de cada local, com o objetivo de atender melhor as necessidades do público-alvo.

A análise dos fluxos estabelecidos e dos problemas gerados nas áreas de atuação possibilita a identificação das limitações ainda apresentadas e, por sua vez, a formulação de ações que venham contribuir diretamente na eficácia e qualidade do atendimento prestado.

1.5 CAMINHOS E DESCAMINHOS NO PROCESSO DE PESQUISA NO CAMPO DA SAÚDE

O transcorrer do processo de pesquisa nem sempre, ou quase nunca, flui como o esperado no momento da idealização de um projeto. As dificuldades que surgem no decorrer do trabalho acabam por exigir do pesquisador um esforço maior de flexibilização no intuito de não transformar as dificuldades superáveis em barreiras intransponíveis. O caso desta pesquisa não foi exceção.

A dificuldade inicial se deu a partir da interdição da Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio, objeto de estudo para a análise qualitativa dos dados. Em julho de 2011, além de outros problemas estruturais, ocorreu o desabamento de parte do teto da citada Unidade de Saúde. A previsão da finalização da reforma, que era inicialmente de 3 meses, só veio a ser concretizada em fevereiro de 2013. Este fato acabou por dificultar o contato inicial com os profissionais da área e, por sua vez, adiou a primeira etapa no longo processo de autorizações.

Após a reabertura da Unidade de Saúde do Engenho do Meio, o contato com os profissionais foi facilitado e, a partir de então, foi cumprida a exigência inicial da Prefeitura: verificar se os profissionais eleitos para as entrevistas concordariam em participar do estudo, bem como obter a autorização do responsável pela Unidade de Saúde.

Superada esta etapa, deu-se início ao levantamento das documentações necessárias para obter a autorização da Prefeitura da Cidade do Recife. Em meados de fevereiro de 2013 foram liberados os documentos onde constava a autorização para o início do trabalho de campo, a Carta de Anuência e a CI.

Agendamentos realizados, logo no início de março do citado ano deu-se início à primeira entrevista. Entretanto, neste mesmo dia, a pesquisa teve que ser interrompida: fui informada que seria ainda necessária uma nova autorização do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Novamente, após a coleta de documentações e cumprimento de diversas etapas, o projeto foi submetido ao comitê e a partir daí foram mais três meses recebendo ainda novas listas de exigências.

O principal entrave neste processo foi relacionado à base de dados para o estudo quantitativo. Inicialmente, previa-se que as informações de encaminhamento de pacientes estariam contidas nos prontuários de atendimento dos pacientes. É bem verdade que deveria ser assim, contudo, já nos contatos iniciais com os profissionais da Unidade de Saúde, foi relatado que há uma subnotificação nestes registros e estas informações pouco constavam nos prontuários, sendo registradas na Central de Regulação da Prefeitura da Cidade do Recife.

Entrando em contato com a Central de Regulação, foi sabido que qualquer autorização para obtenção dos dados só seria liberada após a aprovação do Comitê de Ética. E o Comitê de Ética, por sua vez, só liberava a autorização após uma declaração da Central de Regulação, informando que os dados seriam disponibilizados.

Desta forma, o processo que por si só já é demasiadamente longo, acabou por se estender ainda mais do que o previsto. Na tentativa de contornar estas dificuldades, foi empreendido, sem sucesso, mais um contato com os responsáveis de ambas as instituições e posteriormente foi enviado ao Comitê um documento esclarecendo o entrave. Por fim, foi liberada a autorização do Comitê de Ética com a ressalva da pendência da autorização da Central de Regulação.

Ainda neste processo, outra adaptação foi necessária. A intenção inicial era mapear o fluxo dos pacientes, avaliando as distâncias percorridas das residências para o atendimento na Atenção Básica e desta para as Unidades onde são oferecidos os serviços especializados. Estas informações estão também registradas na Central de Regulação, todavia, segundo informações da própria Regulação, estes dados são confidenciais e não poderiam ser divulgados. Para que isto não implicasse em maiores atrasos a possibilidade de trabalhar com estes dados foi descartada.

Após as adequações do projeto, com todos os documentos e autorizações em mãos houve uma nova e frustrada tentativa de início das atividades de campo. Desta vez a exigência partiu da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Esta diretoria é responsável pela emissão das autorizações para estudos na área da saúde da Prefeitura da Cidade do Recife.

Como foi citado anteriormente, todo o procedimento para receber estas autorizações já havia sido realizado, entretanto em decorrência das adequações do projeto, demora na resposta do Comitê de Ética e, por conseguinte, atraso no cronograma, o procedimento teve que ser refeito. E ainda com um agravante: era período de mudança de gestão, fato que dificultou o contato com os responsáveis pelas autorizações.

Desde o primeiro contato com a Unidade de Saúde até a liberação para dar início de fato ao trabalho de campo, passaram-se 10 meses. A pesquisa de campo apenas pôde ser efetivamente iniciada em setembro de 2013.

Além disto, a real disponibilização dos dados quantitativos, advindos da Central de Regulação do Recife, só veio ocorrer efetivamente no final de janeiro de 2014. Dados estes que são a ferramenta principal para o delineamento dos fluxos de encaminhamentos de pacientes no Recife.

Porque seria então necessário aqui neste trabalho expor estes percalços? Não foi por acaso que este relato foi acrescido à metodologia. Assim como a descrição dos procedimentos metodológicos são indispensáveis aos leitores que porventura venham a trabalhar neste campo de pesquisa, acredita-se aqui que o detalhamento destas etapas iniciais sirva também de norteamento para os mesmos. Ter ciência deste processo reflete, inclusive, na maior facilidade de cumprimento dos prazos estipulados.

**2. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS NOS DISTINTOS NÍVEIS
ASSISTENCIAIS**

2. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NOS DISTINTOS NÍVEIS ASSISTENCIAIS

“A grande revolução nos sistemas de Saúde só será possível quando o cerne na discussão for o valor gerado para o usuário”.

Michael Porter (2007)

A saúde de uma população é resultante, dentre outros fatores, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. No sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos, o Estado age por meio de Políticas Públicas e, dentre as voltadas para a proteção social, estão as Políticas de Saúde.

Conforme destaca Roncalli (2002), o Estado surge como um aperfeiçoamento das relações entre os indivíduos de uma dada organização social. Desta forma:

O Estado é mais que aparelho repressivo, ideológico, econômico ou burocrático. (...) Não se esgota nos seus ramos executivo, legislativo e judiciário, nem nos seus níveis federal, estadual e municipal. Expressa, na realidade, uma relação de forças sociais em constante luta pela consecução dos seus objetivos históricos (PAIM, 1987).

Neste sentido, as políticas públicas são implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais, dentre estes, os relacionados à saúde. Contudo, há um distanciamento entre os problemas sociais e a capacidade que o Estado tem de enfrentá-los. Neste sentido, torna-se então necessário investigar a forma pela qual o Estado prioriza os problemas que serão enfrentados por meio de políticas públicas em determinado período.

Sem a pretensão de realizar uma análise exaustiva do processo não linear de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), é essencial, antes de um detalhamento da forma como o Estado tem conduzido suas políticas na saúde,

compreender o processo de construção destas para, assim, apreender o contexto no qual se processaram.

Deste modo, pretende-se, a seguir, analisar o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, como subsídio para uma melhor apreensão dos aspectos históricos que impuseram a necessidade de transformações nesse sistema e desencadearam o processo de implementação da reforma sanitária que tem como perspectiva fundamental a construção do Sistema Único de Saúde.

2.1 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO E COMPONENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Amplas foram as transformações ocorridas no sistema de saúde brasileiro. Diversas etapas foram atravessadas, indo do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até ao projeto neoliberal nos anos 80.

No plano internacional houve uma ampla discussão a respeito das reformas em saúde. De acordo com Silva (2003), um conjunto de pressões sobre os governos nacionais implicou na necessidade de se remodelar o perfil das políticas públicas setoriais. Segundo este autor, essas pressões decorriam do aumento dos gastos públicos; má utilização dos recursos existentes para o setor; aumento da complexidade das condições de oferta e demanda dos serviços; iniquidades no acesso aos serviços por parte dos usuários, principalmente os de menor renda; dentre outros (SILVA, 2003).

O Quadro 6 apresenta uma perspectiva evolutiva das ações realizadas na saúde, situando-a com o período histórico vivenciado e os desafios assistenciais então enfrentados no Brasil.

Quadro 6. O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde

Período histórico	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Colonialismo português (1500-1822)	Século XVI: • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda; • Organização sanitária incipiente.	• Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população.
Império (1822–89)	• Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária; • Administração da saúde centrada nos municípios; • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850).	• Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
República Velha (1889-1930)	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897); • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907); • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923); • Incipiente assistência à saúde pela previdência social; • Dicotomia entre saúde pública e previdência social.	• Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa tais como, tuberculose, sífilis, endemias rurais.
Ditadura Vargas (1930-45)	• Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública; • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose; • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38).	• Predominância de endemias rurais (doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais.
Instabilidade democrática (1945–64)	• Criação do Ministério da Saúde (1953); • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960); • Expansão da assistência hospitalar; • Surgimento de empresas de saúde.	• Emergência de doenças modernas (doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito).
Ditadura militar (1964–85)	• Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966); • Capitalização da medicina pela previdência social;	• Predominância da morbidade moderna (doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito);

	<ul style="list-style-type: none"> • Crise do sistema de saúde; • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes; • Crise na previdência social; • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977); • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado; • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistência de endemias rurais com Urbanização; • Doenças infecciosas e parasitárias, predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.
Transição democrática (1985–88)	<ul style="list-style-type: none"> • INAMPS continua a financiar estados e municípios; • Expansão das Ações Integradas de Saúde (AIS); • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987); • Contenção das políticas privatizantes; • Novos canais de participação popular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização; • Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres; • Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS; • Epidemia de dengue.
Democracia (1988-2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS; • Descentralização do sistema de saúde; • 9ª Conferência Nacional de Saúde; • Extinção do INAMPS (1993); • Criação do Programa de Saúde da Família (1994); • Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996); • Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS; • Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998); • 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde; • Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização); • Regulamentação dos planos de saúde privados; • Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999) • Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000); • Criada a lei dos medicamentos genéricos; • Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS; 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito); • Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres; • Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária; • Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI; • Mortalidade infantil de

	<ul style="list-style-type: none"> • Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000); • Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001); • Expansão e consolidação do PHC; • Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (2003); • Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006); • Política Nacional de Atenção Básica (2006); • Política Nacional de Promoção da Saúde (2006); • 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde; • Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente; 2006); • Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008); • Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008); 	<p>20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização; • Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008).
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Adaptado de (PAIM et al, 2011).

Até a metade do século XX, o Brasil teve sua economia dominada pelo modelo agroexportador. Por este motivo, o sistema de saúde estava baseado em uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias destinadas à exportação, e eliminação ou controle de doenças que pudessem prejudicar a negociação dos produtos exportáveis (MENDES, 1999).

Esta situação culminou com a prática do sanitarismo campanhista³, desde o início do século XX até 1965, que superou de vez a teoria miasmática, quebrando o conceito da relação linear e de unicausalidade entre o agente e o

³ O sanitarismo campanhista recebeu este nome pelo fato de que seus combates assemelhavam-se às campanhas militares. Tinha por característica marcante o combate a doenças de massa, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (LUZ, *apud* MENDES 1999).

hospedeiro. Buscava, neste momento histórico, o combate às doenças e o saneamento dos espaços urbanos para a agroexportação (MENDES, 1999).

Com a aceleração do processo de industrialização ocorrida no Brasil a partir da década de 1950, houve um deslocamento do polo econômico para os centros urbanos, desencadeando nestas áreas uma maior demanda de pessoas na busca por atendimento à saúde. A respeito deste período, aponta Mendes (1999): “o importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva”. Por consequência, passa a existir a necessidade de substituição do sanitarismo campanhista, pois o mesmo já não respondia às exigências de uma economia industrializada.

Surge, assim, o modelo médico assistencial privatista que se manteve com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, o qual substituiu e uniformizou antigos benefícios, institutos e caixas de pensões, criados na década de 1930 (RIGOBELLO, 2006). Fato este que ocorreu sob resistência dos grupos que eram privilegiados pelo antigo sistema.

Nas palavras de Oliveira e Teixeira (*apud* MENDES, 1999), esse modelo apresentava as seguintes características: cobertura previdenciária que abrangia a população rural e urbana; preferência pela prática médica curativa e individual, em detrimento da saúde pública; criação de um complexo médico-industrial; e busca da lucratividade no setor da saúde, privilegiando o serviço privado.

Tal fato acabou por imprimir uma cultura mercantilista à medicina, a qual, a partir deste momento, tinha como foco principal a lucratividade do setor da saúde, alcançando o seu auge com a criação, no ano de 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Esta organização se tornou símbolo do modelo médico privatista e assistencial, fundamentada, segundo Mendes (1999), nos seguintes elementos:

- O Estado como o grande financiador do sistema através da Previdência Social;
- O setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;

- O setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

Este modelo conservou-se hegemônico até fins da década de 1980, tendo iniciado sua decadência com a crise previdenciária. Contudo, no decorrer dos anos de 1970, já apresentava graves problemas, sobretudo por excluir parte significativa da população. Neste momento foram abertas possibilidades políticas e institucionais para o desenvolvimento do movimento contra-hegemônico da saúde, que nos anos 1980 viria a configurar-se como a Reforma Sanitária Brasileira.

A partir da construção do Movimento de Reforma Sanitária, surge no Brasil a necessidade de pôr em prática mudanças na política de saúde. Desde então, foram elaboradas críticas ao modelo médico hegemônico de caráter privado e mercantilista e produzidas propostas para a reformulação do setor de saúde (GERSCHIMAN, 1995).

De acordo com Cohn (1996), a Reforma Sanitária Brasileira caracteriza-se por ser um movimento que, acontecido no interior do processo de transição democrática conservadora, teve como foco central o Estado e a conquista da presença de seus preceitos no aparato institucional.

O Movimento de Reforma Sanitária, no período da abertura política, deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Um dos principais questionamentos do Movimento de Reforma Sanitária à política de saúde fundamentava-se na rejeição do direcionamento de recursos públicos para financiar a expansão do setor privado, em detrimento do setor público.

Como alternativa para a inversão do modelo médico-privatista, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha como objetivo a integração das ações de saúde, propôs a constituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. As AIS buscavam a reorganização institucional da assistência à saúde, no intuito de evitar que surgissem ações paralelas e simultâneas entre as diversas instituições sanitárias, ou seja,

duplicidade de procedimentos. Formava-se então o embrião do SUS (JUSTO, 2006).

Nesta conjuntura, em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento político e sanitário considerado como um marco para a saúde brasileira, que apresentou características particulares, ausentes nas conferências anteriores, por ter tido representantes de todos os setores da sociedade interessados na saúde e a elaboração de conferências estaduais e municipais.

A VIII Conferência Nacional de Saúde admitiu o conceito da saúde como um direito do cidadão e descreveu as bases do SUS, com embasamento no desenvolvimento de múltiplas estratégias que admitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas transformações administrativas constituíram os alicerces para a construção do SUS (PAIM et al, 2011).

A citada Conferência se destacou pelo momento histórico vivido no Brasil na época de sua ocorrência, março de 1986, já no período chamado "Nova República", iniciado com a eleição indireta para a presidência e que marcou o término do período autoritário. Também se distinguiu por seu processo democrático, com a participação da sociedade civil, e por ter sistematizado e formalizado as principais teses que vinham sendo discutidas e elaboradas pelo movimento sanitário, envolvendo um conceito abrangente de saúde, a unificação do sistema, entre outras. Essas diretrizes passaram a orientar e fundamentar as ações no campo da saúde (RIGOBELLO, 2006).

Nela foram colocadas em discussão propostas para criar um sistema de saúde integral, universal e que atendesse adequadamente às necessidades de saúde da população brasileira como um todo. Além disto, empreendeu-se uma reformulação do conceito de saúde, assim como é possível verificar no relatório final:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de

saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1987, p.4).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi marcada pelos preceitos da Conferência Internacional de Alma Ata, ocorrida em 1978, na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), tendo 150 países participantes, dentre eles o Brasil, e que objetivou a reorganização dos sistemas de saúde por meio da atenção primária, a fim de alcançar acesso e assistência à saúde para todos, sem distinção (RIGOBELLO, 2006).

Foi através dos trabalhos originados da VIII Conferência Nacional de Saúde que surgiram as bases para as mudanças no setor da saúde, tanto no Executivo, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como no Legislativo, pela elaboração da nova constituição brasileira (MENDES, 1999).

De acordo com Escorel (*apud* GERSCHMAN, 1995), o SUDS objetivava a redução previdenciária estadual, a transferência dos serviços de saúde e dos recursos financeiros para Estados e Municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde para cada esfera de governo e a transferência para os níveis estaduais e municipais dos instrumentos de controle sobre o setor privado.

Buscava-se através do SUDS consolidar as AIS nos Estados, gerando uma reformulação no sistema de saúde em vigência, redefinindo as atribuições dos três níveis de governo, o que não chegou a ocorrer, visto que, contribuiu apenas para concentrar poder nas mãos dos Estados e para o desmonte do INAMPS e sua posterior extinção em 1993 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, fica garantido legalmente o acesso universal, equânime e integral à saúde dos cidadãos brasileiros, devendo tais direitos serem assegurados pelo Estado. É através da Constituição de 1988 que são moldadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Diz a Constituição, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A respeito da organização dos serviços, relata o artigo 198 (Brasil, 1988):

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Mendes (1999) aponta algumas inovações na abordagem da saúde trazidas na constituição de 1988. Dentre elas estão: o conceito de saúde visto numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; a saúde como direito social, universal, derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado de acordo com as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e participação da comunidade; e a Integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social. Esse movimento levou ao reconhecimento da saúde como direito de todos e obrigação do Estado. Direito que foi regulamentado em 1990 com as Leis nº. 8.080⁴ e 8.142⁵ (KRÜGER, 2000).

Esses processos ocorridos no Brasil serviram de base para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê a ampliação da inclusão social

4 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

5 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

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).

Cabe então, neste momento, compreender como o Sistema Único de Saúde tem sido organizado na atualidade, no intuito de realizar uma posterior análise dos avanços e entraves nos caminhos que os pacientes percorrem na busca de serviços mais especializados, considerando a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do sistema.

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA DA REDE

Diante das amplas transformações ocorridas no sistema público de saúde brasileiro e do desafio da saúde pública em desenvolver programas que atuem diante das especificidades presentes no território, surge o Programa de Saúde da Família (PSF).

O PSF propôs uma reorientação no modelo assistencial vigente, instituindo uma atenção não mais voltada ao indivíduo e sim à família. Foi fortemente influenciado e inspirado em experiências bem sucedidas de modelos de assistência à família formulados em países como Cuba, Canadá, Inglaterra e Suécia

Este programa passa a existir no intuito de propor uma reorganização da Atenção Primária, levando em conta as especificidades do público alvo, propondo uma maior aproximação da equipe médica junto à população atendida, por meio do atendimento domiciliar, priorização da prevenção e promoção da saúde e um acompanhamento mais eficaz tanto individual, quanto familiar.

Iniciou em junho de 1991, após a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado inicialmente para atuar nas regiões Norte e Nordeste com a finalidade de contribuir com a redução da mortalidade infantil. Por meio da experiência implementada no Ceará foi identificada pelo Ministério da Saúde a importância deste modelo assistencial. Assim, já em 1994 surgem as

primeiras equipes de Saúde da Família, que aos poucos foram ampliando e congregando a atuação dos Agentes Comunitários (SANTOS et al, 2004).

O PSF incorporou os princípios básicos propostos pelo SUS e representou uma mudança paradigmática, saindo de uma linha curativa para uma preventiva, visando a universalidade da assistência contra a exclusão, tendo como essencial para o seu funcionamento a atenção à família no contexto em que ela está inserida.

No Recife, o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família ocorreu de forma pioneira. Já em 1993, 510 agentes foram indicados pela liderança das comunidades. Estes deveriam ser pessoas mais carentes ou que tivessem algum engajamento comunitário ou em órgãos como a pastoral da criança e da saúde (PEREIRA, 2008).

Estes agentes foram capacitados e passaram posteriormente por uma seleção onde apenas parte deles foi aprovada. Fato este que culminou com a efetivação do PACS no Recife, em 1994 (PEREIRA, 2001). Já no ano seguinte é implantado o PSF, que tinha como pré-requisito a escolha de comunidades onde anteriormente estivesse funcionando o PACS.

A partir de 2001, os profissionais que eram até então indicados por lideranças comunitárias, passaram a ser contratados por meio de seleção pública, e ainda permaneceram sem a garantia de estabilidade de funcionários efetivos, o que gerava insatisfação perante a classe (BEZERRA, BASTOS, BITOUN, 2007). A estabilidade nos quadros administrativos nos quais trabalhavam só ocorreu em outubro de 2007, após a regulamentação da profissão, com a aprovação das leis 10.507/2002 e 11.350/2006 (RECIFE, 2007).

De acordo com os dados da Gerência de Atenção Básica (GAB) e Secretaria de Saúde, o Recife em 2000 possuía 16 Unidades de Saúde da Família, 27 Equipes de Saúde da Família (EqSF) e 990 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Até o final de 2014 o município passou a contar com 256 Equipes de Saúde da Família e 1885 Agentes Comunitários de Saúde (Tabela 1). Nos anos que antecederam 2003, o município não havia implantado nenhuma Equipe de Saúde Bucal (ESB). Em 2014 já dispunha de 130 ESB.

Tabela 1. Crescimento do Percentual de Cobertura e Número de Equipes do Saúde da Família no Brasil e no Recife, 1998-2014.

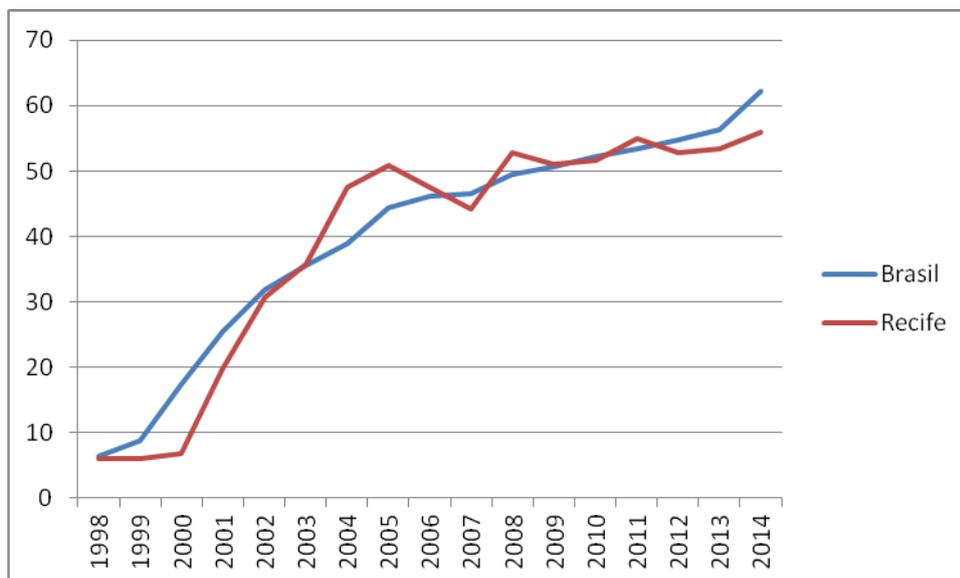
Ano	Brasil		Recife	
	Cobertura (%)	Equipes	Cobertura (%)	Equipes
1998	6,55	3.353	6,1	24
1999	8,78	4.943	6,1	24
2000	17,43	10.662	6,76	27
2001	25,43	19.253	19,68	82
2002	31,87	23.428	30,73	150
2003	35,69	25.857	35,71	150
2004	38,99	28.931	47,45	220
2005	44,35	32.636	50,76	220
2006	46,19	34.739	47,58	220
2007	46,62	35.826	44,18	220
2008	49,51	36.880	52,83	240
2009	50,69	38.630	50,97	240
2010	52,23	39.815	51,7	240
2011	53,41	40.974	54,97	251
2012	54,84	42.279	52,87	256
2013	56,37	44.253	53,47	256
2014	62,16	47.735	55,91	256

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Apesar do aumento expressivo na cobertura da Estratégia de Saúde da Família ocorrida nos últimos anos, em 2014, segundo informações da Gerência de Atenção Básica (GAB), no município 55,91% da população é coberta, ou seja, cerca de 828 mil pessoas, encontram-se assistidas por esse modelo de atenção.

O número de Unidades de Saúde da Família cresceu consideravelmente de 2001 até 2014, aproximadamente 600%. Este dado expressa, do ponto de vista da cobertura populacional, um aumento considerável no acesso das pessoas ao Sistema. Tal crescimento é expresso no Gráfico 1 que traz uma comparação do percentual do crescimento na cobertura do Recife em relação às médias nacionais.

Gráfico 1. Percentual de cobertura populacional entre 1998 a 2014 – Brasil e Recife.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Elaboração: a autora.

É possível visualizar que a expansão mais acelerada ocorre entre 1998 e 2005. A partir de então os acréscimos na cobertura passam a ser mais suaves em comparação ao período anterior. Esta aceleração em Recife ocorre a partir de 2001, chegando a ultrapassar a média nacional entre 2004 e 2005.

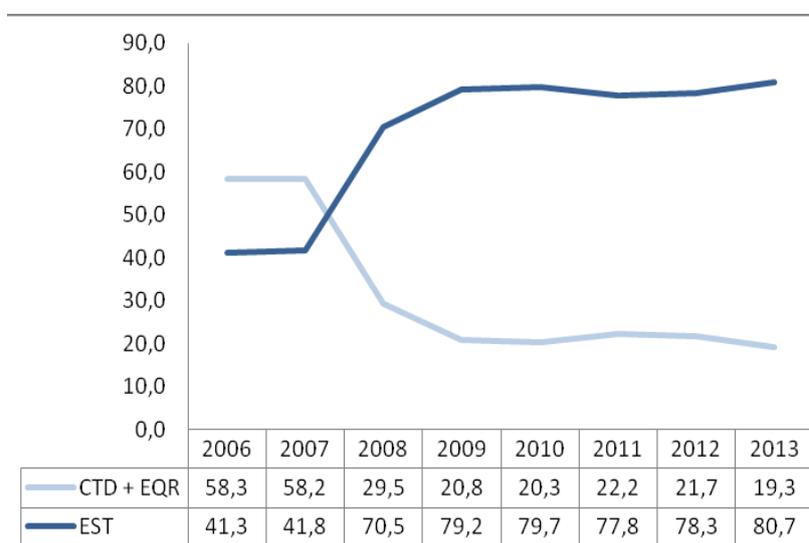
Isto pode explicar inclusive a revisão das metas de cobertura realizadas nas Conferências Municipais de Saúde. Na VII Conferência Municipal de Saúde, foi proposta a meta de “ampliação da cobertura do PSF para 70% da população do Recife, até 2009” (RECIFE, 2005). A meta proposta na última Conferência Municipal de Saúde foi de 60% de cobertura da população até 2017 (RECIFE, 2014).

No que diz respeito ao número de equipes nas Unidades de Saúde da Família, estas variam desde unidades compostas por apenas uma equipe, até aquelas compostas por quatro. A quantidade de Equipes de Saúde Bucal por Equipe de Saúde da Família nas unidades também apresenta diferenças. Ainda há casos onde uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) se encontra responsável pela população atendida por 4 Equipes de Saúde da Família (EqSF), quando o estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é de uma ESB por uma ou duas EqSF.

Vale salientar ainda que um dos atores primordiais na eficácia da Estratégia de Saúde da Família é o Agente Comunitário de Saúde. Este profissional é o elo entre a equipe e a comunidade. Contudo, ao longo dos tempos essa função também foi incorporando novas nuances.

O foco inicial do trabalho do Agente Comunitário de Saúde era a atenção materno-infantil, mas, com a implantação do PSF, seu papel foi ampliado, passando a atender a família como um todo, o que exigiu novas competências destes profissionais. Tal fato implicou, inclusive, em maiores exigências para a seleção destes profissionais que eram anteriormente indicados pela liderança comunitária e que nos dias atuais são selecionados por meio de concurso público. A efetivação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Agentes de Controle de Endemias (ACEs) influenciou fortemente na redução do número de contratados, tornando os estatutários correspondentes ao maior percentual dos servidores da rede municipal, conforme observado no Gráfico 2.

Gráfico 2. Evolução da composição da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, 2006 a 2013.



Fonte: Sistema de Folha de Pagamento e Cadastro Funcional – Sesau/Recife.

Ainda neste sentido, a Tabela 2 demonstra a variação das exigências para o exercício do trabalho dos ACSs. Em 1997, o nível de escolaridade não era

um requisito, sendo apenas necessário que o indicado soubesse ler e escrever, sendo esta exigência gradativamente alterada no decorrer nos anos.

Tabela 2. Requisitos básicos ao exercício do trabalho dos ACSs.

Legislação	Requisitos para o exercício da profissão de ACSs
Portaria nº. 1886/GM Em, 18 de dezembro de 1997.	<ul style="list-style-type: none"> •Ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos; •Saber ler e escrever; •Ser maior de dezoito anos •Ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.
Decreto nº. 3.189, De 4 de Outubro de 1999.	<ul style="list-style-type: none"> •O ACS deve residir na própria comunidade; •Ter espírito de liderança e de solidariedade; •Preencher os requisitos mínimos a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
Lei nº. 10.507, De 10 de Julho de 2002.	<ul style="list-style-type: none"> •Residir na área da comunidade em que atuar; •Haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; •Haver concluído o ensino fundamental.
Lei nº. 11.350, De 5 de Outubro de 2006.	<ul style="list-style-type: none"> •Residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; •Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; •Haver concluído o ensino fundamental.

Fonte: Leis descritas na tabela.

O rigor aumentou com a criação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde, em 2002, através da Lei nº. 10.507/2002. Os selecionados, além de terem concluído o Ensino Fundamental, deveriam, antes de iniciar o exercício de seu ofício, haver concluído um treinamento para aperfeiçoamento e apreensão de conhecimentos na área da saúde. O que foi ratificado pela Lei nº. 11.350/2006.

Aqueles Agentes de Saúde que não se enquadraram nestes critérios receberam incentivos do Ministério da Saúde, com capacitações escolares, no intuito de fazê-los concluir o Ensino Fundamental.

Em fevereiro de 2006, com a aprovação da Emenda Constitucional nº.51/2006, foi permitida a contratação pública dos Agentes Comunitários de Saúde, aos quais passaram a ser assegurados seus direitos trabalhistas,

regularizando o vínculo. Todavia a efetivação destes profissionais, no Recife, só ocorreu em outubro de 2007, através da lei municipal nº.17.233/2006.

No que diz respeito às trocas estabelecidas entre o conhecimento popular e o médico-científico, o Agente Comunitário de Saúde tem-se revelado um ator indispensável na conjugação destes dois saberes. Segundo Nunes *et al* (2002), os ACSs, por fazerem parte da comunidade, servem de tradutores bi-direcionais dos saberes do processo saúde-doença de um lado, e de outro, das necessidades da população, sentindo-se orgulhosos de dominarem certos conteúdos biomédicos que os diferenciam na comunidade. Este sentimento de "orgulho" possivelmente aumenta a motivação para a rotina do trabalho e a integração da equipe da ESF e está diretamente relacionado à capacitação contínua e de qualidade. A respeito, Bitoun (2001) aponta algumas evidências no trabalho destes agentes:

Um impressionante ganho de dignidade por parte de indivíduos pertencentes a setores muitas vezes subalternos e discriminados, seja pela condição de renda, seja pela condição de gênero; A identificação, pela comunidade, do agente como porta amigável de uma prestação de serviços vivida anteriormente como fria, impessoal ou mesmo hostil; A intermediação entre usuários e serviços, facilitando o acesso e melhorando o atendimento pelos funcionários (BITOUN, 2001, p. 152).

Por serem moradores das comunidades nas quais trabalham, estes profissionais reconhecem os diferenciais e especificidades existentes em sua área de atuação, levando à equipe médica informações que na maioria das vezes passariam despercebidas numa simples consulta.

Para exemplificar, ao acompanhar uma ACS em uma das incursões nas comunidades no período do trabalho de campo, foi possível observar este fato. A visita estava sendo realizada em uma casa onde morava uma mulher e seu filho de aproximadamente um ano. A criança chorava muito e a mãe informou que a mesma estava com dor no ouvido. Qualquer médico que observasse este quadro iria examinar, constatar alguma inflamação e indicar um medicamento, conforme já havia ocorrido neste caso.

Contudo, só em visualizar a situação, por já conhecer aquela família, seus costumes e hábitos, a ACS imediatamente perguntou se estavam colocando leite materno no ouvido da criança. A mãe, receosa, timidamente respondeu que sim, já que era crença entre os vizinhos que o leite materno poderia curar dores no ouvido.

Nesta situação, uma simples consulta médica não apontou o real causador da enfermidade na criança. O diagnóstico era dado, a medicação receitada, mas as inflamações continuavam constantes, pois o leite, além de não curar, agravava a inflamação.

Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas (NUNES *et al*, 2002).

Isto se deve ao fato de ser o ACS um morador da comunidade em que trabalha, e por sua vez, conhecedor das condições do território em que se encontra a mesma, funcionando como elo entre a comunidade e a equipe médica e disponibilizando informações nem sempre perceptíveis em uma consulta (BASTOS, 2006).

É recomendado que cada equipe tenha de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) que, por sua vez, acompanham em média 450 pessoas. Uma equipe seria responsável pelo atendimento de 600 a 1.000 famílias ou, no máximo, 4.500 pessoas.

Vale ressaltar que estes números são propostos pelo Ministério da Saúde e considerados suficientes para o bom andamento das Equipes de Saúde da Família. Contudo, na prática, isto dificilmente é seguido, causando uma sobrecarga de atribuições para os Agentes de Saúde e para a equipe como um todo, e, por sua vez, dificultando o bom exercício do trabalho. Esta problemática será discutida nos capítulos seguintes.

Dentre as atribuições dos ACSs definidas pelo Ministério da Saúde, duas merecem uma atenção especial quando se discute o papel desses profissionais na atenção básica. A primeira destaca que os ACSs devem “orientar as famílias

para a utilização adequada dos serviços de saúde” e a segunda, afirma que eles devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (BRASIL, 1999).

Nas duas afirmações é possível verificar o movimento bi-direcional dos agentes, ao mesmo tempo em que informam à população “modos de fazer” determinados pelo sistema médico oficial, ainda possibilitam aos profissionais de saúde os elementos chaves para a compreensão das necessidades e problemas de saúde das famílias (NUNES *et al*, 2002).

Esta é uma das principais inovações trazidas com a implantação do PACS e PSF. A atuação destes profissionais foi fundamental para a modificação da atenção básica, inclusive, e principalmente, no que diz respeito à atenção materno-infantil.

Diante destes fatos, torna-se possível considerar a eficácia da Estratégia de Saúde da Família no atendimento à saúde. Atrelado a isto, nos últimos anos houve um aumento considerável nos investimentos financeiros para os programas de Atenção Básica no Recife, o que proporcionou um evidente crescimento do número de Equipes de Saúde da Família em todos os Distritos Sanitários.

Vale destacar, no entanto, que esta ampliação por si só não é suficiente, podendo inclusive se constituir em dificuldades para os níveis superiores da hierarquia assistencial, caso o foco fique restrito ao nível da Atenção Básica (AZEVEDO, 2003), conforme será verificado no subtópico a seguir.

O fortalecimento da Atenção Primária passa, sobretudo, pelo aumento do poder no primeiro nível de atenção enquanto coordenador de outros níveis. Para tanto, deve-se assegurar um cuidado integral e humanizado do Sistema de Saúde, através de estratégias que garantam a função de porta de entrada, bem como o acesso à atenção especializada com base em mecanismos de coordenação hierárquica (BARRETO *et al*, 2012).

2.3 ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS DEMAIS NÍVEIS ASSISTENCIAIS

O modelo tecno-assistencial implantado pelo SUS tem sido comumente representado por uma pirâmide. Esta representação indica que há um fluxo ordenado de pacientes, por meio da referência e contra-referência, no intuito de atender às necessidades assistenciais e adequação tecnológica para tratar distintos agravos à saúde (CECÍLIO, 1997).

Cecílio (1994) ainda aponta que as Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pela Atenção Básica, estariam localizadas na base desta pirâmide, como porta de entrada e trabalhando no atendimento a uma população adscrita. Já na parte intermediária da pirâmide estariam os serviços de atenção secundária, serviços ambulatoriais, apoio diagnóstico e terapêutico e alguns serviços de urgência. E no topo da pirâmide estariam os serviços de maior complexidade.

O autor propõe ainda uma readequação deste modelo assistencial, pensando-o como um círculo no qual “todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos” (CECÍLIO, 1997, p. 477).

Na prática o que se vê na atualidade é uma completa distorção do que é proposto. O acesso inicial à rede geralmente se dá, em muitos casos, por meio dos hospitais, serviços de urgência e ambulatórios, gerando um ciclo difícil de solucionar: o paciente recorre à Atenção Primária, precisa de encaminhamento para determinada especialidade, tarda ou não consegue encaminhamento. Pela ineficiência do sistema, passa a procurar diretamente os demais níveis, superlotando ambulatórios e hospitais com casos facilmente solucionáveis na Atenção Básica.

Dificuldades relacionadas à fragmentação da rede assistencial, bem como à escassa comunicação entre os prestadores dos serviços de saúde têm se constituído, na atualidade, um dos maiores desafios para a organização dos sistemas de saúde dos países, independente do seu grau de desenvolvimento (NAVARRETE et al, 2005; HAGGERTY et al, 2003). Ainda nas palavras de

Navarrete et al (2005), a insuficiência na comunicação entre os prestadores é um dos maiores desafios encontrados para um cuidado eficaz.

Diante da situação epidemiológica caracterizada por crescente predomínio de condições crônicas, cujo cuidado exige acesso a diversos serviços, há uma urgente demanda por mudanças na organização dos sistemas de serviços de saúde para maior eficácia nas ações.

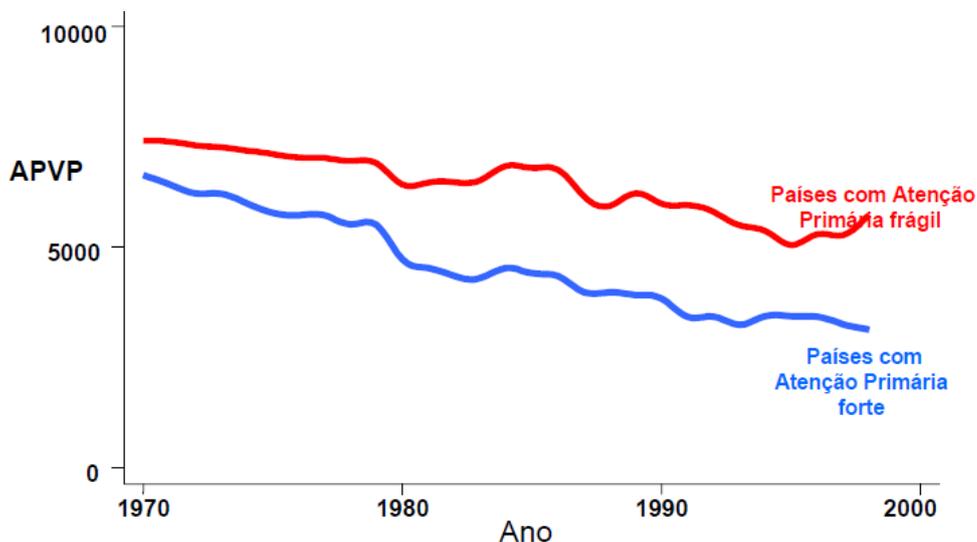
As dificuldades de comunicação entre os prestadores de saúde já foram inclusive assinaladas em estudos na Dinamarca, Suécia e Espanha, que apontaram limitações das mais diversas, tais como separação dos níveis assistenciais, recomendações variadas sobre o tratamento a ser utilizado, desconhecimento e pouca comunicação entre os profissionais nos distintos níveis e falta de sistemas de informação compatíveis (WADMANN et al, 2009; ELUSTONDO et al, 2009).

No contexto da América Latina, de acordo com Conill e Fausto (2009), a Atenção Primária ainda é caracterizada por uma insistente fragmentação, mesmo nos países que possuem cobertura universal.

Na realidade brasileira, a implantação da Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do sistema, significou, indubitavelmente, um grande avanço na prestação dos serviços e na prevenção aos agravos de Saúde. Este fato é comprovado por estudos acadêmicos que apontam a eficácia das ações da ESF sobre a diminuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil. Uma destas pesquisas demonstra que a Saúde da Família no período de 1992 a 2002 apresenta indicadores animadores como a redução da deste coeficiente. Este estudo, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, demonstra que a cada 10% de aumento de cobertura o índice de mortalidade infantil cai em 4,6% (MACINKO et al, 2006).

Bezerra Filho et al. (2007) também afirma, através de uma análise empreendida em municípios do Estado do Ceará, o efeito significativamente positivo da ESF na redução da mortalidade pós-neonatal. Tal fato foi também observado por Macinko et al (2003) quando analisou a relação existente entre a qualidade da Atenção Primária prestada em 18 países e a ocorrência da mortalidade prematura, conforme demonstra o Gráfico 3.

Gráfico 3. Tipo de Atenção Primária à Saúde e Mortalidade Prematura em 18 países da OCDE.



Fonte: Macinko et al (2003).

Contudo, quando o usuário necessita de cuidados especializados os problemas não se distanciam demasiado dos citados nos países mencionados no início deste tópico. Dentre as dificuldades mais comumente estabelecidas, Mendes (2010) salienta: ausência de mecanismos de regulação tais como marcação de exames e consultas, ineficiência da referência e contra-referência e deficiente comunicação entre os profissionais envolvidos nos distintos níveis de saúde, prejudicando, inclusive os registros clínicos dos pacientes.

Todos esses problemas resultam na descontinuidade do cuidado à saúde dos usuários do SUS (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Esta descontinuidade torna-se ainda mais evidente quando observada a contra-referência, conforme analisado a seguir.

2.4 REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Conceitualmente, e em termos gerais, a referência é estabelecida por meio do encaminhamento de usuários para serviços de maior complexidade, visando complementar a resolubilidade da unidade de saúde de origem. Já a

contra-referência é o ato formal de encaminhamento do usuário à unidade de saúde que o referiu, após resolução da causa da referência. Esta contra-referência deve ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento do usuário na unidade de procedência (COSTA, 2009).

Em pesquisa realizada, Trevisan et al (2012), identificaram que mais da metade das pessoas atendidas pelo Sistema Único de Saúde indicaram bom grau de satisfação com os serviços, mesmo diante dos problemas na qualidade do atendimento. No que diz respeito às respostas negativas, as justificativas mais comumente observadas estavam relacionadas com o prolongado tempo de espera nas filas, à ansiedade ou à tensão para ser atendido.

A organização normativa de um sistema de referência e contra-referência, estruturado de modo sistêmico e atrelado às políticas de integração regional, tem o poder de estreitar a distância já bem conhecida (principalmente pelos usuários) entre a atenção realizada na ESF e aquela disponível nos serviços de maior complexidade assistencial (AZEVEDO, 2003).

É a partir da estruturação do sistema de referência e contra-referência que o fluxo de encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção torna-se facilitado. Todavia, para que seja realmente estabelecida é necessária uma efetiva integração entre os serviços e a implementação de fluxos formais de encaminhamento dos usuários.

A Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a política nacional da atenção básica, assegura que devem ser disponibilizados à população infraestrutura e recursos necessários à “garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”. Contudo, de fato o que se vê é que estes fluxos, na maioria das vezes, não funcionam como é preconizado.

Na referência, além da insuficiência das vagas e gestão das cotas, que será discutido nos capítulos posteriores, o encaminhamento ainda sofre forte dependência da rede de contatos e influência do profissional que encaminha, não estabelecendo os fluxos formais.

Esta problemática foi também apontada por Bomfim et al (2002), em uma pesquisa empreendida com usuários e profissionais da ESF. Os autores

identificaram que a opção encontrada por muitos profissionais está na possibilidade de funcionamento informal do sistema de referência e contra-referência, por meio de contatos pessoais dos membros das equipes com profissionais vinculados a setores de média e alta complexidade.

No Recife, quando um paciente é encaminhado para algum atendimento especializado o mesmo recebe uma ficha de encaminhamento ao especialista (Anexo 2). Nesta ficha há um campo denominado “Contra-Referência” que, em tese, deve ser preenchido pelo especialista, com observações e descrição do diagnóstico possivelmente identificado. O paciente retorna à Atenção Básica para que o médico de saúde da família prossiga o acompanhamento.

Mas, conforme narrado pelos que compõem a ESF: *“A contra-referência é um fantasma... O grande problema da contra-referência são os médicos, posso contar, em um ano, nos dedos de uma mão quantos chegaram com a contra-referência”* (Médico da Estratégia de Saúde da Família).

Neste fato relatado reside a primeira dificuldade para que a contra-referência ocorra eficazmente: o pouco interesse por parte dos médicos especialistas em preencher estes dados. Além disto, diversas unidades especializadas exigem que esta ficha de encaminhamento seja arquivada para posterior controle de atendimento. Desta forma, este que deveria ser um instrumento para que o fluxo de informações fosse estabelecido, acaba sendo identificado como uma etapa burocrática no processo de atendimento. Quando não ocorre o arquivamento, estas fichas acabam sendo descartadas já nas unidades especializadas ou pelos pacientes: *“A explicação de ficha clínica que é feita, muitas vezes, é jogada no lixo”* (Médico da Estratégia de Saúde da Família).

Em alguns estados brasileiros o prontuário e a ficha de encaminhamento são preenchidos eletronicamente, no ato da consulta. Todavia há diversos registros de lentidão do sistema, e o que deveria agilizar acaba por delongar ainda mais o atendimento. Somado a isto, no sistema eletrônico ou manual, a quantidade exorbitante de pacientes a serem acolhidos por dia, acaba por influenciar na necessidade de um atendimento mais rápido. Reservar um tempo da consulta na descrição de um parecer médico para a contra-referência, no geral, fica em último plano.

O grande benefício trazido pelo sistema de referência e contra-referência reside justamente neste fluxo de informações entre o profissional generalista e o profissional especialista. Sendo esta articulação limitada, as informações que chegam à unidade de saúde de procedência acabam sendo conduzidas apenas pelo relato do paciente, de acordo com seu entendimento e não pelo contato entre estes profissionais.

Além disto, um paciente que teve dificuldades de agendamento de consulta na Atenção Básica e passou meses esperando uma consulta com especialista, dificilmente retornará à USF para que a contra-referência seja realizada. As falas dos ACSs também reinteram a dificuldade: *“O paciente recebe um papel que tem referência e contra-referência, mas nunca volta, a contra-referência nunca volta, a contra-referência não existe, só ta no papel”* (Agente Comunitário de Saúde).

Em determinadas especialidades a ausência da contra-referência se constitui um problema ainda maior. Casos referenciados à fisioterapia, oftalmologia, entre outros, necessitam de um acompanhamento contínuo. Nesta última especialidade relatada, o não acompanhamento de pacientes diabéticos, hipertensos ou que apresentem glaucoma, pode implicar inclusive na perda da visão.

“O nosso grande dilema é a oftalmologia, não encaminha de maneira alguma. A gente precisaria muito de uma contra-referência nessa área. É importante para a gente que acompanha pacientes diabéticos, hipertensos, que são um dos principais problemas para perda de visão, para saber como é que está o grau de agravo e risco de perda de visão. Mas fica como se fosse um acompanhamento segmentado” (Médico da Estratégia de Saúde da Família).

Os obstáculos encontrados para a referência e contra referência aos serviços dos níveis secundários e terciários são acentuados e a implicação é o acréscimo de enfermidades que, por ineficiência de diagnóstico e controle

oportunos, agravam e têm sua atenção adequada apenas no nível hospitalar (GONÇALVES, 2009).

Enquanto o fluxo de informações dentro da rede for limitado e o acesso aos serviços não forem estabelecidos por meio dos fluxos formais, a referência e contra-referência continuarão sendo identificadas por profissionais e usuários da rede como um alvo distante de ser alcançado.

Pustai (2006) menciona que é essencial que haja fluxos de referência e contra-referência claros e funcionando para que o acesso seja garantido a todos, mas respeitando a prioridade do usuário ao atendimento especializado. Neste sentido, *“o mais importante da referência é um diálogo entre profissional generalista e profissional especialista para poder resolver o caso de maneira mais adequada”* (Entrevista realizada com médico da Estratégia de Saúde da Família).

Essa possibilidade é consolidada a partir do momento em que os serviços reconhecem no território um espaço de intervenção contínua, fato este que facilita o estabelecimento de vínculo e responsabilidade entre a coordenação, a equipe de saúde e a população local (BARRETO et al, 2012).

**3. ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO DO
CONCEITO DE TERRITÓRIO: PERSPECTIVA
OPERACIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE
FAMÍLIA**

3. ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO DO CONCEITO DE TERRITÓRIO: PERSPECTIVA OPERACIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA

As marcantes desigualdades sociais no Brasil têm forte expressão territorial, indicando a importância de políticas públicas mais integradas, assim como da adoção de enfoques abrangentes sobre o território. Isto aponta para a necessidade do fortalecimento da dimensão territorial no âmbito do SUS, visto que a saúde analisada pela ótica geográfica expressa as condições de existência do ser humano no território. É nesta acepção que a categoria território se mostra pertinente, tanto no que diz respeito ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação das realidades sociais mais lastimáveis.

O território, cenário das relações sociais, é indispensável para analisar a apropriação do espaço e sua relação com a saúde, além de ser essencial para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Diante desta assertiva, torna-se evidente a necessidade de uma discussão mais aprofundada deste conceito e, posteriormente, discorrer a respeito dos critérios estabelecidos para a definição dos territórios da saúde e sua importância no âmbito das políticas públicas de saúde e em particular na Estratégia de Saúde da Família.

3.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE TERRITÓRIO

A Geografia alcança neste fim de século a sua era de ouro, porque a geograficidade se impõe como condição histórica, na medida em que nada considerado essencial hoje se faz no mundo que não seja a partir do conhecimento do que é Território. O Território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência. A Geografia passa a ser aquela disciplina mais

capaz de mostrar os dramas do mundo, da nação, do lugar (SANTOS, 2002, p. 9).

Esta asseveração de Milton Santos, relatada em um ensaio publicado em 2002, reflete de forma perspicaz o caráter central que o conceito de Território tem conquistado. Também indica que a categoria de análise território carrega uma variedade de concepções e é de grande importância para a compreensão vida cotidiana.

Por meio da etimologia da palavra é possível tornar patente a significação dessa expressão como “terra pertencente a” - *terri* (terra) e *torium* (pertencente a) -, de origem latina; ou como “*terreo-territor*” (aterrorizar - aquele que aterroriza) de origem grega (HAESBAERT, 2006).

As diversas acepções deste conceito revelam as oscilações de significado e compreensão, inclusive na análise de diversas ciências tais como a Biologia (etologia), Ciências Políticas (Estado) e Antropologia (territorialidade), etc. (BARCELLOS; PEREIRA, 2006).

A concepção mais difundida na geografia foi divulgada a partir do pensamento de Ratzel. O território é, nesta concepção, uma área delimitada pelas fronteiras nacionais de um Estado. Para este autor “... o Estado é o único grupo que pode receber uma extensão territorial contínua...” (RATZEL apud MENDOZA, 1982, p.198).

No intuito de ampliar o conceito de território no sentido de incorporar novos atores, além do Estado, o geógrafo franco-suíço Raffestin, um dos pioneiros nesta abordagem, aponta para o fato de que, a chave para o estudo do território é o poder, não só o poder do Estado, mas o exercido por atores que surgem da população (MONKEN et. al., 2008).

Os atores sociais “produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço. Há, portanto, um 'processo' do território quando se manifestam todas as espécies de relações de poder, que se traduzem por malhas, redes e centralidades” (RAFFESTIN, 1993).

Raffestin (1993) aponta que, nas últimas décadas, os geógrafos têm tratado com mais frequência da categoria território, o que não ocorria anteriormente, quando os debates giravam em torno do conceito de espaço.

Claval (1999), também se refere a esta tendência recente das ciências humanas no estudo do território. Este fato indica o seu caráter essencial para a análise da sociedade contemporânea, tendo em vista as intensas modificações ocorridas a partir da segunda metade do século passado.

Raffestin destaca em sua obra a sua compreensão sobre o conceito de espaço geográfico, entendendo-o como substrato, um palco, preexistente ao território. A esse respeito o autor assim se pronuncia:

É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente [...] o ator “territorializa” o espaço (RAFFESTIN, 1993, p. 143).

Na obra de Raffestin, o conceito de espaço e território se diferenciam pelas relações de poder. Dentro desta concepção, o território seria, portanto:

[...] um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. (...) o território se apoia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolve, se inscreve num campo de poder [...] (RAFFESTIN, 1993, p. 144).

Para este autor, o espaço é a matéria-prima do território, preexiste a qualquer ação intencional de determinado ator que dele procure se apropriar. Considerando-se a apropriação decorrente das relações de poder, ao se materializar no espaço, o humaniza.

Rückert e Misoczky (2002), comentando as concepções de Raffestin sobre a produção do espaço, indicam que o território não é um objeto no sentido do espaço, mas um processo em perpétua evolução e transformação segundo escalas temporais particulares.

Contrapondo as ideias de Raffestin, Marcelo José Lopes de Souza considera que o referido autor atribui ao território papel de substrato das relações sociais. Souza (2001) define-o como campo de forças, rede ou teia de relações

sociais que determina um limite e alteridade, contrapondo os inseridos e os estranhos àquele espaço.

Raffestin não chega a romper com a velha identificação do território com o seu substrato material, [...], a diferença é que Raffestin não se restringe ao “solo pátrio”, ao *Boden* ratzeliano. Essa materialização do território é tanto mais lamentável quando se tem em mente que Raffestin pretendeu desenvolver uma abordagem relacional adequada à sua Geografia do poder, entendida de modo frutífero mais abrangente do que como uma Geografia do Estado. Ao que parece, Raffestin não explorou suficientemente o veio oferecido por uma abordagem relacional, pois não discerniu que o território não é o substrato, o espaço social em si, mas sim um campo de forças, as relações de poder espacialmente delimitadas e operando, destarte sobre um substrato referencial. (sem sombra de dúvida pode o exercício do poder depender muito diretamente da organização espacial, das formas espaciais, mas aí falamos dos trunfos espaciais da defesa do território, e não do conceito de território em si) (SOUZA, 2001, p. 97).

Para Souza (2001), o território não está associado apenas ao poder do Estado, mas também à cultura por meio dos membros da coletividade que também não deixam de exercer poder. O território seria, desta forma, uma complexa rede de relações sócio-espaciais.

O referido autor salienta ainda que o território é um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder, e que o poder não se confunde com violência e dominação. Sendo assim, o conceito de território deve abarcar mais que o território do Estado-Nação.

Assim sendo, na visão de Marcelo Lopes de Souza, o território deve ser compreendido a partir de múltiplas vertentes com distintas funções. Mesmo privilegiando as transformações provenientes do poder no território, o autor aponta a existência de múltiplos territórios, sobretudo nas grandes cidades.

Propõe, ainda, o conceito de território autônomo como uma alternativa de desenvolvimento. A autonomia constitui, em seu entendimento, a base do desenvolvimento, este encarado como processo de auto-instituição da sociedade rumo a uma maior liberdade e menor desigualdade. Sendo assim:

Uma sociedade autônoma é aquela que logra defender e gerir livremente seu território [...] Uma sociedade autônoma não é uma sociedade sem poder [...] No entanto, indubitavelmente, a plena autonomia é incompatível com a existência de um “Estado” enquanto instância de poder centralizadora e separada do restante da sociedade (SOUZA, 2001, p.106).

Saquet (2004) esclarece que, apesar das críticas de Souza (2001) às obras de Ratzel e Raffestin, seu entendimento de território apoia-se nas obras destes. O mesmo autor ainda empreende um resgate das diversas interpretações do conceito de território, considerando as três vertentes mencionadas por Haesbaert (jurídico-política, econômica e cultural), como sendo essenciais para se fazer as interligações necessárias.

Ainda que salientando a importância da interligação entre as diversas vertentes, Saquet enfatiza os aspectos econômicos e políticos, além de fazer uma relação com a vertente cultural. Contudo, além das vertentes econômicas, políticas e culturais, Saquet também considera a vertente da natureza, que sempre estará presente dentro do território. De acordo com o autor, a natureza está no território, é dele indissociável.

Saquet destaca, além disso, a influência destes três autores na análise territorial:

Milton Santos elabora uma argumentação de caráter eminentemente epistemológica, pautada em processos sociais e reconhecendo a natureza como um elemento do território; R. Haesbaert faz uma discussão teórica e ontológica centrada na reterritorialização a partir de fatores políticos e culturais, incorporando mais recentemente uma preocupação mais sistemática com a natureza e, M. Saquet, efetiva uma discussão teórico-metodológica, destacando a produção do território sob as forças econômicas, políticas e culturais [...] (SAQUET, 2007, p. 122).

Acerca deste debate, Haesbaert (2006) reúne várias abordagens do conceito de território em três concepções. A primeira *Política*, na qual o território vincula-se ao poder, na maioria das vezes ao poder institucional (Estado); na segunda linha a *Cultural*, em que as representações e relações simbólicas de

grupos são levadas em consideração e; na terceira, a *Econômica* na qual se destacam as relações econômicas.

Haesbaert (2002) identifica uma multiterritorialidade reunida em três elementos: os territórios-zona, os territórios-rede e os aglomerados de exclusão. Para o autor, nos territórios-zona prevalece a lógica política; nos territórios-rede prevalece a lógica econômica e nos aglomerados de exclusão ocorre uma lógica social de exclusão sócio-econômica das pessoas.

Segundo Faria e Bortolozzi (2009), as abordagens do conceito de território que vêm sendo trabalhado por muitos pesquisadores nas últimas décadas, têm como principal referência a obra de Milton Santos.

O citado autor traz importantes contribuições para a construção do conceito de território. Santos (1997) salienta a importância de se compreender a categoria território, uma vez que, para o autor, é na base territorial que tudo acontece, mesmo as configurações e reconfigurações mundiais influenciando o espaço territorial.

Segundo Santos (1985), a periodização da história é que define como será organizado o território, ou seja, o que será o território e como serão as suas configurações econômicas, políticas e sociais. A formação do território é algo externo ao território.

Santos (1996) também faz uma diferenciação acerca dos conceitos de território e espaço, nomeando o território como configuração territorial e definindo-o como o todo. Quanto ao espaço, é conceituado como a totalidade verdadeira, semelhante a um matrimônio entre a configuração territorial, a paisagem e a sociedade. Para o autor:

Podem as formas, durante muito tempo, permanecer as mesmas, mas como a sociedade está sempre em movimento, a mesma paisagem, a mesma configuração territorial, nos oferecem, no transcurso histórico, espaços diferentes (SANTOS, 1996, p. 77).

Estes espaços diferentes são resultantes das articulações entre a sociedade, o espaço e a natureza. Assim, o território poderá adotar

espacialidades particulares, conforme há o movimento da sociedade, nos seus múltiplos aspectos: sociais, econômicos, políticos, culturais e outros.

Para Santos (1997), a formação do território perpassa pelo espaço e a forma do espaço é encaminhada segundo as técnicas vigentes e utilizadas no mesmo. O território pode ser distinguido pela intensidade das técnicas trabalhadas, bem como pela diferenciação tecnológica das técnicas, uma vez que os espaços são heterogêneos. Configura-se pelas técnicas, pelos meios de produção, pelos objetos e coisas, pelo conjunto territorial e pela dialética do próprio espaço.

Por outro lado, Manuel Correia de Andrade (1995) faz uma análise da questão do território no Brasil, trabalhando o conceito de território com uma abordagem profundamente política e econômica de ocupação do espaço.

A exemplo de Raffestin, a ideia de poder é uma constante na análise do território realizada por Andrade:

O conceito de território não deve ser confundido com o de espaço ou de lugar, estando muito ligado à ideia de domínio ou de gestão de uma determinada área. Deste modo, o território está associado à ideia de poder, de controle, quer se faça referência ao poder público, estatal, quer ao poder das grandes empresas que estendem os seus tentáculos por grandes áreas territoriais, ignorando as fronteiras políticas. (ANDRADE, 1995, p.19).

Em sua obra, Andrade (1995) distingue território de espaço. O território associa-se mais à ideia de integração nacional, de uma área efetivamente ocupada pela população, pela economia, a produção, o comércio, os transportes, a fiscalização etc. É no território que as relações capitalistas se fazem presentes. Já o espaço é mais amplo que o território, abrangendo também as áreas vazias que ainda não se territorializaram, isto é, que ainda não foram ocupadas efetivamente. Desta forma, o espaço é mais amplo que o território, englobando-o. É uma área delimitada geograficamente e administrativamente pelas suas fronteiras.

Por fim, nas palavras de Haesbaert (2007), “o território é sempre múltiplo, diverso e complexo”. Em decorrência deste raciocínio e diante da complexidade

assumida por este conceito e por tudo o que ele significa não se pretende neste trabalho adotar, neste momento, uma única versão sobre a conceituação do território, mas a soma destas definições nos aproxima de uma compreensão mais clara deste e de sua aplicabilidade no sistema público de saúde, assim como será relatado a seguir.

Todavia, adota-se neste trabalho a compreensão de “Sistema Territorial” trazida por Raffestin (1993), na medida em que se admite que os sistemas de tessituras, nós e redes hierarquicamente organizadas possibilitam o domínio sobre o que pode ser distribuído, alocado e/ou possuído. É nesse “Sistema Territorial” onde se originam as relações de poder, sendo ele o responsável pela integração e a coesão dos territórios. As tessituras, nós e redes estão presentes no campo da saúde e sua análise pode influir numa proposta de melhoria destes serviços que são organizados em rede.

3.2 AS IMPLICAÇÕES DO CONCEITO DE TERRITÓRIO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Com o processo de Reforma Sanitária Brasileira e a idealização do Sistema Único de Saúde houve uma ampla discussão a respeito do funcionamento dos serviços de saúde e, por consequência, da base territorial na qual estes serviços estavam estabelecidos. Tal fato implicou numa maior atenção sobre os critérios utilizados para a delimitação de territórios nesta área.

Neste contexto, observou-se que, para atingir de forma adequada distintos grupos populacionais com diversas características epidemiológicas, econômicas e sociais, seria indispensável a definição de uma gestão territorial que fosse capaz de trazer uma melhor compreensão a respeito das necessidades locais da população. Tal gestão, nas palavras de Santos (1998), deve assegurar o acesso aos bens e serviços básicos para uma adequada qualidade de vida.

Sendo assim, é necessário que haja uma análise das relações entre os territórios em diferentes escalas: as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, entre outros.), os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.) e, partindo disto,

instaurar a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, etc. “Ao entender essas relações, que se desdobram em diferentes funções-usos espaciais, torna-se possível delimitar territorialmente um espaço para a implementação de ações práticas de saúde” (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p.37).

O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita (UNGLERT, 1999, p. 222).

A detecção das desigualdades existentes, através de critérios básicos para a territorialização, implica em uma melhor ação em cima dos problemas averiguados bem como o estabelecimento de condições para um sistema equitativo em saúde (UNGLERT, 1999).

A implementação das políticas públicas deve ser pensada a partir de necessidades emergentes no território. A percepção das conexões realizadas na dinâmica cotidiana dos territórios é de fundamental importância para que o Estado pense em respostas que priorizem situações de risco, vulnerabilidades e exclusões pessoais e sociais (KOGA; NAKANO, 2006).

Neste sentido, do ponto de vista do planejamento de políticas públicas é imprescindível refletir sobre o papel do território, como apontam Santos e Silveira (2010, p.11), pensando-o “(...) como ator e não apenas como palco, isto é, o território no seu papel ativo”.

De acordo com Mendes (1999), no sistema de saúde, o território é compreendido sob dois pontos de vista: como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica-burocrática, ou como o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política.

Todavia, no Sistema Único de Saúde, as divisões territoriais estabelecidas possuem caráter estritamente político-administrativo, tais como o município, distrito sanitário, área de abrangência, entre outros. Tal compreensão acaba por negligenciar a sua potencialidade para identificar problemas de saúde e de propor intervenções baseadas nas reais necessidades da população.

O território do distrito sanitário ou do município representa muito mais do que simplesmente o espaço político operativo do sistema de saúde. Ele é caracterizado por uma população específica, que vive em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde distintos e que interage com os gestores das diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço abarca, deste modo, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, social, cultural, tecnológico, político, administrativo e epidemiológico que o caracteriza como um território em constante construção (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Mendes (1999) também ressalta que as divisões territoriais na saúde vão muito além de um espaço meramente político operativo. Correspondem à interação população-serviços no nível local, caracterizando uma população específica, com problemas de saúde definidos, vivendo em tempo e espaço determinados, e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

Esse território expõe, deste modo, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e se expressa em um território em constante construção (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Este entendimento segue no sentido inverso da compreensão atualmente estabelecida, ou seja, de um território burocrático, utilizado como mero *locus* de realização dos serviços, mas sem o reconhecimento das múltiplas territorialidades ali existentes. O reconhecimento desta distinção por parte das políticas públicas de saúde pode promover uma readequação dos critérios instituídos e, por sua vez, uma maior eficácia das ações.

A compreensão do território na saúde deve levar em consideração o que foi relatado por Santos e Silveira (2010, p.12): "... o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado".

A este respeito, Gondim et al (2008) afirma que não faz sentido identificar o território apenas como delimitação de uma área, é necessário distinguir

processos e territorialidades que diversas vezes infringem limites imputados por atores determinados.

Nesse sentido, ao se buscar aperfeiçoar a ação institucional do setor saúde é preciso reconhecer nos territórios mais do que a sua delimitação “ótima” do ponto de vista funcional, mas percebê-lo como uma instância de poder, do qual participam as populações a eles adscritas. Só assim, este poder será legítimo. Para isso é preciso conhecer o território, sua população e os processos que aí se desenvolvem (o território usado) [...] Utilizar a categoria território como elemento estruturador das ações em saúde é mais do que gerar novas delimitações administrativas (GONDIM et al, 2008, p.17).

O território é ainda consequência de um acúmulo de conjunturas históricas, ambientais, sociais que geraram condições particulares para o surgimento de doenças. A identificação desse território é o passo inicial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como para averiguar do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Possibilita, também, o desenvolvimento de uma conexão entre os serviços de saúde e as categorias de análise de cunho geográfico (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

As diferenças territoriais interferem, até mesmo, na equidade em saúde, visto que a distribuição dos serviços é fator condicionante do acesso (oferta), bem como a distância para o atendimento e as condições sócio-econômicas da população, que compõem a acessibilidade geográfica (consumo dos serviços) (OLIVEIRA; MENDES, 1995).

Portanto, o território na saúde deve ser compreendido, assim como afirma Monken (2008), como um suporte da organização dos serviços e práticas em saúde; suporte da vida da população; território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar; como o território da responsabilidade e da atuação compartilhada.

Entretanto, Bezerra (2012) aponta algumas limitações ainda existentes na gestão territorial no campo da saúde: a formação básica dos profissionais de saúde não contempla conteúdos relacionados ao espaço geográfico, território, etc; as bases cartográficas utilizadas são desatualizadas; são incipientes as

ações intersetoriais que prezam por práticas interdisciplinares na concepção e operacionalização das políticas de saúde; a lógica curativa ainda persiste em algumas ações, em detrimento da prevenção.

O território como um conceito polissêmico pode ser analisado sob distintas óticas, entretanto a proposta conceitual aqui adotada busca o entendimento da lógica da construção dos territórios na saúde e a forma como se estruturam. Neste sentido, após a análise da aplicação deste conceito nos serviços de saúde, cabe neste momento um aprofundamento de como o território é compreendido no contexto da Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada da rede hierarquizada.

O território seria, portanto, a base da análise que possibilita uma visão totalizadora dos determinantes, fatores de risco, agravos e danos à saúde. Vale ressaltar que a atuação em uma base territorial no campo da saúde exige a adaptação de equipes que estejam organicamente vinculadas às comunidades e famílias, com um novo olhar sobre os processos de saúde e doença, como o que é proposto na Estratégia de Saúde da Família. Uma melhor compreensão deste conceito pode interferir na possibilidade de alcançar maior efetividade nas ações do campo da atenção básica.

3.3 TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A ESF COMO “ESTREITA” PORTA DE ENTRADA

A Estratégia de Saúde da Família é admitida como a mais apropriada porta de entrada do sistema de saúde e alguns fatores são considerados determinantes para tal afirmação. O primeiro deles é que a proximidade da unidade de saúde do local de moradia dos usuários propicia um maior vínculo da equipe de saúde com a população, além da responsabilidade por um território definido por uma área adscrita.

Para ser considerado “porta de entrada” um serviço deve ser identificado pela equipe e população como recurso inicial a ser buscado diante de uma determinada necessidade. Caso este serviço apresente acesso dificultado, a

procura tende a ser adiada, acarretando um prejuízo no prognóstico do indivíduo (STARFIELD, 2004).

Os benefícios advindos da implantação da Estratégia de Saúde da Família são conhecidos, todavia os entraves ainda existentes no momento que o paciente busca a “porta de entrada” do sistema ainda não foram superados. Estas dificuldades são ainda agravadas quando o usuário necessita de encaminhamento aos demais níveis de atenção. Deficiências na referência e contra referência, elevado tempo de espera para o atendimento, realização e resultado de exames e sobrecarga na demanda são algumas das limitações recorrentes.

Por estes e outros motivos, alguns estudos na área questionam a eficácia do estabelecimento desta “porta de entrada” do sistema público de saúde no Brasil. Entre estes estão Friedrich e Pierantoni (2006) que ressaltam as contradições entre o propósito da ESF e a demanda dos usuários, criticando a fragmentação existente na organização dos serviços que, segundo estes autores, prejudicam o acesso integral ao sistema de saúde, principal função da “porta de entrada”. Corroboram com este raciocínio Cecílio (1997), Merhy e Queiroz (1993) que, por sua vez, apontam também a inconsistência do modelo que pretende realizar a integralidade das ações de forma plena, coletiva e individual.

Pereira e Barcellos (2006) apontam que há na Estratégia de Saúde da Família distintas concepções de território. Estas, por sua vez, são expressas na prática de trabalho por meio da forma como são organizadas as ações, do modo como entendem a área de trabalho e da maneira como são estabelecidos os vínculos entre a população e o território. Estas distintas concepções podem influenciar a operacionalização do programa.

A territorialização é um dos pressupostos contidos no ideário da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Bases territoriais tais como a área de abrangência das unidades de saúde, área de atuação da equipe de saúde da família e dos agentes de saúde são delimitações que seguem os princípios da regionalização e hierarquização, propostos pelo SUS (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Estes recortes territoriais são facilmente visualizados e esclarecidos a partir do Quadro 7 a seguir:

Quadro 7. O Território na Estratégia de Saúde da Família

Território	Lógica de existência	Extensão territorial	Objeto de ação	Delimitação Territorial/ Fronteiras
Distrito Sanitário	Caráter político-administrativo-assistencial;	Município; Subprefeituras; regiões administrativas; bairros; consórcio de municípios;	Técnico-administrativo assistencial;	Físico-Jurídicas;
Área	Abrangência geográfica de Unidades de Saúde; Caráter administrativo-assistencial;	Entorno delimitado pelos fluxos de trabalhadores da saúde e da população e pelas barreiras físicas;	Organização básica da prática de assistência à demanda;	Físico-Jurídicas;
Microárea	Homogeneidade socioeconômica-ambiental e sanitária-cultural; Caráter socioeconômico-cultural-ambiental;	Áreas com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde;	Contexto de vulnerabilidade em saúde para a intervenção da Vigilância em Saúde;	Condições de vida e situação de saúde;
Moradia	Família nuclear ou extensiva;	Domicílio; Habitação; Condomínios;	Vigilância em Saúde; hábitos sanitários e cidadania;	Físico/Jurídicas;

Fonte: Adaptado de Monken e Barcellos, 2007.

A observação do território na atenção básica tem a pretensão inicial de compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença, como resultante da interação dessas diversas dimensões. A partir disto, pretende-se criar as condições necessárias para vigiar, regular, controlar, organizar e intervir sobre os problemas e necessidades que surgem no território e com a população (GONDIM et al, 2008).

Assim como afirmam Pereira e Barcellos (2006), a noção deste conceito adquire significados distintos e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação; obtenção de informações a respeito da população, do ambiente, e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços contíguos e verticais com os centros de referência.

O território assume, ainda, nas palavras de Bitoun (2000), três funções básicas na Estratégia de Saúde da Família: o território de escuta, no qual se obtém as informações necessárias para que a equidade seja alcançada; o território de administração, onde se busca a articulação com outros territórios, instituições e equipamentos que possam disponibilizar recursos mais complexos; e o território de realizações, onde a prestação dos serviços no espaço vivido é materializada.

Toda Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com a definição de território de abrangência, que seria a área de atuação dos profissionais que trabalham nesta unidade. É de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família o cadastramento e acompanhamento da população que está vinculada a esta área, através da promoção, da prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos mais frequentes.

Assim, as equipes locais devem trabalhar exercendo o papel de coordenação das ações de saúde em cada micro-área do município. São estes os responsáveis pelo atendimento primário, pela decisão de acessar os recursos disponíveis no sistema municipal de saúde e de outras instâncias para atender aos problemas detectados.

Um dos termos largamente utilizados para expor a relação serviço-território-população é a adscrição, que se refere ao território sob incumbência da equipe de saúde da família (BRASIL, 1997). A adscrição é o termo utilizado para descrever o território que está sob a responsabilidade a Equipe de Saúde da Família. Este é um dos requisitos fundamentais para a instalação de uma Unidade de Saúde da Família, já que é através da adscrição da população que é realizada a delimitação da área de abrangência, bem como o diagnóstico e características gerais do local. O que também é ratificado na entrevista com um dos gestores:

“Essa coisa do PSF atender uma população adscrita, de atender aquele número “x” de pessoas, a equipe consegue atender a particularidade de cada caso e isso é fundamental, porque você consegue acompanhar mais de perto” (Entrevista realizada com gestor).

A adscrição da clientela tem o critério geográfico como base para a sua delimitação, o que permite esquadrihar os problemas econômicos e sociais, bem como o perfil epidemiológico dos espaços onde vivem os cidadãos sob a responsabilidade de cada uma das Equipes de Saúde da Família. Sendo assim, o conhecimento da base territorial é de suma importância (SILVA, 2003).

De acordo com os documentos oficiais, a definição desta área deve seguir os critérios populacionais e as especificidades do território em questão para que esta divisão atenda de forma eficiente às necessidades da população usuária. Na prática, contudo, entre os critérios propostos o único que é efetivamente utilizado para a implantação de uma USF é o critério populacional, sem levar em consideração as singularidades e contrastes sócio-espaciais observados em cada comunidade. Isto indica uma divergência entre as orientações normativas e o que de fato é adotado. O relato a seguir exemplifica bem esta visão da gestão no processo de definição das micro-áreas:

Quando vai implantar um PSF todo mundo vai fazer o reconhecimento daquela área. Depois junto com o distrito a gente faz o mapeamento e vai criando as micro-áreas, porque tem que ter uma quantidade “x” de pessoas, não pode ter nem o mínimo nem o máximo (Gestor).

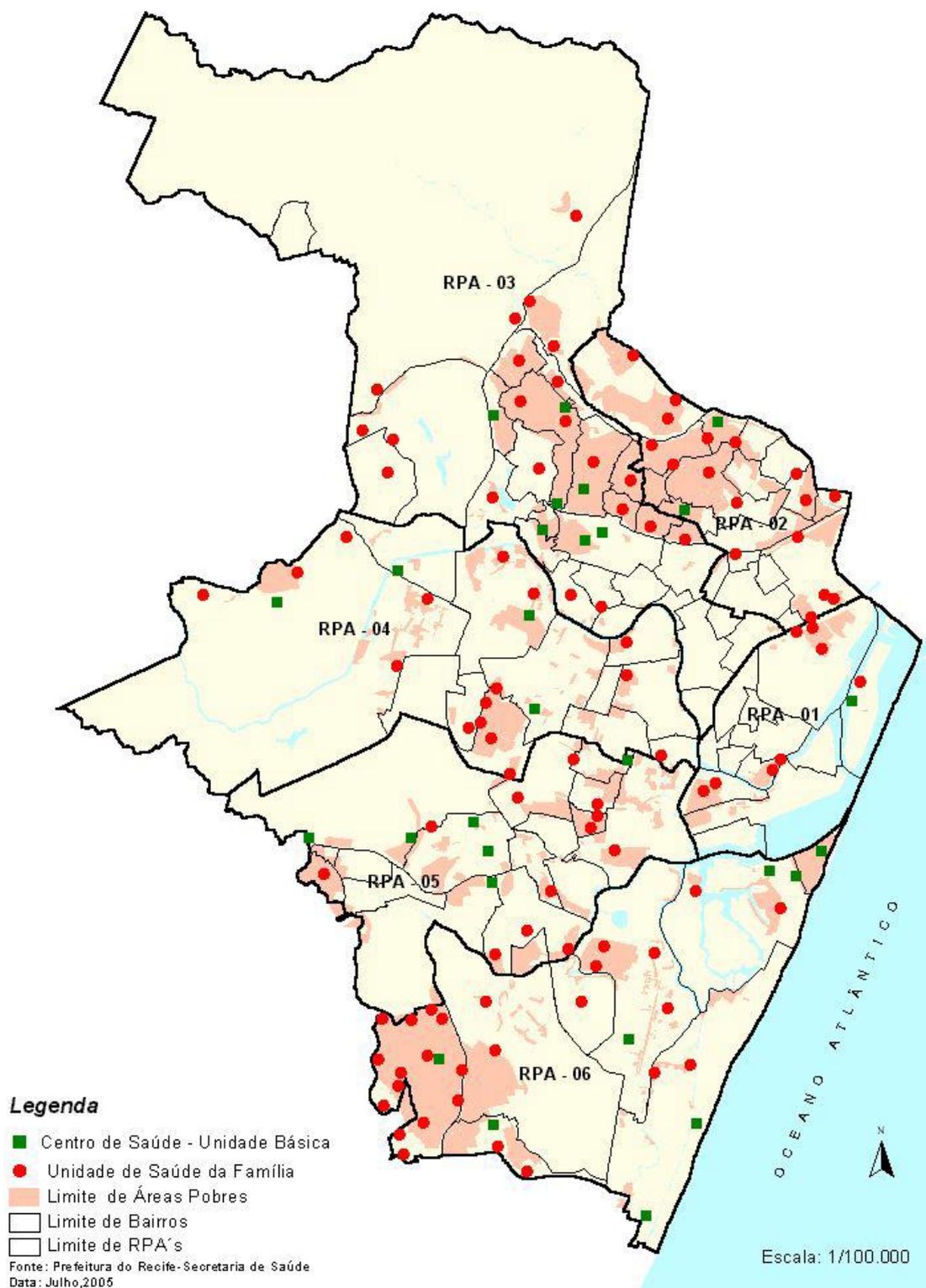
O reconhecimento do território, juntamente com o uso que as pessoas em cada lugar fazem dele, tornam-no um instrumento indispensável na implementação de políticas de organização das ações de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Não podemos implementar políticas de saúde sem levar em consideração as especificidades de cada território, seja ele municipal, estadual ou federal. Promover a saúde instituindo programas setoriais 'para todos' pode vir a ser um equívoco. Políticas únicas, na maioria das vezes, não atendem às diversidades e particularidades territoriais (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 198).

Por meio da análise da Figura 5 é possível observar, no Recife, que a implantação de Unidades Básicas de Saúde ocorre prioritariamente nas áreas caracterizadas por maior nível de pobreza. O intuito reside justamente em priorizar a atenção a quem mais precisa, baseando-se no princípio da equidade.

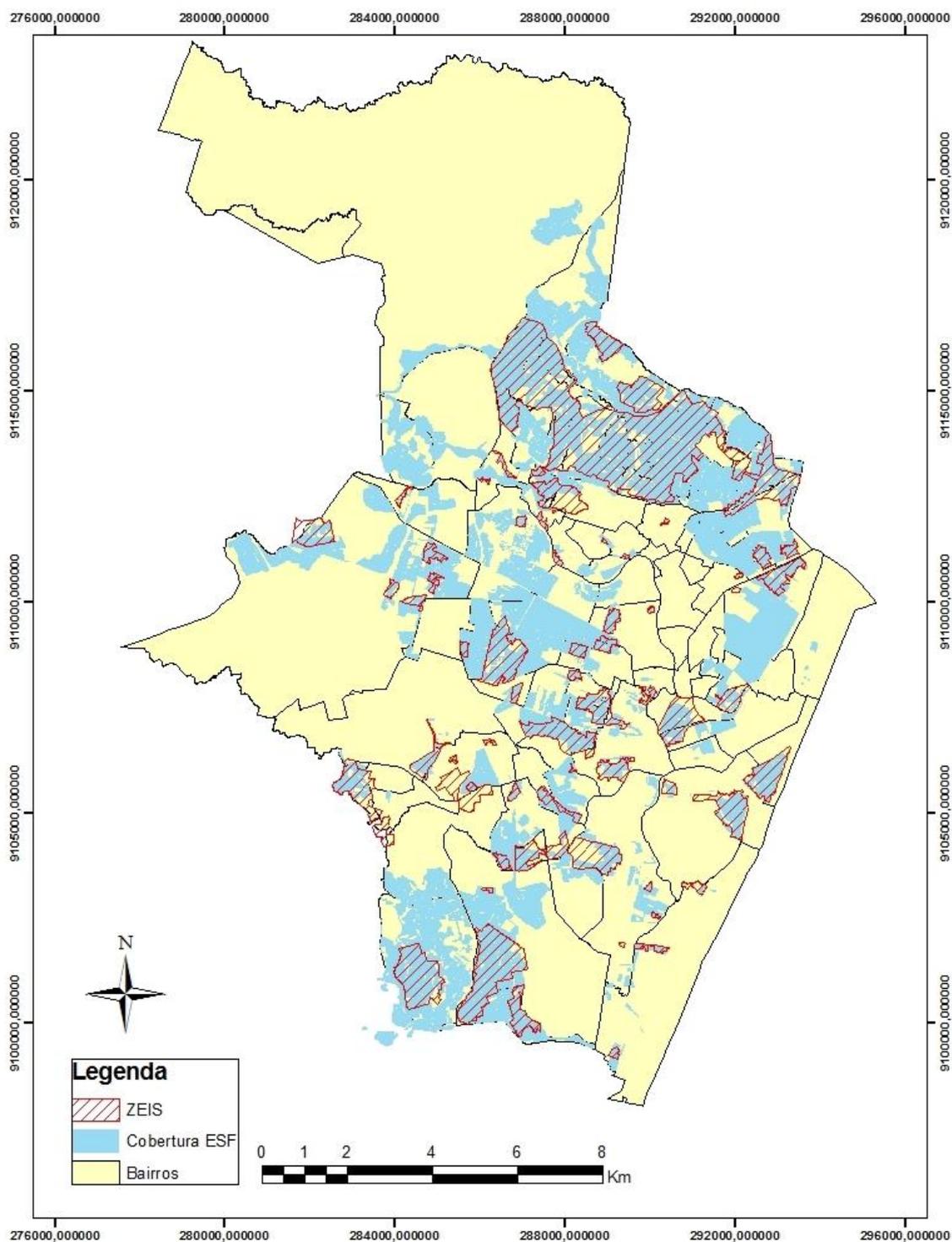
Dentro da mesma perspectiva, a Figura 5 traz uma sobreposição entre as localidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família e áreas que compõem as ZEIS (Zona Especial de Interesse Social). Analisando as duas figuras é possível concluir que apesar da tendência das USFs terem seus prédios estabelecidos nas proximidades de locais que apresentam maior vulnerabilidade social e de haver certa coincidência de áreas cobertas com os recortes espaciais das ZEIS, a Figura 6 evidencia a perspectiva de que ainda há áreas que necessitam de uma atenção diferenciada e que não estão cobertas pela ESF.

Figura 5. Mapa da Rede Municipal de Unidades Básicas de Saúde – Recife.



Fonte: Prefeitura do Recife – Secretaria de Saúde.

Figura 6. Mapa de Cobertura da Estratégia de Saúde da Família em comparação com as áreas de ZEIS – Recife-2014.



Fonte: Base Cartográfica da Prefeitura da Cidade do Recife. Elaboração: a autora.

É imprescindível que o reconhecimento dos contextos de uso do território possa identificar suas peculiaridades e seus problemas baseado em uma abordagem territorial, reconhecendo os usos e as distintas apropriações do espaço feitas pela população assim como as suas implicações para a saúde coletiva (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Há que se considerar que este território compreende indivíduos plenos de sociabilidades, em trajetórias culturais distintas e que estes fatores incidem no estado de saúde das populações. Além disto, as redes sociais existentes não devem ser desconsideradas, pois as mesmas têm o poder de conectar indivíduos a outros atores e instituições (FONTES, 2004), assim influenciando na dinamicidade territorialmente apresentada.

Quando os recortes territoriais são baseados apenas no quantitativo populacional, sem que haja uma caracterização destes territórios, é bem possível que a eficácia das ações seja prejudicada. Tal situação minimiza o grande avanço atrelado à implantação da ESF: o atendimento às famílias circunscritas em uma área definida, sendo observadas as peculiaridades e complexidade que envolve o processo saúde-doença.

Na Estratégia de Saúde da Família, há realmente uma preocupação no sentido de operacionalizar o conceito de território. Entretanto, na prática, não existe a intenção de se discutir mais profundamente os múltiplos sentidos que este conceito pode apresentar, o que acaba por reduzir a sua possibilidade de realizar maiores avanços. O entendimento de território por parte dos técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a maneira como esse território será incorporado à prática de suas ações (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Quando se considera um determinado local delimitado pela ESF pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos. Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem, dão feição ao ambiente, que por sua vez influi no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia na ESF. O território, neste caso, seria mais que um depósito de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, p. 48).

É notório e conhecido que a Estratégia de Saúde da Família tem a sua atuação voltada para a saúde das famílias, porém isto não implica dizer que o recorte territorial onde estas famílias vivem deva ser desconsiderado. “Potencialmente, esses territórios, têm a vantagem de captar e manter atualizados dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida inclusive ambientais” (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

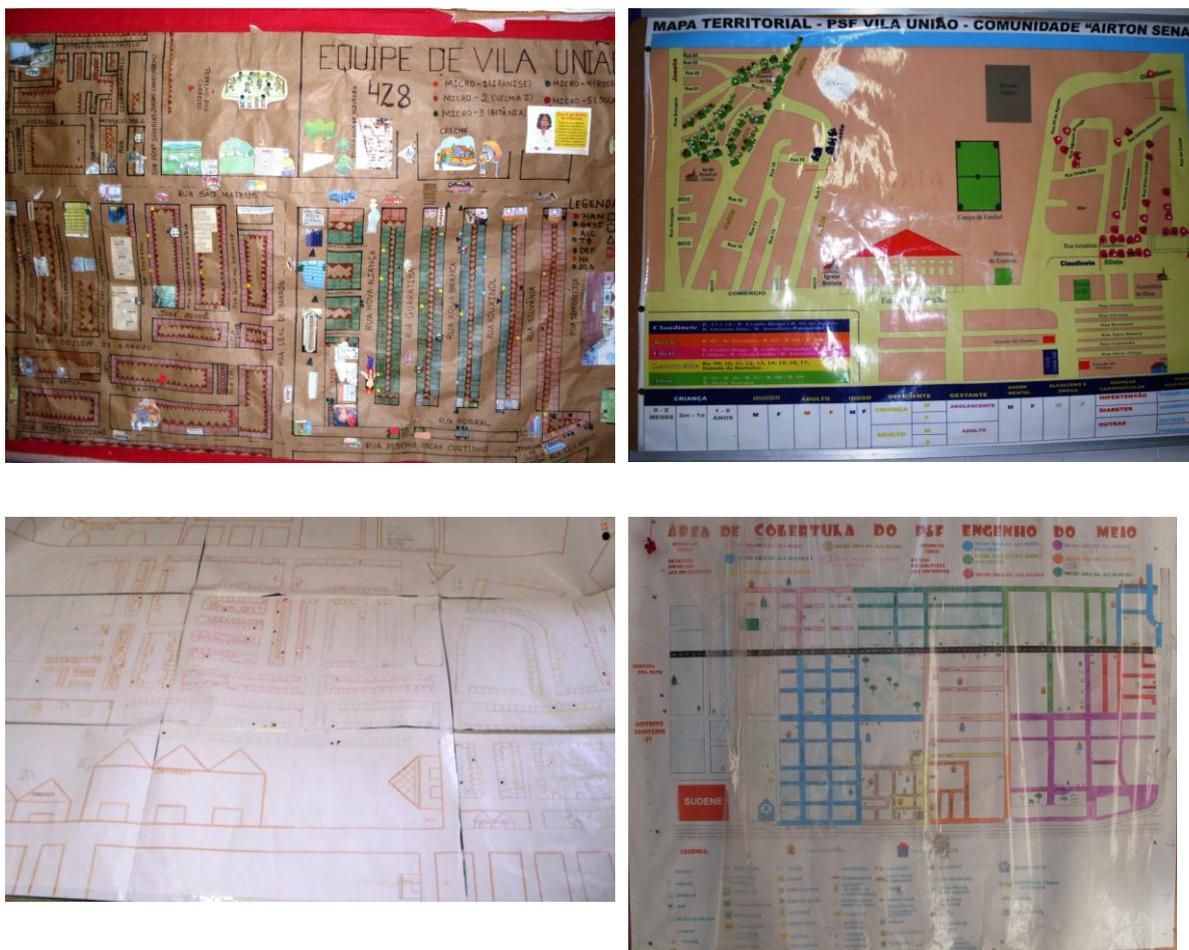
Outra questão importante a ser levantada diz respeito à instrumentalização de recursos cartográficos para a atuação no território. Apesar da atividade cartográfica se apresentar como uma das mais importantes ferramentas para a análise em saúde pública (BARCELLOS; BASTOS, 1996), na ESF o esforço para utilização de mapas é relativamente recente. As iniciativas mais concretas ocorreram em cursos de aperfeiçoamento, onde boa parte dos ACSs construíram croquis de suas áreas de atuação. Não havia padronização alguma para a realização dos mesmos, o que dificultava, inclusive, a compreensão das informações contidas nestes materiais (Figura 7).

A partir da obtenção destes croquis foram realizados projetos de Geoprocessamento para a ESF na intenção de realizar uma padronização do que foi produzido, no entanto, a primeira dificuldade enfrentada já neste momento inicial foi a existência de uma base cartográfica de determinadas áreas.

Sendo ferramenta, tão importante quanto a construção é a utilização que se faz dela. Observa-se que estes mapas assumem uma função meramente figurativa de sua área de atuação, reforçam a visão jurídico-política de território, pouco influenciando na efetiva tomada de decisões, embora representem, conforme ressaltam Oliveira e Furlan (2008), um passo importante na relação da equipe com o território.

Barcellos (2003) afirma que as escolhas realizadas nas fases de construção de mapas (a escolha de escalas de trabalho, unidades de análise, fontes de informação e modelos de análise) explicitam uma concepção de espaço geográfico. Nos croquis demonstrados na Figura 7, as informações inseridas estão limitadas às áreas e micro-áreas e, em alguns casos, é inserida a localização de determinados prédios, tais como escolas, igrejas, associação comunitária e etc.

Figura 7. Coquis construídos pelas Equipes de Saúde da Família.



Fonte: Fotos da autora.

Visualizar espacialmente as informações levantadas nas microáreas traz elementos indispensáveis à uma atenção à saúde de qualidade. Por meio deste instrumento podem ser realizados mapeamentos de áreas de riscos, demarcação dos territórios de atuação da ESF e, sobrepondo estas informações com os dados socioambientais, por exemplo, é possível identificar áreas vulneráveis, facilitando o planejamento das ações por parte do poder público e da equipe como um todo.

O levantamento de dados e informações sobre o território é inerente ao trabalho da Equipe de Saúde da Família e, sobretudo, do Agente Comunitário de Saúde. São eles, juntamente com os demais membros da equipe, os principais atores que alimentam o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) com informações no âmbito da família.

Apesar das limitações ainda existentes nesta base de dados, este instrumento possibilita a caracterização do perfil epidemiológico e a situação sócio-sanitária das áreas cobertas, constituindo-se em uma ferramenta para identificação das áreas de risco e, por serem dados relacionados ao território de atuação, poderiam alimentar alguns mapas e croquis elaborados pela equipe.

O que se vê na prática é que há uma constante cobrança de alimentação de diversas planilhas e confecção de relatórios com pouco esclarecimento às equipes sobre a real importância deste levantamento. Não havendo a devida explicação sobre a função deste banco de dados, nem o retorno de uma análise estatística mais detalhada sobre o que foi levantado, o mesmo permanece sendo considerado pelas equipes como mais um procedimento burocrático a ser enfrentado na rotina de trabalho, o que interfere inclusive no nível de confiabilidade destes dados.

Reiterando a ideia de Barcellos, Monken (2003) aponta que o mapeamento permite trabalhar a síntese geográfica, buscando suas expressões territoriais e representando-as por meio de mapas condicionados pela própria entrada de dados. Ao mesmo tempo, os mapas possuem ampla capacidade pedagógica na aprendizagem das interações humanas e dos objetos geográficos que as amparam. Estes são elementos concretos do espaço cuja base física codificada por intermédio de sinais e convenções facilitam a síntese interpretativa.

Em contraponto, ainda prevalece na concepção cartográfica da ESF a territorialização em sua vertente jurídico-política, sem levar em consideração as demais territorialidades existentes no processo de demarcação de áreas e microáreas. As dificuldades em incorporar a multiterritorialidade na prática de trabalho e nos sistemas de informação (incluindo a cartografia) prejudicam a intersetorialidade das ações de saúde (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Sendo um modelo de caráter essencialmente territorial, a operacionalização do trabalho neste território tem o poder de agravar ou minimizar as dificuldades enfrentadas por usuários. Para ilustrar este panorama e fundamentar a análise, optou-se, neste momento, por empreender uma apreciação mais pormenorizada de uma das Unidades de Saúde da Família localizadas no Distrito Sanitário IV do Recife: a USF do Engenho do Meio.

3.3.1 Território na Estratégia de Saúde da Família: análise da Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio

Antes debater as questões avaliadas nesta Unidade de Saúde da Família localizada no Engenho do Meio, cabe inicialmente realizar uma breve caracterização da mesma. Esta USF funcionava inicialmente em uma sede provisória (Figura 8) e posteriormente foi transferida para o prédio onde estava localizada a associação de moradores do bairro (Figuras 9 e 10).

Figura 8. Antiga Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.



Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife.

Figura 9. Atual Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.



Fonte: Foto da Autora.

Figura 10. Associação de Moradores e lateral da USF do Engenho do Meio.



Fonte: Foto da Autora.

Por ser um prédio adaptado, o local já passou por quatro grandes reformas e recentemente, após o desabamento de parte do teto, foi interditado, e permaneceu desta forma por mais de um ano. Um risco enfrentado pela equipe e usuários: *“A gente saiu daqui às pressas porque o teto caiu. Por sorte foi no final de semana. A gente já tinha um alerta que estava comprometido todo o telhado desde janeiro, isso caiu em julho. A pessoa que alertou do perigo foi demitida porque alertou o perigo”* (Membro da Equipe de Saúde da Família)⁶.

Durante este período de interdição a Unidade de Saúde foi transferida, precariamente, para o Centro Integrado de Saúde (CIS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), também localizado no Engenho do Meio: *“A gente foi pro CIS porque a equipe é que foi procurar um lugar pra ficar. A gente fez a mudança nos carros da gente, o distrito praticamente não deu apoio. A gente trabalhava numa sala de aula dividida por tábuas. Na primeira chuva que deu lá alagou e as paredes davam choque”* (Membro da Equipe de Saúde da Família). Após

⁶ Por se tratar de entrevista onde há especificação do local da realização da mesma, para assegurar o anonimato, optou-se por não identificar a função do entrevistado.

seguidos protestos da comunidade e Equipe (Figura 11 e 12) a obra foi entregue, contudo ainda necessitando de reparos.

Figura 11. Faixa de protesto no período da interdição da USF.



Fonte: Foto da Autora.

Figura 12. Protesto no período da interdição da USF.



Fonte: Foto da Autora.

Mesmo após a reforma, diversas denúncias foram feitas sobre as condições em que o prédio ainda se encontra: não há calhas internas para amparar a chuva, fato este que obriga os usuários a aguardarem o atendimento dentro de consultórios. Foi construído um banheiro com “acessibilidade”, sem barras de apoio. Além disto, os corredores são estreitos e não permitem o acesso de cadeirantes. As contradições desta reforma são inúmeras: “*É o posto que tem computador em toda sala, mas não tem gaze pra fazer o curativo. Usam remédio que foi extinto pra limpar ferida*” (Entrevistado B).

Um fato que ilustra bem a situação é que a Unidade de Saúde dispõe de uma sala bem equipada para a vacinação. Contudo a sala está desativada por falta de um termômetro, instrumento de baixo custo que há meses foi solicitado. “*Temos uma USF considerada modelo, tem um computador em cada sala, mas não conseguimos um termômetro pra fazer a sala de vacinação funcionar*” (Entrevista com membro da Equipe de Saúde da Família).

No que diz respeito ao acesso geográfico, a Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio apresenta uma localização estratégica para o atendimento

ao público: no centro da área mais densamente povoada do bairro, a Zona Especial de Interesse Social Vila Redenção. O fato de estar também localizado nas proximidades da rodovia BR-101 é mais um fator facilitador ao acesso dos usuários.

Apesar de localizada em uma área estratégica e de dispor, em suas proximidades, de quatro outras Unidades de Saúde da Família, a sobrecarga da demanda ainda é um entrave enfrentado pela USF do Engenho do Meio, bem como por boa parte das Unidades de Saúde analisadas no Distrito Sanitário IV. A população desta localidade dispõe dos serviços de uma única Unidade de Saúde da Família, sendo atendida por duas equipes que nela trabalham. Cada uma destas Equipes de Saúde da Família conta com seis Agentes Comunitários de Saúde, em um total de doze ACSs.

Como as atuais instalações não comportariam a inclusão de mais uma Equipe, há um projeto para que esta USF seja transferida para o prédio do antigo Centro Social Urbano. Este imóvel é propriedade do Estado e foi cedido por dez anos para uma ONG que na atualidade não funciona mais. A pretensão é que após a transferência a USF passe a funcionar com três ou quatro Equipes, dentro do modelo que a nova gestão está chamando de “Upinha” diminuindo, assim, o déficit de cobertura existente na localidade⁷.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, descrita na portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, “cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição”.

7 Os projetos das “Upinhas” atuarão no fortalecimento das ações ainda não consolidadas no âmbito da atenção básica que são os atendimentos de urgência e emergência de baixa complexidade, tendo como diferencial o funcionamento 24 horas e a implantação do consultório com atendimento médico noturno para usuários que apresentam dificuldades para acessar os serviços de saúde nos turnos convencionais. Contarão com três equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e, em média, seis agentes comunitários de saúde. Haverá também três equipes de saúde bucal, formadas por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal. Além do Engenho do Meio, a pretensão é que sejam construídas instalações nos bairros do Ibura, Torrões, Jardim São Paulo, Campo Grande, Alto José do Pinho, Jordão Baixo, Água Fria, Encruzilhada e Zumbi.

Não obstante, atualmente a Equipe I da USF do Engenho do Meio atende 4.174 pessoas cadastradas e a Equipe II trabalha no acompanhamento de 4.240 pessoas. Todavia este número não corresponde à totalidade dos residentes no bairro. Segundo a estimativa elaborada pela própria equipe, caso fossem realmente cadastradas todas as pessoas que residem no bairro, a Equipe I acompanharia 5.063 pessoas e já a Equipe II passaria de 7.000.

De acordo com dados do último censo do IBGE a população total do Engenho do Meio está em torno de 10.211 pessoas. A referida Unidade de Saúde da Família ainda atende a um recorte territorial pertencente ao bairro da Iputinga, o que corresponderia a uma população total de 13.000 pessoas a serem atendidas por duas Equipes de Saúde da Família. Este número é consideravelmente superior à capacidade de atendimento de apenas duas Equipes.

A Política Nacional da Atenção Básica ainda recomenda que a definição do número de pessoas por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias daquele determinado território, e quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Na prática, o que ocorre nestas localidades mais vulneráveis é uma redefinição da extensão da área de atuação dos ACSs. Fato este que não interfere necessariamente no número de pessoas a serem atendidas, visto que, no geral, são locais mais densamente povoados.

Não há muita diferença do número de famílias acompanhadas por um ACS e por outro. Se há uma diferença grande a gente tenta administrar (Gestor).

Em Roda de Fogo a gente tem uma área que é o Casarão, que é bem carente mesmo. Então a Agente de Saúde que está ali, pega o casarão e pega só mais duas ruas. Porque o casarão é realmente muito denso, porque quando ela vai pro Casarão ela passa muito mais tempo do que quando ela passa nas outras ruas (Gestor).

Observe que nos relatos apontados é admitida a necessidade de readequação da extensão territorial da micro-área, contudo há um trabalho no sentido de fazer com que os Agentes Comunitários de Saúde atendam a um número de famílias que não se distancie do quantitativo atendido pelos demais.

Ainda de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, um Agente Comunitário de Saúde deve ser responsável por, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. O critério para definição destas famílias por ACS é estritamente populacional, não levando em consideração a vulnerabilidade ou especificidade territorial, nem o princípio da equidade, conforme previsto em Lei.

Da população residente no Engenho do Meio, apenas 30% é cadastrada, ou seja, mais de 3.000 pessoas não estão sendo atendidas, segundo dados levantados pela Equipe de Saúde da Família da localidade. Há então uma população oculta, que pode vir a solicitar o atendimento da USF, conforme visualizado nas Tabelas 3 e 4.

Os dados informados a seguir ainda demonstram que, em algumas micro-áreas, destacadas em vermelho, o número de pessoas cadastradas já passa do que é estipulado como limite máximo de 750 pessoas. E caso seja solicitado o cadastro pelos demais que residem nesta área, dez das doze micro-áreas terão ultrapassado este limite.

Tabela 3. Avaliação de população adscrita na USF Engenho do Meio – Equipe I

Micro- Área	Nº Pessoas Cadastradas	Nº Domicílios Cadastrados	Nº Domicílios extras (S/ Cadastro)	Nº Pessoas extras (S/ Cadastro)	Total de pessoas (Cadastro + s/ Cadastro)
1	625 ⁸	187	18	60	685
2	800	201	24	80	880
3	690	170	74 ⁹	247	937
4	709	192	49	164	873
5	736	164	15	50	786
6	615 ¹⁰	184	86	287	902
Total	4.174	1.098	266	888	5.063

Fonte: Levantamento de dados na Unidade de Saúde.

Tabela 4. Avaliação de população adscrita na USF Engenho do Meio – Equipe II

Micro- Área	Nº Pessoas Cadastradas	Nº Domicílios Cadastrados	Nº Domicílios extras (S/ Cadastro)	Nº Pessoas extras (S/ Cadastro)	Total de pessoas (Cadastro + s/ Cadastro)
1	770	195	74	247	1.017
2	639	170	257	858	1.497
3	784	204	22	73	857
4	611	195	15	50	661
5	695	200	30 ¹¹	100	795
6	741	198	283 ¹²	945	1.686
Total	4.240	1.162	681	2.275	6.515

Fonte: Levantamento de dados na Unidade de Saúde.

⁸ No momento da pesquisa, este levantamento do número de famílias atendidas por ACS ainda estava sendo realizado e alguns Agentes de Saúde ainda não tinham finalizado a contagem. Desta forma, segundo informações da Equipe, os números em destaque nesta tabela são consideravelmente maiores do que os apresentados.

⁹ Contagem ainda não finalizada, número subestimado.

¹⁰ Contagem ainda não finalizada, número subestimado.

¹¹ Contagem ainda não finalizada, número subestimado.

¹² Contagem ainda não finalizada, número subestimado.

Inicialmente, os cadastros eram oferecidos a todos os residentes. Todavia, pela sobrecarga na procura, estes cadastramentos passaram a ser feitos apenas às pessoas que realmente precisavam do acompanhamento. O problema reside justamente neste fato: como avaliar quem precisa? Obviamente, é fácil identificar que há pessoas que apresentam uma vulnerabilidade maior, entretanto todos precisam de atenção à saúde conforme é assegurado por Lei e descrito no princípio da universalidade.

Diante deste impasse, optou-se pelo não cadastramento de indivíduos que possuísem plano de saúde. O que não representou uma solução, visto que, diante das dificuldades econômicas e da pouca estruturação de alguns planos de saúde, há uma parcela considerável da população que procura a USF, mesmo tendo acesso a algum plano de saúde privado:

A gente tá só inflando, inflando...e a gente tem que trabalhar sempre no limite. A gente trabalhava com a lógica de não atender as pessoas dos prédios, achava que quem estava em prédio era melhor economicamente, mas hoje não é. O plano de saúde pesa no bolso de qualquer um. A gente precisa rever essa quantidade, rever quais são as prioridades e rever essa lógica, que a gente não pode trabalhar com a lógica que a gente trabalhava há quatro anos (Membro da Equipe de Saúde da Família).

Nas abordagens feitas no intuito de realizar as entrevistas, inúmeros foram os casos de pessoas que revelaram que estavam acessando recentemente à Unidade de Saúde, por não mais possuírem um plano de saúde. E mesmo os que possuem são atraídos pelo acesso aos medicamentos distribuídos gratuitamente na USF.

O que há é um território recortado que não atende à lógica da universalidade, e, numa tentativa de ser equânime, de dar acesso a quem mais precisa, acaba excluindo quem também tem direito ao atendimento. Existe desta

forma, um atendimento inflacionado, com pouca capacidade de resolutividade, e que não tem mais capacidade de realizar novos cadastros.

A USF do Engenho do Meio está localizada na ZEIS de Vila Redenção que corresponde à área mais densamente povoada e que necessita de uma atenção mais detalhada por se tratar de uma localidade que apresenta um risco maior à saúde, diante das condições ambientais e sociais nas quais está inserida.

Pela lógica da divisão que levasse em consideração a especificidade do território, a comunidade em questão deveria corresponder à Micro-área com menor número de pessoas, para que a atenção fosse verdadeiramente diferenciada, fato este que não acontece. Territorialmente é menor, porém, pelo adensamento populacional, a quantidade de indivíduos cadastrados é semelhante às demais Micro-Áreas. Para uma divisão adequada destas Micro-áreas deveria ser realizado anteriormente um estudo de vulnerabilidade social e risco para que estas pessoas pudessem ser melhor acompanhadas.

Todos estes fatores aqui relatados implicam na generalizada insatisfação, por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, com o número de famílias a serem acompanhadas em cada micro-área. Isto é claramente evidenciado na Tabela 5, a seguir, onde mais de 75% dos ACS declararam estar medianamente a não satisfeitos com a quantidade de famílias que estão sob sua responsabilidade.

Tabela 5. Grau de satisfação dos ACSs com o número de famílias a atender- Distrito Sanitário IV do Recife.

Grau de Satisfação	Frequência	Percentual
Muito Grande	36	23,6
Mais ou Menos	45	29,6
Nenhuma	70	46,1
Total	151	99,3
Não respondeu	1	0,7

Fonte: Levantamento de dados no campo.

Este excedente de pessoas implica diretamente na qualidade do atendimento, visto que se um ACS deve visitar, ao menos mensalmente, cada família. Quanto maior a quantidade, menor será o tempo dispensado ao acompanhamento para o cumprimento da meta. Este fato foi inclusive verificado nas incursões de campo. Ao acompanhar as visitas dos ACSs foi possível observar que, em muitos casos, a visita se resume apenas à coleta de assinaturas:

“Todo dia eu tenho de 8h até o meio dia pra visitar 10 casas. Às vezes quando eu demoro muito numa casa, me bate uma agonia, porque fico pensando que eu demorei numa casa e preciso visitar outras pessoas” (Membro da Equipe de Saúde da Família).

Tal fato também é alvo de reclamações por parte dos usuários:

“A pessoa passa dois minutos numa residência e isso acontece com muitas agentes de saúde. O problema não é nem porque a agente de saúde não vai, é a falta de atenção dela com as pessoas” (Usuário da Estratégia de Saúde da Família).

Estas dificuldades operacionais acabam por limitar o poder de atuação da Estratégia de Saúde da Família nestas comunidades, interferindo, inclusive, no grau de satisfação dos ACS no que diz respeito às condições de trabalho a que são submetidos. Fato que fica explícito na Tabela 6, a seguir:

Tabela 6. Grau de satisfação dos ACSs com as condições de trabalho. DS IV-Recife.

Grau de Satisfação	Frequência	Percentual
Muito Grande	21	13,8
Mais ou Menos	56	36,8
Nenhuma	74	48,7
Não respondeu	1	0,7
Total	152	100,0

Fonte: Levantamento de dados no campo.

Outro conflito identificado reside na inclusão de pessoas não pertencentes à área adscrita da Unidade de Saúde da Família. Coincidentemente, antes de iniciar a entrevista com um dos membros da Equipe, foi possível presenciar a solicitação de um casal que precisava de um encaminhamento. Eles residem em uma localidade fronteira entre o território de atuação de duas Unidades de Saúde da Família. Mas, apesar da localização “privilegiada” de sua residência, a área em que habita o citado casal não é coberta por nenhuma das USFs. Por este motivo, quando precisam de atendimento, sem outra opção, seguem diretamente para os centros de referência.

“Tem lugares que em um lado da rua tem atendimento do PSF e o outro lado não tem atendimento, porque é uma área que não é nem do Engenho do Meio, nem de sítio das Palmeiras. Aí tem que ir pras unidades tradicionais, no caso, o Joaquim Cavalcanti, que é na Avenida do Forte, bem distante” (Membro da Equipe de Saúde da Família).

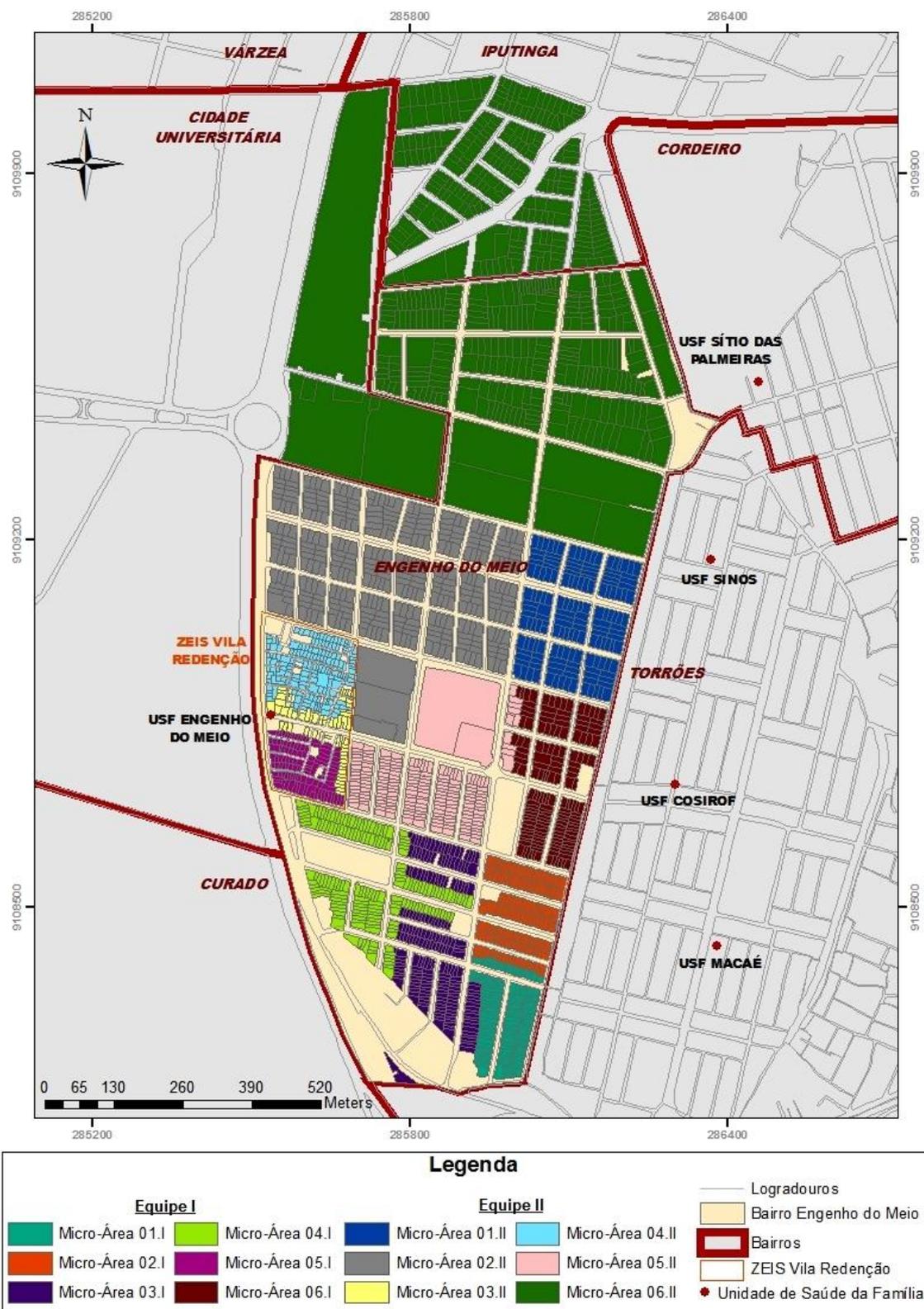
Para Raffestin (1993) pensar o território é fazer uma referência implícita à noção de limite que, mesmo não sendo traçado, como geralmente ocorre, traduz

a relação que um grupo nutre com uma porção do espaço. Este autor destaca que, o limite cristalizado se torna ideológico, porquanto justifica territorialmente as relações de poder.

O estabelecimento destes limites na Estratégia de Saúde da Família é extremamente complexo, pois as bases territoriais utilizadas são um espaço composto por elementos de ordem política, cultural, histórica, geográfica, econômica e estes, por sua vez, estão relacionados entre si.

A Figura 13 ilustra a divisão das micro-áreas da USF do Engenho do Meio. Por meio deste mapa é possível identificar que, na área compreendida pela comunidade de Vila Redenção (em destaque), atuam três Agentes Comunitários em um território consideravelmente inferior em extensão, principalmente quando comparado com a micro-área mais ao norte do mapa. No entanto a divisão do número de famílias é equiparada aos demais, como visto anteriormente.

Figura 13. Mapa da divisão das Micro-Áreas da USF do Engenho do Meio.



Fonte: Base Cartográfica FIDEM/UNIBASE. Elaboração: a autora.

A USF do Engenho do Meio dispõe de duas equipes e cada uma delas atende seis Micro-Áreas. Cada Micro-Área, por sua vez, corresponde ao território de atuação de um Agente Comunitário de Saúde. No que diz respeito ao território de atuação a equipe II é visivelmente maior que a equipe I.

Há micro-áreas com três ou quatro ruas, em contraponto, a micro-área 6.II demonstrada na Figura 13, possui mais de vinte ruas. Trata-se de uma localidade integrada à equipe há poucos anos e que anteriormente pertencia à Unidade de Saúde da Família do Sítio das Palmeiras. É um local composto, em sua maior parte, por prédios e, em geral, tem uma população com um nível sócio-econômico mais elevado. À maior parcela das famílias desta localidade, o cadastro nem foi oferecido.

Mendes (1993) aponta que o território da micro-área deve ser definido levando em consideração a lógica da homogeneidade socioeconômica e sanitária. Tal afirmação traz à tona outra limitação observada: a não contiguidade das áreas, conforme demonstra a micro-área 03.I que é cruzada por outra micro (Figura 13) e expressa na fala de alguns profissionais *“Tem rua que eu faço quatro casas, uma casa no começo, outra no meio e outra lá no final (Membro da Equipe de Saúde da Família).”*

Tal situação é ainda agravada pelos “acordos” estabelecidos entre os Agentes de Saúde. Uma rua que hoje é atendida por um determinado ACS pode ser relocada para outro ACS, por um curto período ou permanentemente. Arelado a isto a mudança constante de moradores dificulta ainda mais a definição das micro-áreas.

Esta dinamicidade acaba por intercruzar territórios com características sociais, ambientais e sanitárias distintas, dificultando sobretudo uma atenção à saúde que leve em consideração as especificidades locais. Além disto, o vínculo população-ACS, tão importante para a eficácia da ESF, é sensivelmente prejudicado. Estes são fatores que tornam desafiadora a construção de uma base cartográfica que aponte da real espacialização das micro-áreas.

Tal situação vai de encontro ao que é estabelecido pelo Ministério da Saúde, visto que o indicado é que a área deve ser composta por uma população

com certa homogeneidade socioeconômica e epidemiológica, sendo denominadas de áreas homogêneas de risco (BRASIL, 1997).

As deficiências dos critérios de subdivisão das micro-áreas foram também identificadas no Distrito Sanitário V, por meio da pesquisa realizada por Santana (2013). A autora propôs também novos critérios para definição de micro-áreas baseados na multiplicidade envolvida nos territórios de atuação (Quadro 8).

Quadro 8. Proposta de redefinição do processo de territorialização das microáreas e suas respectivas áreas de abrangências.

DIMENSÕES DO TERRITÓRIO	CRITÉRIOS
Política	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a história da comunidade, resgatando elementos da ocupação daquele território; • Caracterizar das redes de poder existentes no território; • Caracterização atores políticos com análise crítica para possibilidades de parcerias; • Caracterizar as organizações políticas existentes no território;
Simbólica/ Subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a representação de vida no território, (identificar o que significa viver naquele lugar); • Compreender a concepção que a população tem sobre saúde e sobre doença; • Identificar os problemas de saúde na concepção da população; • Identificar as potencialidades daquele território na concepção da população; • Compreender a expectativa que a população tem a respeito do trabalho da EqSF/ACS; • Caracterizar das redes de solidariedade existentes no território; • Identificar pessoas potenciais na concepção da população; • Caracterizar os aspectos culturais; • Espacializar os potenciais humanos do território.
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Espacialização da malha viária (Av, ruas, becos, escadarias, etc.) informações qualitativas de sua funcionalidade; • Espacialização dos tipos de edificações existentes no território (alvenaria, taipa, material aproveitável); • Espacialização do uso das edificações (residencial, comercial, social, industrial); • Espacialização das redes de serviços de infraestrutura (água, luz, esgoto, telefonia); • Espacialização dos recursos naturais; • Espacialização dos equipamentos sociais (igrejas escolas, creches, ONG's, terreiros, centros espíritas, quadras esportivas, praças, etc.).

Técnica	<ul style="list-style-type: none"> •Caracterização da população (faixa etária, sexo, raça cor, ocupação, escolaridade); •Caracterização epidemiológica (identificação dos principais agravos à saúde, morbidade referida, condições referidas); • Caracterização dos indicadores de desempenho e monitoramento preconizados pelo PMAQ*; •Espacialização das condições referida do elenco preconizado para atenção básica (criança menor de um ano, gestante e idosos, alerta no monitoramento diante de sinais de risco); •Espacialização dos agravos prioritários do elenco preconizado para atenção básica (cuidado para não expor os usuários nos casos dos agravos estigmatizastes); •Espacializar monitoramento das visitas domiciliares realizadas pela ACS/ESF/ESB/ENASF/ASACE*.
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Adaptado de Santana (2013).

A realização desta citada pesquisa se deu justamente num período em que foi instituída a Divisão de Informações Estratégicas da Prefeitura da Cidade do Recife e um dos primeiros levantamentos realizados por meio desta equipe foi o mapeamento das micro-áreas localizadas na cidade. Após este levantamento, tomando por base os critérios descritos por Santana (2013), a prefeitura iniciou um processo de reorganização das micro-áreas, contudo, até o momento ainda limitado às áreas de abrangência das Upinhas inauguradas recentemente.

De acordo com Aquino (2002), o território microárea se constitui num espaço privilegiado para o desenvolvimento de intervenções e sua delimitação é indispensável à organização do processo de trabalho das equipes, o qual deve ser guiado pela garantia do acesso da população aos serviços e pela identificação dos riscos apresentados no território.

Para a demarcação destas áreas de abrangência devem-se levar em consideração as redes espaço-temporais que definem a dinâmica territorial, incluindo a participação da população envolvida, sem desconsiderar as relações sociais de poder existentes no território (CARVALHO et al., 2001).

Levar em consideração esta visão de território é justamente um dos principais desafios enfrentados pelo setor de saúde na organização dos seus serviços. Sendo o modelo de atenção e de gestão intimamente associado às relações de poder, a territorialização das ações tem por premissa a necessidade

de aproximação da gestão dos serviços com as relações de poder localmente estabelecidas.

Neste sentido, Raffestin (1993) aponta que a configuração territorial se constitui por meio da demarcação de limites ou fronteiras, estabelecida em distintos níveis ou escalas, segundo as funções e a natureza das malhas configuradas. Destaca ainda que os limites não são aleatórios, uma vez que revelam projetos sociais que determinam territorialmente relações de poder.

Haesbaert (1995) faz destaque ainda a uma dupla dimensão do território. Ele pode ser correspondente ao sentido político ligado às relações de poder e, concomitantemente, a apropriação pode se dar no sentido simbólico, marcada pelas relações sociais que produzem identidade e vínculos.

Neste contexto, é preciso observar que o não reconhecimento ou a má definição das bases territoriais estabelecidas nas políticas públicas de saúde pode até mesmo agravar algumas dificuldades já conhecidas. Esta questão perpassa a mera necessidade de redefinição dos recortes territoriais. Enquanto o território, em toda sua complexidade, for previsto apenas nos documentos normativos e não na prática destes serviços, a tendência é que os entraves sejam mantidos. Dificultar o acesso já no primeiro nível de atenção implica num sério comprometimento de utilização dos serviços disponibilizados nos seguintes níveis.

É necessário ressaltar ainda que estes territórios, discutidos neste capítulo, estão ligados por redes em que as pessoas, as informações, energia e materiais circulam cada vez com mais intensidade e velocidade (MONKEN E BARCELLOS, 2007). O reconhecimento destas redes, no que tange aos serviços de saúde pública, é indispensável à efetividade das ações, assim como será verificado no capítulo que segue.

4. REDES: UM OLHAR SOBRE O ESPAÇO MÓVEL E INTEGRADO

4. REDES: UM OLHAR SOBRE O ESPAÇO MÓVEL E INTEGRADO

O surgimento de uma nova realidade relacionada aos conteúdos do mundo globalizado traz uma renovação nas formas de organização geográfica da sociedade. Neste novo panorama mundial, conceitos velhos surgem sob nova forma e conceitos novos aparecem renovando conceitos velhos (MOREIRA, 2007).

Nas palavras de Santos (1997):

A voga que a palavra e a ideia de rede estão encontrando, tanto nas ciências exatas e sociais, como na vida prática, paga o preço devido à popularidade. A polissemia do vocábulo tudo invade, afrouxa o seu sentido e, pode, por isso, prestar-se a imprecisões e ambiguidades, quando o termo é usado para definir situações. Dá-se o mesmo com a geografia (SANTOS, 1997, p. 208).

De acordo com Santos (1986, p. 116) não basta um reconhecimento de um objeto próprio ao estudo geográfico, visto que “a identificação do objeto será de pouca significação se não formos capazes de definir-lhes as categorias fundamentais”. Deste modo, a categoria rede, utilizada neste capítulo, comporta novas e múltiplas conexões no espaço sem preenchê-lo de forma regular ou simétrica; e a categoria território, que, pelo entendimento da rede, obtém um conteúdo mais amplo, diversificado e sob uma nova lógica.

Seguindo estas categorias analíticas de forma associada, a geografia tem sido despertada a um “novo horizonte” em que as redes geográficas caminham para além de uma simples topologia ou de uma natureza essencialmente tangível, uma vez que revelam ações, projetos, intenções e interesses multifacetados, o que torna a ciência mais rica, mais complexa e mais humana (MIRANDA NETO, 2008). Baseando-se neste debate atual, pretende-se analisar o conceito de redes, sua relação com o território e as implicações na saúde pública. Esta discussão servirá de base para as reflexões expostas no último capítulo.

4.1 O CONCEITO DE REDES

A palavra rede (*réseaux*) apenas aparece na língua francesa no século XII, proveniente do latim (*retiolus*), diminutivo de (*retis*), e do francês antigo (*resel*). No século XVI, o termo (*résuil*) era utilizado também para designar os véus e rendas com que as mulheres cobriam a cabeça e, ainda o tecido que elas colocavam sobre suas camisas (MUSSO, 2004).

A palavra rede origina-se para indicar um conjugado de fios entrelaçados, linhas e nós. Mesmo que ainda não existisse a palavra, desde a antiguidade a rede surge como técnica de tecelagem composta de fios entrelaçados, sendo utilizada na captura de pequenos animais (DIAS, 2005).

De acordo com Musso (2001) desde a antiguidade grega a ideia de rede existia, mas foi a partir da medicina Hipocrática que houve a associação da mitologia do fio e da tecelagem aos efeitos da rede observada no corpo humano, a partir da análise da estrutura de veias, da comunicação entre elas e do arranjo de fluxos e malhas que partem do cérebro.

A partir do século XVII, o termo “rede”, amplamente utilizado pelos tecelões e cesteiros para qualificar a trama de fibras têxteis, passa a ser empregado por médicos para designar e desenhar o aparelho sanguíneo e as fibras que compõem o corpo humano. É neste período que o naturalista e médico italiano Marcello Malpighi (1628-1694) quem primeiro traz para a ciência o vocábulo “rede”, até então reservado à renda, para descrever o “corpo reticular da pele” (MUSSO, 2004).

É só na segunda metade do século XVIII que este termo acaba por se distanciar da visão médica, passando a designar outros tipos de redes anteriormente não consideradas. Na produção de mapas, é utilizado ainda na representação do território como um plano de linhas imaginárias estruturadas em rede. Esta visão matemática e geométrica do espaço foi o ponto inicial à formação do conceito de rede, sendo operacionalizado por engenheiros cartógrafos para cobrir o território (MUSSO, 2001).

Este período de transição se configura em uma grande ruptura na compreensão deste conceito. A rede observada no corpo era natural e apenas

alvo de observações médicas, sem que o homem pudesse modificar sua existência ou estrutura. As redes passam a ser artificiais, construídas e passíveis de operacionalização, pois se torna objeto pensado em sua relação com o espaço.

As representações geométricas do território multiplicam-se no século XVIII, sobretudo por conta da triangulação do espaço em rede. Assim sendo, aproximadamente em 1730 o professor de matemática La Caille define “rede” como sendo uma reunião de fios que permite observar as estrelas com uma luneta astronômica. A posteriori, os engenheiros-geógrafos Achille Nicolas Isnard (1759-1803) e Pierre Alexandre d’Allent (1772-1837) empregam o termo de rede no sentido moderno de “rede de comunicação” e representam o território como um esboço de linhas imaginárias ordenadas em rede na intenção de constituir mapas (MUSSO, 2004).

Deste modo, o uso deste conceito foi sendo historicamente modificado na medida em que a evolução das técnicas implicava em transformações na forma pela qual se dava a circulação de pessoas, bens e informações (DIAS, 1995).

A partir de então, o conceito de redes vai sofrendo transformações sendo comumente empregado para designar diferentes modalidades territorialmente estabelecidas, tais como as redes de transporte, urbana, de telecomunicações, comércio, entre diversas outras atividades sociais. Na atualidade, na medida em que estes processos são intensificados, a análise que é realizada sobre redes também é avivada.

Há diversas possibilidades de interpretação da noção de redes nas distintas áreas do conhecimento, tais quais matemática, física, informática, ciências sociais, biologia, economia, geografia, entre outras. Esta diversidade de interpretações do termo explica sua larga utilização, porém pode limitar a coerência do conceito diante das muitas metáforas envolvidas em seu uso. Outrossim, este fato pode indicar também a complexidade que este termo assume.

Mesmo diante da multiplicidade de interpretações que este conceito pode representar, na busca de uma aproximação de uma definição, Musso (2004) aponta as redes como sendo “uma estrutura de interconexão instável, composta

de elementos em interação, cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento”. O citado autor distingue três níveis nessa definição.

1. A rede é uma estrutura composta de elementos em interação; esses elementos são os picos ou nós da rede, ligados entre si por caminhos ou ligações, sendo o conjunto instável e definido em um espaço de três dimensões. 2. A rede é uma estrutura de interconexão instável no tempo; a gênese de uma rede (de um elemento de uma rede) e sua transição de uma rede simples a outra mais complexa são consubstanciais a sua definição. A estrutura de rede inclui sua dinâmica. Que se considere o desenvolvimento de um elemento em um todo-rede ou de uma rede em uma rede de redes, trata-se sempre de pensar uma complexificação auto-engendrada pela estrutura da rede. 3. A modificação de sua estrutura obedece a alguma regra de funcionamento. Supõe-se que a variabilidade da estrutura em rede respeita uma norma eventualmente modelizável, que explica o funcionamento do sistema estruturado em rede. Passa-se da dinâmica da rede ao funcionamento do sistema, como se o primeiro fosse o invisível do segundo, portanto seu fator explicativo (MUSSO, 2004, p. 31).

Na geografia, os debates em torno deste conceito foram impulsionados na década de 1960, diante do contexto do surgimento da Nova Geografia. Contudo, já no século XVIII, com o desenvolvimento do capitalismo, a análise sobre as redes tomavam forma.

As redes funcionavam inicialmente em função de distribuição, por meio da circulação de objetos, atingindo necessidades locais a partir de uma fluidez mais lenta, sendo diferenciadas em relação às que se apresentam na contemporaneidade após o estabelecimento da globalização.

Com o desenvolvimento técnico-científico e as posteriores transformações na materialidade do território, por meio da reformulação de sua abrangência, surge o meio técnico-científico-informacional, sustentáculo do sistema de ações neste período de globalização (SANTOS, 1997). Neste contexto, as redes passaram a abranger novos significados.

A partir de então, as redes passam a ser produtoras de aceleração. A primazia não é apenas distribuir, ainda que seja indispensável, contudo a característica mais marcante das redes neste tempo presente é fazer circular

dados e informações que antecedem e arranjam as atividades de distribuição no território.

Os fluxos não estão mais sistemática e monotonicamente instituídos de forma hierárquica, determinando um único padrão de rede. Há diferentes redes, planejadas e espontâneas, formais e informais, temporárias e permanentes, materiais e imateriais, regulares e irregulares (CORRÊA, 2001).

No campo das redes de assistência à saúde, encaminhamentos realizados por meio das redes informais maximizam o tempo de espera dos que acessam o sistema por meio das redes formais. No entanto, a má gestão dos fluxos que são estabelecidos formalmente fortalece a necessidade de utilização das redes informais por parte de profissionais da saúde e usuários.

Ponderando sobre a essência das redes geográficas, Miguel Ângelo Ribeiro, tomando por base as obras de Milton Santos e Roberto Lobato Corrêa, salienta que:

A organização espacial se revela, de um lado, a partir de elementos fixos, constituídos como resultado do trabalho social. E, de outro lado, através de fluxos que garantem as interações entre os fixos. Fixos e fluxos originam as redes (RIBEIRO, 2001, p.35).

Santos (1985, p. 67) define as redes como sendo “um conjunto articulado de fixos e fluxos”. As redes são dinâmicas, ativas e animadas por fluxos que, por sua vez, permitem a realização dos movimentos no território. Entretanto não trazem em si mesmas seu princípio dinâmico, que é o movimento social (SANTOS, 1996).

Deste modo, a rede implica fluxos e, como indica Jean Brunhes, conectividade. Castells (2003, p. 566) a define como “um conjunto de nós interconectados”. Todavia não são apenas as conexões e fluxos que compõem as redes, os fixos são imprescindíveis, porquanto os fluxos possuem origem e destino. Neste contexto, há uma complementaridade e interdependência entre ambos já que fluxos geram fixos e estes, por sua vez, originam novos fluxos (SANTOS, 1997).

As ideias de Milton Santos implicaram no avanço da construção de um conceito de rede adaptado às peculiaridades do tempo presente. O autor salienta a incessante busca, na atualidade, por fluidez, o que justifica a procura crescente por técnicas de maior eficácia. Todavia salienta que a análise das redes técnicas não deve ser empreendida sem levar em consideração o conjunto das ações.

O citado autor traz ainda importantes contribuições acerca do processo de formação das redes, distinguindo basicamente três momentos na produção e vida das redes: o período pré-mecânico, mecânico e a fase atual.

O longo período pré-mecânico foi marcado pela limitação do engenho humano, por vezes subordinado às intempéries da natureza. Já no período mecânico as redes iniciam seu processo de mundialização, todavia seu funcionamento ainda é limitado. E na atualidade, por sua vez, é caracterizada pela repercussão imediata de ordens e normas enviadas instantaneamente por atores longínquos sobre outros lugares distantes (SANTOS, 1996).

Santos salienta ainda, a despeito do largo desenvolvimento tecnológico, o caráter heterogêneo das redes, onde as mesmas apresentam densidades diferenciadas em lugares distintos.

Num mesmo subespaço, há uma superposição de redes, que inclui redes principais, redes afluentes ou tributárias, constelações de pontos e traçados de linhas. Levando em conta o seu aproveitamento social, registram-se desigualdades no uso e é diverso o papel dos agentes no processo de controle e de regulação do seu funcionamento (SANTOS, 1996, p. 214).

Nesse sentido, Castells (1999) afirma que as sociedades da atualidade vivem em um espaço que tem por característica uma, nunca antes observada, profusão dos fluxos, convivendo com uma economia Global e o Capitalismo Informacional, o que as caracteriza como uma “Sociedade em Rede”. Para este autor, as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, com ampla tecnologia de informação e fundamentadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

Moreira (2007, p.2) salienta ainda a existência de uma nova ordem de espaço: “é a ordem da rede, que surge como a forma nova e positiva de organização geográfica das sociedades com o desenvolvimento da técnica e do mercado, uma vez que é ela a arquitetura das conexões”.

As redes têm a capacidade de pulverizar um amplo número de funções ao longo do espaço ao mesmo tempo em que adicionam poder e relações em lugares específicos, por meio de um processo de concentração-desconcentração.

Assim sendo, os distintos tipos de redes comunicam dados, conduzem informações e objetos e compartilham posições políticas e ordens no espaço geográfico, entre diferentes pontos e agentes. Neste sentido, Corrêa (2001, p. 108), discorrendo sobre as desigualdades no uso das redes, afirma que:

As redes geográficas são, como qualquer materialidade social, produtos e condições sociais. Na fase atual do capitalismo a importância das diversas redes geográficas na vida econômica, social, política e cultural é enorme e, de um modo ou de outro, todos estamos inseridos em mais de uma rede geográfica e, simultaneamente, excluídos ou ausentes de um número ainda maior de redes.

Claval (1987) salienta ainda o papel das redes como instrumento de poder:

Os poderes centrais e dedicam, agora, mais à mobilidade das ideias e das ordens do que àquela das pessoas... Os fluxos pressupõem a existência das redes. A primeira propriedade das redes é a conexidade... Mas ao mesmo tempo em que tem o potencial de solidarizar, de conectar, também tem de excluir. Nunca lidamos com uma rede máxima, com o todo, com uma rede resultante da manifestação das coações técnica, econômicas e políticas (CLAVAL, 1987, p.305).

Curien e Gensollen (1985) apontam que a rede é toda infra-estrutura que, comportando o transporte de matéria, de energia ou de informação, se inscreve sobre um território onde se distingue pela topologia dos seus pontos de acesso ou pontos terminais, arcos de transmissão, nós de bifurcação ou de comunicação.

A rede “é também social e política, pelas pessoas, mensagens, valores que a frequentam. Sem isso, e a despeito da materialidade com que se impõe aos nossos sentidos, a rede é, na verdade, uma mera abstração” (SANTOS, 1996, p.209).

Dias (1995) relata ainda que as redes exibem a propriedade de conexão. Sendo assim, por meio da conexão de seus nós ela tem o potencial de solidarizar ou de excluir, de promover a ordem e a desordem. A autora também salienta que a rede é uma forma particular de organização, e no domínio dos processos de integração, de desintegração e de exclusão espacial ela “aparece como instrumento que viabiliza (...) duas estratégias: circular e comunicar” (DIAS, 1995, p.147).

Nas palavras de Tinland (2001), as redes estruturam o campo de forças das relações de cooperação e de antagonismo presentes na sociedade humana. As redes “são, de fato, instrumentos de poder e de rivalidades para seu controle. Elas são suscetíveis (...) de funcionar como instrumentos de integração e de exclusão, na linha direta dos processos de diferenciação” (TINLAND, 2001, p.263).

Há diversas linhas de investigação a respeito desta temática e algumas destas se destacam pelo caráter teórico-metodológico, assim como Dupuy, G. (1991) em “L’urbanisme des réseaux-théories et méthodes”. O autor destaca que não é preciso necessariamente delimitar um espaço para analisar as redes, pois as redes têm vida própria.

Gabriel Dupuy define a rede como um conjunto de linhas, estradas, condutores elétricos, eletrodutos, etc., que prestam um serviço em uma mesma unidade geográfica. Além de linhas, a rede tem pontos ou nós que não são abstrações geométricas simples, mas deve conter uma espessura social e geográfica (Dupuy, 1991).

O caráter inovador das redes geográficas especialmente desta conformação das tecnologias e sistemas técnicos que a elas são acrescentadas, para a produção das ações globalizadas.

O material dessas tecnologias tende a ser sistêmico e integrado: o computador, a televisão, o cabo, o satélite, o laser,

a fibra ótica e as tecnologias de micro-plaquetas conjugadas, criam uma vasta rede interativa de comunicações e de informação de natureza a permitir com que cada um dialogue com o outro (...) (BARBER, 1992, p.7)

Já as redes de serviços são formadas pelas redes informacionais, mas também pela organização de pontos e agentes no território para o cumprimento de determinada atividade. Estas redes, a despeito de não descartarem uso das redes técnicas e materiais, visto que também se realizam através delas, podem ser consideradas como redes imateriais, pois denotam as articulações políticas e sociais.

No entanto, tanto as redes técnicas/materiais quanto a de serviços, são, por assim dizer, redes organizacionais e instrumentais, porquanto organizam atividades e instrumentalizam ações, visando objetivos específicos dos agentes que delas fazem uso.

Estes dois tipos se condicionam reciprocamente e dialeticamente, uma vez que as redes de serviços são organizadas a partir das redes materiais e de pontos ativados no território, e as redes materiais ou de infra-estrutura são também profundamente influenciados pelas atividades organizadas entre diferentes localizações no território a partir de suas estruturas.

Neste sentido, Corrêa, analisando as dimensões de análise das redes geográficas, as entende como “um conjunto de localizações geográficas interconectadas entre si por certo número de ligações” (CORRÊA, 2001, p.107).

A rede aparece [...] como fios seguros de uma rede flexível que pode se moldar conforme as situações concretas e, por isso mesmo, se deformar para melhor reter. A rede é proteiforme, móvel e inacabada, e é desta falta de acabamento que ela tira sua força no espaço e no tempo: se adapta as variações no espaço e as mudanças que advém do tempo. A rede faz e desfaz as prisões do espaço, tornando território: tanto libera como aprisiona (RAFFESTIN, 1993, p. 204).

Neste sentido a rede também faz alusão ao controle. Claude Raffestin (1993, p. 213) salienta esta característica e enfatiza o constante acréscimo do controle das redes de circulação e das redes de comunicação: “Controlar as redes

é controlar os homens e é impor-lhes uma nova ordem que substituirá a antiga”. Para este autor, o estudo das redes de circulação permite conceber a natureza das redes geográficas.

Cabe ainda ressaltar a divisão realizada por Miossec (1986, apud Ribeiro 2001). Este geógrafo francês propôs três tipos de redes geográficas, a saber: a *Rede de distribuição*: baseada na teoria das localidades centrais de Walter Christaller (1966) e apresentam a função básica de distribuição de bens e serviços. *Rede de produção*: formada por fluxos de matérias-primas, produtos intermediários e/ou finais, tendendo atender à demanda de necessidades e divisão do trabalho. E por fim, a *Rede de gestão ou decisão*: desenvolvido pelo Estado ou setor privado, compondo redes estratégicas nas quais circulam informações e ordens.

Entre as referências acerca dos fluxos que incidem sobre o território, merece destaque a teoria de localidades centrais proposta por Walter Christaller. Os estudos urbanos de Christaller baseiam sua análise na hierarquia dos centros e na interação entre comunidades e localidades, identificando os determinantes dos fluxos motivados pelo consumo de bens e de serviços.

Neste contexto, a rede urbana constitui-se em uma rede geográfica na qual as cidades exercem uma função de articulação dos diversos fluxos (mercadorias, pessoas, informações, entre outros). Esta articulação traz à tona uma hierarquia entre elas.

Sendo os serviços públicos de atenção à saúde hierarquizados por nível de complexidade assistencial, apresentando uma rede de oferta espacialmente definida, a Teoria de Localidades Centrais de Christaller pode trazer algumas importantes contribuições.

A proposta apresentada por este autor é útil para a compreensão das relações baseadas nas trocas estabelecidas entre o centro e sua área de influência. No caso das redes assistenciais de saúde, a hierarquia presente no Sistema Único de Saúde não influi apenas na relação estabelecida entre o município e seus distritos, no âmbito da atenção básica, mas também entre estes municípios e os níveis assistenciais secundários e terciários, por meio do estreitamento das relações existentes entre distintos governos locais.

Além do mais, as relações de interdependência instituídas entre o centro e sua região complementar refletem o sistema hierárquico em curso, fato este que pode revelar áreas de atendimento redundantes ou vazias. Este diagnóstico evidenciaria a necessidade das instituições gestoras em coordenar o sistema vigente, redefinindo investimentos e remodelando a rede, conforme os princípios da equidade e eficiência.

Para a análise empreendida nesta pesquisa, as redes são consideradas como um escopo analítico geográfico para o entendimento da organização espacial, neste caso as unidades que compõem a rede de saúde. Os debates e discussões realizados em torno deste conceito estão longe de culminar numa conclusão definitiva sobre todos os aspectos realmente envolvidos nesta temática ou em uma resposta final à questão. A intenção deste breve debate aqui realizado foi de empreender uma aproximação a respeito das múltiplas visões possíveis e de como as redes foram sendo ressignificadas diante de contextos históricos.

Diante da relevância desta discussão, este debate será retomado a seguir, por meio de uma reflexão maior acerca da relação estabelecida entre as redes e o território, analisando posteriormente as Redes de Atenção à Saúde que se configuram em uma proposta de reorientação da rede de serviços de saúde.

4.2 TERRITÓRIO E REDES

Avançar na construção de um conceito de rede contextualizado no campo do conhecimento geográfico é, sem dúvidas, desafiador. Tal esforço deve ser empreendido coletivamente, sem deixar de lado a complexidade envolvida nas relações entre as redes e os territórios, por meio do desenvolvimento de ferramentas conceituais e metodológicas que permitam compreender a natureza das mudanças atualmente estabelecidas. Assim, trata-se de desenvolver um entendimento que permita compreender com eficácia a natureza das transformações em curso.

A geografia tradicional sempre tendeu a uma visão mais “territorializada” do espaço, privilegiando, nas palavras de Santos, os “fixos” que os “fluxos”, as

fronteiras em detrimento das vias de circulação (HAESBAERT, 2013). Tal panorama traz à tona a necessidade de um debate mais aprofundado acerca dos conceitos de território e redes, mas, sobretudo, da relação existente entre eles.

A compreensão da interação entre as redes e os territórios pressupõe o reconhecimento da existência de duas lógicas distintas. A primeira diz respeito às redes, modeladas e reguladas por atores que as desenham. Para compreender melhor os processos nelas envolvidos é primordial a identificação das estratégias dos atores e da forma como as redes são desenhadas e administradas. Por outro lado, a lógica territorial é desvendada por mecanismos que ocorrem nos lugares, entre agentes conectados por laços de proximidade espacial e em contraponto este mesmo lugar é factível de participar de diversas escalas na organização espacial, acarretando novos arranjos espaciais e institucionais.

O território é composto por um conjugado de relações, formas, estruturas e funções, com níveis diferenciados de interações e envolvido por uma diversidade de contradições. Estas interações sociais territorialmente estabelecidas são realizadas por meio das redes, circuitos e fluxos, onde o poder acaba por reorganizar diferentes recortes espaciais, visto que, assim como afirma Raffestin (1993), o estabelecimento das redes constantemente transforma o território, sendo elas resultado de jogos multilaterais e expressão de poder.

Sobre tal conexão, Santos (2000, p. 259) aponta que “o território é suporte das redes que transportam as verticalidades, isto é, regras e normas egoísticas e utilitárias (do ponto de vista dos atores hegemônicos), enquanto as horizontalidades levam em conta a totalidade dos atores e das ações”.

A rede é uma construção social formada por indivíduos, grupos, instituições ou firmas e que desenvolvem estratégias políticas, sociais, econômicas e territoriais. Ultrapassando a visão das redes técnicas, a noção de redes tem sido explorada pela Geografia, na medida em que as concebe como forma efetiva de organização espacial. Instável no tempo, móvel e inacabada como já apontou Raffestin (1993), este conceito seguramente traz a tona a complexidade das interações espaciais, decorrentes do conjunto de ações desencadeadas em lugares mais ou menos distantes. De tal modo, a rede

concebe um dos recortes espaciais possíveis para analisar a organização do espaço presente.

Ainda situado neste debate, Haesbaert (2013) define o território como sendo “o produto de uma relação desigual de forças, envolvendo o domínio ou controle político-econômico do espaço e sua apropriação simbólica, ora conjugados e mutuamente reforçados, ora desconectados e contraditoriamente articulados”.

O autor acrescenta ainda que na atualidade os indivíduos vivenciam múltiplos territórios, em uma multiplicidade de escalas, quase que concomitantemente. Tal fato resulta em uma geografia complexa e marcada por uma multiterritorialidade onde o local e o global estão quase que inteiramente confundidos. E é justamente diante desta multiplicidade de territórios e escalas que a noção de redes contribui para uma melhor compreensão das articulações entre distintas territorialidades e suas estruturações internas.

No panorama atualmente estabelecido ante o meio técnico-científico-informacional sobressaem-se os fluxos de informações, pessoas e capital numa velocidade capaz de proporcionar o surgimento do que Manuel Castells denomina de “sociedade em rede”. Tal cenário embasou o pensamento de autores que afirmam que o território passaria a ter um caráter desenraizado e móvel, sendo cada vez mais minimizado, juntamente com as identidades culturais e controles territorialmente instituídos.

Apesar da velocidade e dinamicidade com que ocorrem os fluxos e da “compressão do tempo e do espaço”, assim denominada por Harvey (1992), ao contrário do que defendem alguns autores, acredita-se aqui, em conformidade com as afirmações de Haesbaert (2002), que tal panorama não implica em uma desterritorialização decorrente das redes estabelecidas. No entanto, não se pode negar que houve uma resignificação da forma pela qual estes territórios são estabelecidos na atualidade, visto que os fluxos atualmente instituídos não podem ser ignorados.

Aqueles que acreditam no fim dos territórios geralmente propõem que em seu lugar estão emergindo as redes, muito mais dinâmicas, móveis e fluidas [...] esquecem que a rede pode ser vista tanto como um elemento fundamental

constituente do território, como pode até mesmo ser confundir-se com ele [...]. Além disso, a estrutura social em rede pode atuar tanto como um elemento fortalecedor do território [...] quanto um componente fundamental na promoção da desterritorialização (HAESBAERT, 2002, p. 132).

O citado autor acrescenta ainda que a desterritorialização implica em um reterritorialização, fato este que ressalta que a relação existente entre o território e rede é permanente e indissociável. Tal linha é também defendida por Lima (1998) que, por sua vez, afirma que o território é formado por lugares e estes são ligados pelas redes que os atravessam.

Analisar as categorias de território e rede, conjuntamente, além de um excelente recurso analítico e conceitual pode inferir na abertura de novas perspectivas de estudos que levem em consideração a face globalizadora e fragmentadora envolvida nesta relação, visto que as redes ao mesmo tempo interligam e fragmentam o território.

Ambas categorias são indispensáveis na análise e planejamento das ações no âmbito das políticas públicas de saúde. Diante deste fato, após a discussão realizada sobre o território e suas implicações, será trabalhada adiante a forma pela qual as redes são estabelecidas no campo da saúde.

4.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As propostas de redes no apoio às políticas públicas têm sido crescentemente adotadas a partir da década de 90, para suplantam o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, numa conjuntura de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público (MENDES, 2011).

As redes são propostas no sentido de administrar políticas e projetos em contextos onde os recursos são escassos e os problemas complexos; em situações onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais, que

manifestam uma crescente demanda por benefícios e participação cidadã (FLEURY; OUVENEY, 2007).

A fragmentação dos sistemas de atenção acarreta diversos prejuízos tanto no que diz respeito ao planejamento das ações quanto na capacidade de atendimento às necessidades da população. Deste modo, os serviços permanecem sem a devida comunicação, prejudicando a continuidade da atenção ao usuário que é atendido.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde caracterizam-se pela independência das ações empreendidas nos distintos níveis assistenciais. Neles, a Atenção Básica não exerce o seu papel de centro de comunicação, apresentando dificuldades de uma comunicação fluída com o setor secundário e este, por sua vez, não se comunica com o setor terciário.

Neste caso, há deficiências na responsabilização por uma população adscrita, o que dificulta a gestão baseada nas necessidades reais dos usuários. Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela inexistência da continuidade da atenção. O foco é voltado para as condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar, não havendo um planejamento e sim uma ação reativa à demanda. Priorizam-se as intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde é implementado sem estratificação dos riscos, além da atenção centrada no médico (MENDES, 2010).

A transformação deste panorama tem representado uma das necessidades centrais do SUS. O desafio reside em realizar mudanças substanciais que permitam superar a fragmentação do sistema vigente por meio da implantação e estabelecimento das chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A portaria nº 4.279, de dezembro de 2010 define as Redes de Atenção à Saúde como sendo arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de distintas densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando assim a garantia da integralidade do cuidado. Mendes (2010) ressalta que as Redes de Atenção à Saúde são formadas por três elementos básicos e essenciais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde, que serão analisados a seguir.

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade que um sistema apresenta em priorizar as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, de acordo com os riscos, além de avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas, no contexto de sua cultura e de suas preferências.

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas (MENDES, 2010, p. 2301).

Estratégia de Saúde da Família assume um papel fundamental no reconhecimento efetivo destas populações, visto que a territorialização destes serviços pressupõe a vinculação das famílias adscritas à unidade de saúde, o cadastramento e classificação do risco, além da identificação das condições de saúde das comunidades envolvidas.

Já a estrutura operacional, segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde, é constituída pelos nós das redes (a atenção primária à saúde; unidades de atenção secundárias e terciárias; e os sistemas de apoio) e pelas ligações materiais e imateriais (sistema logístico) que comunicam esses diferentes nós.

Mendes (2010, p. 2301) aponta que a atenção primária é o “centro de comunicação das redes de atenção à saúde, é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos”. Já os pontos de atenção secundários e terciários, correspondem aos nós das redes onde se ofertam serviços especializados que se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários tecnologicamente mais densos que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente, conforme apontou Oliveira (2005) na pesquisa que

avaliou o impacto da dimensão geográfica no acesso aos serviços hospitalares do SUS. O terceiro nó que compõe as redes de atenção à saúde são os sistemas de apoio, estes têm a função de prestar serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

O citado autor prossegue descrevendo o quarto componente das redes de atenção à saúde que são os sistemas logísticos. Estes são responsáveis pela garantia da organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, possibilitando um sistema efetivo de referência e contrarreferência. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

Mendes (2010) ainda traz o que ele denomina de quinto componente das redes de atenção à saúde: os sistemas de governança. A governança das redes permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. Estes cinco componentes formam a estrutura operacional da rede.

Os modelos de atenção à saúde formam o terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde. Estes são sistemas que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da compreensão da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde (MENDES, 2010). Neste sentido, a Figura 14 a seguir apresenta a estrutura operacional básica das Redes de Atenção à Saúde.

Figura 14. Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: (MENDES, 2011).

A partir da definição sobre o que é preconizado para o funcionamento e organização das Redes de Atenção à Saúde, será trabalhada no próximo capítulo a forma pela qual as redes têm sido coordenadas e geridas no âmbito do Recife e mais particularmente no Distrito Sanitário IV deste município.

**5. A GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO
ESTABELECIDAS NO ÂMBITO DA SAÚDE
PÚBLICA**

5. A GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO ESTABELECIDAS NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

“Pobres são os que têm a porta fechada”.
Catalina Álvarez-Insúa

O Brasil é marcado pela diversidade e caracterizado por desigualdades econômicas e sociais que refletem na disparidade das necessidades de saúde que os distintos grupos populacionais apresentam. O modelo de atenção à saúde, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

Um dos grandes desafios enfrentados na gestão da saúde pública comprometida com a atenção integral reside na organização dos serviços em rede e territorialmente estabelecidos. O considerável incremento do acesso da população à Estratégia de Saúde da Família é considerado um grande avanço no cuidado implementado na Atenção Básica. No entanto, este acréscimo trouxe à tona a importância de uma melhor gestão dos serviços nos demais níveis de atenção, visto que significou uma maior exigência desta rede.

Neste sentido, o presente capítulo pretende empreender uma apreciação da espacialização das redes de atenção à saúde no contexto territorial do Recife, por meio da análise os padrões de deslocamento dos pacientes encaminhados pela atenção básica.

Desta forma, será inicialmente realizada uma breve exposição de como estão organizados os serviços de saúde neste município e de como são estabelecidos os fluxos de pacientes quando buscam os demais níveis da rede de atenção, no âmbito do Distrito Sanitário IV do Recife.

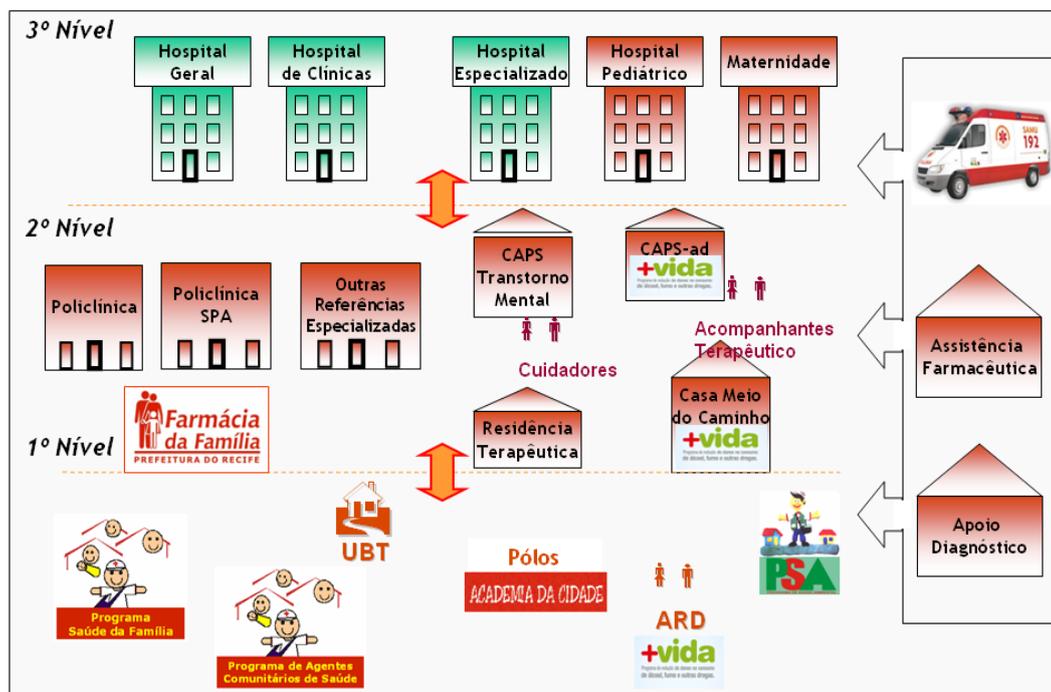
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DO RECIFE

O Recife, capital do estado de Pernambuco, situa-se no litoral oriental da Região Nordeste do Brasil. Conta atualmente com 1.537.704 habitantes (IBGE, 2010) distribuídos em 94 bairros. Ocupa 219 km², correspondendo a 0,2% da área total do Estado apresentando uma diversificação de ambientes como morros, planícies, estuário e praia, sendo seu ponto mais alto inferior a 100 metros (BITOUN; BARRETO, 1996). Surgiu em 1537 como uma aldeia de pescadores e incorporou atividades portuárias, sofrendo várias mutações no decorrer de sua história (REZENDE, 2002).

O Recife é o município pernambucano onde está localizada a grande maioria dos serviços públicos de referência do estado. Uma expressiva parcela da população de outros municípios da Região Metropolitana e do interior do estado se dirigem à cidade em busca de serviços de maior complexidade, mas também de ações básicas de saúde, sendo este um dos principais destinos para o turismo médico no país.

O modelo de saúde do Recife é organizado em três níveis de atenção (Figura 15) e a rede de serviços de saúde é constituída por unidades de saúde distribuídas em seis Distritos Sanitários.

Figura 15. Modelo de Saúde do Recife.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/PE.

Estas unidades são classificadas de acordo com a esfera administrativa, sendo a “Rede Própria de Serviços de Saúde” composta pelas unidades públicas próprias da prefeitura (Tabela 7) e a “Rede Complementar de Serviços de Saúde” que compreende as unidades privadas e filantrópicas, que executam atendimento pelo Sistema Único de Saúde, mediante contratualização. A rede municipal conta ainda com, apesar de incipiente, acesso à rede estadual de serviços por meio de convênios estabelecidos com algumas destas instituições.

Tabela 7. Rede Própria de Saúde do Recife, 2013.

REDE DE SAÚDE	DISTRITO						TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	
Unidades da Saúde da Família	10	19	23	20	16	34	122
UPINHA/USF	0	1	2	0	0	0	3
Equipes de Saúde da Família	16	46	52	40	32	82	268
Equipes de Saúde Bucal	9	23	30	25	18	41	153
Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	2	3	4	3	3	5	20
Núcleo de Apoio a Práticas Integradas	1	1	1	1	1	1	6
Unidades Básicas Tradicionais	1	1	6	3	5	6	22
Polos da Academia da Cidade	5	7	7	7	7	8	41
Farmácia da Família	0	3	2	2	2	2	11
Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas	1	1	1	1	1	1	6
Centro de Atenção Psicossocial – Transtornos Mentais	1	2	2	1	3	2	11
Albergues Terapêuticos	1	1	0	1	0	1	4
Residências Terapêuticas	0	6	3	6	5	4	24
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	1	1	1	1	1	1	6
Policlínicas	3	2	3	1	1	2	12
Serviço de Pronto Atendimento	0	1	1	0	1	1	4
Maternidades	0	0	1	0	1	1	3
Hospital Pediátrico	0	0	1	0	0	0	1
Equipes Consultórios de Rua e Consultórios na Rua	1	1	1	1	1	1	6
SAMU Metropolitano do Recife (Central)	-	-	-	-	-	-	1
Bases descentralizadas do SAMU	2	1	1	2	1	2	9
SAMU- Ambulância - USB (Básica)	-	-	-	-	-	-	18
SAMU- Ambulância - USA (UTI)	-	-	-	-	-	-	4
SAMU- Motolância	-	-	-	-	-	-	3
SAMU- VIR (veículo de intervenção rápida)	-	-	-	-	-	-	1
Laboratório Municipal	-	-	-	-	-	-	1
Unidades Especializadas	-	-	-	-	-	-	7
Serviço de Atendimento Domiciliar - EMAP *	-	-	-	-	-	-	3
Serviço de Atendimento Domiciliar - EMAD **	-	-	-	-	-	-	7
Central de Regulação Ambulatorial e Hospitalar	-	-	-	-	-	-	1
Clínica de Reabilitação / Fisioterapia	1	-	-	-	-	-	1

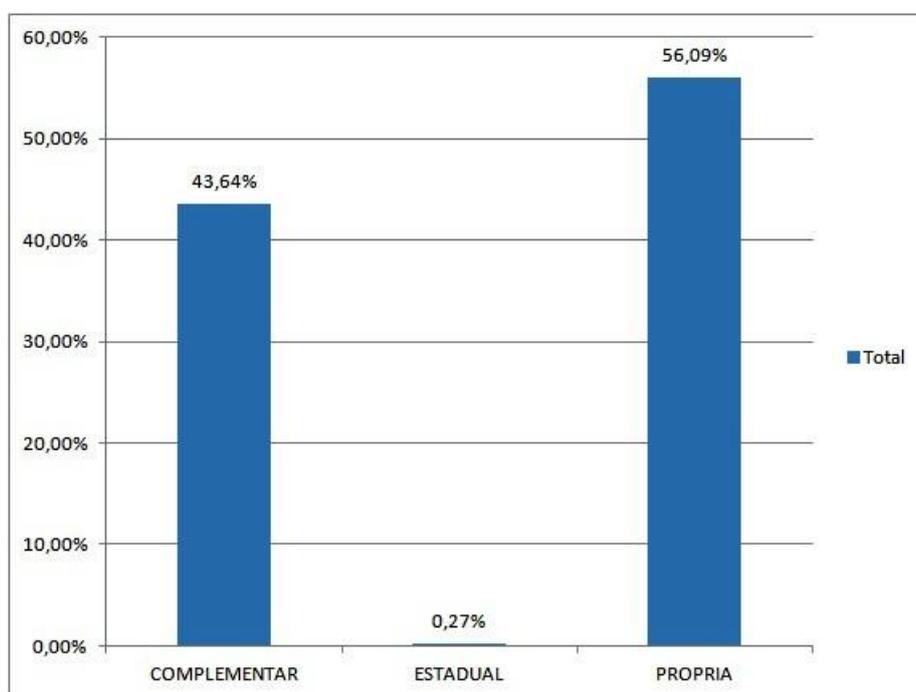
Fonte: CNES/GGR/SEAS/SS do Recife, 2013.

*EMAP – Equipe Multidisciplinar de Apoio.

**EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar.

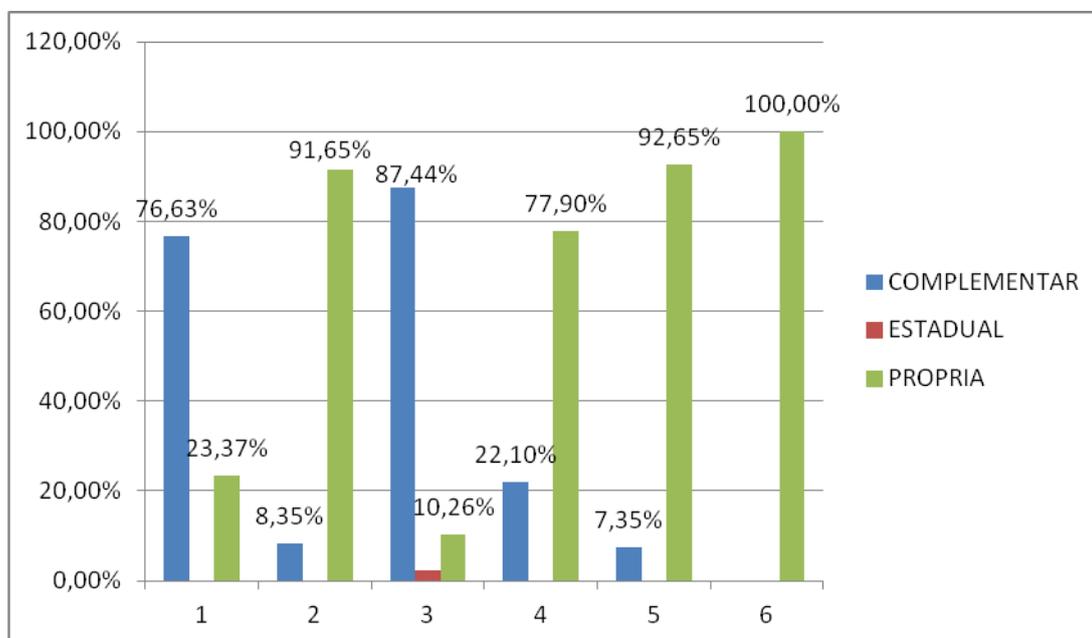
Apesar da pouco expressiva superioridade numérica da execução de atendimentos por meio da rede própria, de modo geral, quando analisadas as realidades apresentadas nos distritos sanitários é possível observar que, em boa parte destes, a rede complementar ainda é responsável por grande parcela da assistência dispensada, sobretudo no que diz respeito às localidades que abarcam o maior quantitativo de atendimentos realizados (Gráficos 4 e 5).

Gráfico 4. Classificação da execução de atendimentos de acordo com a esfera administrativa no Recife.



Fonte: Central de Regulação do Recife - 2013. Elaboração: a autora.

Gráfico 5. Classificação da execução de atendimentos de acordo com a esfera administrativa por Distrito Sanitário. Recife-2013.



Fonte: Central de Regulação do Recife - 2013. Elaboração: a autora.

O Distrito Sanitário I, por exemplo, responsável por quase 40% das execuções de atendimentos na Cidade do Recife, segundo dados da Central de Regulação do Recife, possui 76,63% dos atendimentos supridos pela rede complementar. Tal panorama sugere uma elevada tendência de investimentos no setor privado por parte do setor público.

Neste sentido, Ibanhes et. al. (2007) aponta que o Brasil é caracterizado por uma precariedade de gastos na saúde e insuficientes investimentos na ampliação de ofertas por meio do SUS. O resultado disto se reflete principalmente na elevada dependência de oferta por meio do setor privado.

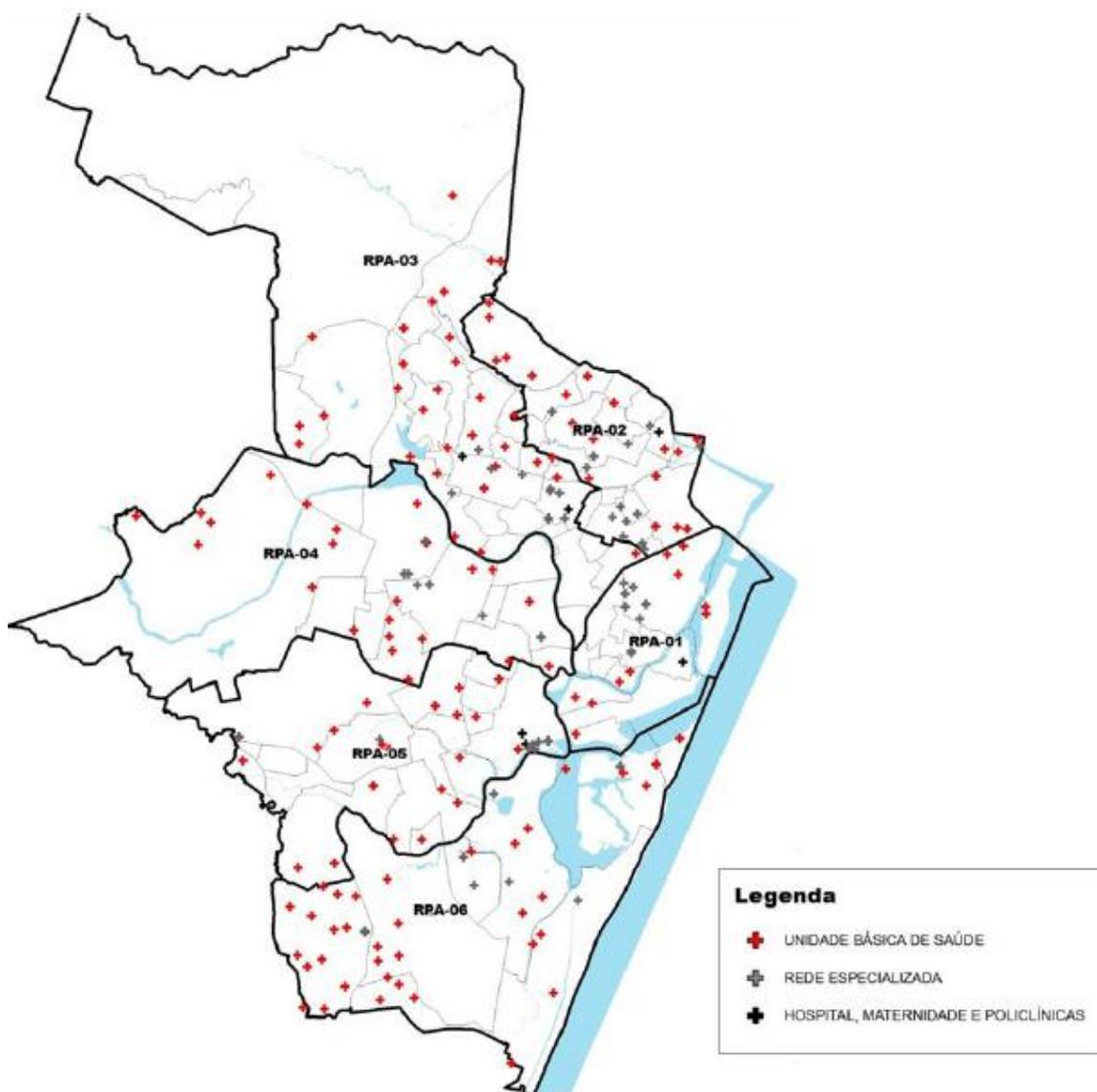
No que diz respeito à rede básica, a mesma é formada por: 122 Unidades de Saúde da Família, 03 UPINHAS/USF, com 268 Equipes de Saúde da Família (EqSF) e 153 Equipes de Saúde Bucal (ESB); 26 serviços odontológicos ambulatoriais em Unidades Básicas Tradicionais e Policlínicas, 28 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), 22 Unidades Básicas Tradicionais de Saúde (RECIFE, 2014).

A rede básica de saúde é ainda composta por 20 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes multiprofissionais que atuam junto às EqSF para auxiliar na identificação de prioridades no território, na assistência aos usuários.

Há também Núcleos de Práticas Integrativas (NAPI), organizados por equipes multiprofissionais com formação em Práticas Integrativas e Complementares que atuam no território com nutrição saudável, acupuntura, homeopatia, atividades corporais, fitoterapia, uso racional de medicamentos e ampliação de ofertas terapêuticas, operando em todos os distritos sanitários (RECIFE, 2014).

A rede de saúde conta ainda com 41 Polos de Academia da Cidade, uma das estratégias da política de promoção à saúde, com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável. Estes polos objetivam a potencialização dos espaços públicos de lazer, requalificando-os em equipamentos de saúde. Estima-se que haja uma média de 85.555 atendimentos/mês nos 41 Polos do Programa (RECIFE, 2014). Deste modo, a Figura 16 a seguir apresenta a distribuição geográfica dos equipamentos de saúde na Cidade do Recife.

Figura 16. Rede Assistencial Básica de Saúde. Recife, 2013.



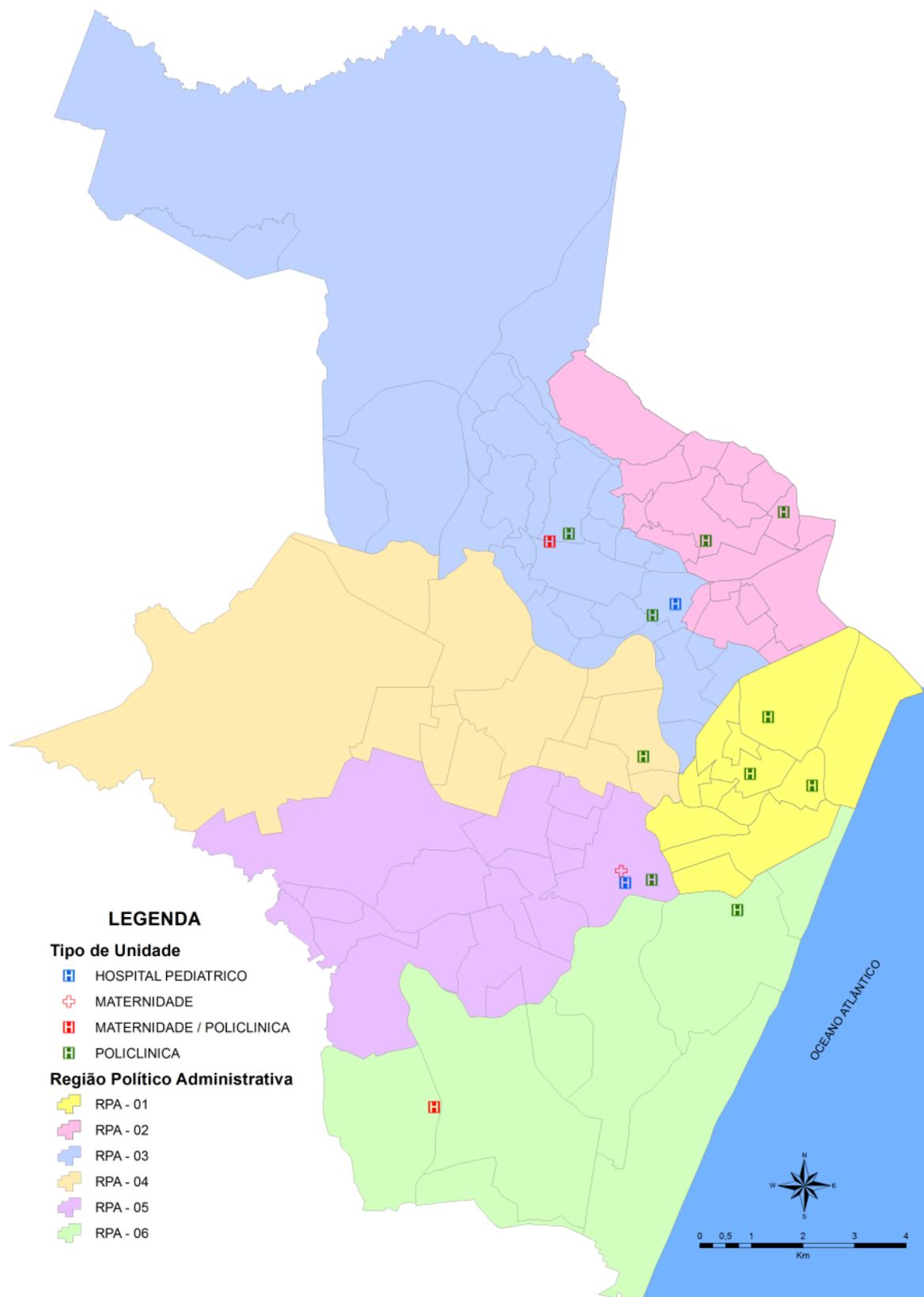
Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DGPG.

A rede especializada da cidade do Recife é formada por: 12 Policlínicas, 06 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); 04 Serviços de Urgência Odontológica e 01 serviço especializado em saúde bucal para hipertensos e diabéticos, 03 Maternidades, 01 Hospital Pediátrico, Laboratório Municipal de Saúde Pública e 07 Unidades Especializadas. Entre estes há o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro de Reabilitação Física, Unidade de

Cuidados Integrals e o Ambulatório Especializado da Mulher. Esses serviços estão distribuídos no território dos Distritos Sanitários e oferecem atendimento especializado nas áreas de enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição, odontologia, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional, além de médicos nas especialidades de ginecologia, clínica geral, pediatria, ortopedia, neurologia, cardiologia, hematologia, dermatologia, medicina do trabalho, geriatria, endocrinologia, gastroenterologia, hebiatria, entre outras.

A Atenção Especializada é responsável por oferecer serviços e procedimentos, de maior complexidade, não disponibilizados nas unidades básicas de saúde. A marcação de consulta para um especialista na rede municipal é realizada pela Central de Regulação de Consultas. O citado serviço regula 159 unidades, dentre as próprias (Figura 17) e conveniadas.

Figura 17. Rede Especializada Própria de Saúde. Recife, 2013.



Fonte: Gerência Geral de Planejamento e Orçamento – Sesau / Recife.

Em 2010 foi instituído no Recife o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que tem por objetivo promover a atenção integral a pacientes que necessitem de cuidados intensivos com dificuldade de deslocamento para os serviços de saúde. O SAD compõe a política de atenção domiciliar e possibilita a prevenção de internações, diminuindo o tempo de permanência hospitalar e estimulando maiores gradientes de autonomia ao paciente e sua rede sócio-familiar.

O Recife conta ainda com uma rede de Saúde Mental composta por 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 11 CAPS Transtorno Mental e 06 CAPS Álcool e Drogas, 24 Residências Terapêuticas, 04 Albergues Terapêuticos, 04 Equipes de Consultório de Rua e 02 Equipes de Consultório na Rua. Estes têm por objetivo o fortalecimento da clínica, ampliação do acesso e diversificação da oferta de serviços no território, com foco na desospitalização e reabilitação psicossocial (RECIFE, 2014).

Além dos serviços próprios acima descritos, a Secretaria de Saúde complementa a oferta com serviços privados de assistência à saúde no intuito de garantir uma maior cobertura assistencial ao município. O município conta com uma Rede complementar (Conveniada ou Contratada) formada por 03 Hospitais Gerais, 01 Hospital Pediátrico, 03 Hospitais Psiquiátricos, 08 Laboratórios de Patologia Clínica e 10 Serviços de Imagem (Raios-X, Ultrassonografia, etc.), além de 04 Serviços de Oftalmologia e 09 de Reabilitação, conforme é possível observar nas tabelas 8, 9, 10 e 11 que seguem (RECIFE, 2014).

Tabela 8. Hospitais Conveniados.

N	HOSPITAIS	DS	Tipo
01	Centro Hospitalar Oscar Coutinho IMIP Hospitalar	I	Filantrópico
02	Hospital Santo Amaro (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife)	I	Filantrópico
03	Hospital Evangélico de Pernambuco	III	Filantrópico
04	Casa de Saúde Maria Lucinda (Fundação Manoel da Silva Almeida)	III	Filantrópico
05	Sanatório Recife	I	Privado
06	Clínica Psiquiátrica Santo Antônio	IV	Privado
07	Clínica Santo Antônio de Pádua	IV	Privado
08	Instituto de Psiquiatria do Recife-IPR (FIRMANDO PASSOS)		

Fonte: CNES/Sesau, 2013.

Tabela 9. Serviços de Diagnóstico Conveniados.

N	LABORATÓRIOS PRIVADOS	DS
01	CECLINE	I
02	LABOPAC	I
03	Laboratório de Análises Clínicas Louis Pasteur	I
04	Laboratório Dr. Anacleto Ferreira	I
05	CELARE	III
06	CIAC	III
07	CEFAM	IV
08	LABOTERCIO	VI

Fonte: CNES/Sesau, 2013.

Tabela 10. Serviços Especializados Conveniados.

N	ESTABELECIMENTOS RADIOLOGIA	DS
01	Instituto Radium Radiologia	I
02	Clínica Radiológica Manoel Borba (Boris Berenstein Radiologia S/C Ltda.)	III
03	Qualimagem (Clínica Radiológica Dr. José de Aguiar Pereira)	III
04	Clínica Radiológica N. Sr ^a . do Carmo	IV
05	Clínica Radiológica Walter Braga	III
06	Clínica Radiológica Manoel de Medeiros	III
07	Clínica Radiológica Santo Antônio	I
08	IMIP Hospitalar	I
09	Hospital Santo Amaro (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife)	I
10	Hospital Evangélico de Pernambuco	III
11	Casa de Saúde Maria Lucinda (Fundação Manoel da Silva Almeida)	III
N	ESTABELECIMENTOS OFTALMOLOGIA	DS
01	OFTALMO - Centro de Oftalmologistas Associados de Pernambuco	I
02	PCO - Pronto Clínica Oftalmológica	I
03	CLINOPE - Clínica Oftalmológica de Pernambuco	I
04	SEOPE - Serviço Oftalmológico de Pernambuco Ltda	I
05	Fundação Santa Luzia	III
06	Hospital Santo Amaro (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife)	I
07	Casa de Saúde Maria Lucinda (Fundação Manoel da Silva Almeida)	III
N	ESTABELECIMENTOS ULTRASSONOGRRAFIA	DS
01	Ultra Diagnóstico	I
02	RC Diagnóstico e Exames Especializados	II
03	CLIMAPE - Clínica de Imagem de Pernambuco	I
04	Clínica Radiológica N. Sr ^a . do Carmo	IV
05	Clínica Radiológica Walter Braga	III
06	Clínica Radiológica Manoel de Medeiros	III

07	Clínica Radiológica Santo Antônio	I
08	IMIP Hospitalar	I
09	Hospital Santo Amaro (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife)	I

Fonte: CNES/Sesau, 2013.

Tabela 11. Serviços de Reabilitação e Fisioterapia Conveniados.

N	UNIDADE DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA	DS
01	Centro de Reabilitação Menina dos Olhos	I
02	Clínica de Fisioterapia do Recife	I
03	Clínica de Pulmões	I
04	Clínica Luís Borges (Instituto de Fisioterapia Duarte Coelho)	I
05	IRI - Instituto de Reabilitação Infantil	I
06	Centro de Reabilitação Motora do Recife	II
07	CERVAC - Centro de Reabilitação e Valorização da Criança	III
08	GURI - Grupo Universitário de Reabilitação Infantil	V
09	SUVAG - Centro SUVAG de Pernambuco	IV

Fonte: CNES/Sesau, 2013.

O processo de descentralização no Recife, iniciado em 1995, não contemplou as unidades de alta complexidade. Algumas delas passam por um processo de municipalização desde 2005 e que ainda não foi finalizado. A rede hospitalar do SUS-Municipal, além de ser muito pequena não consegue atender à lógica do modelo de atenção proposto para o Recife.

Devido ao número de hospitais e de leitos tanto na rede própria como na contratada pelo SUS-Estadual, o ajustamento da rede hospitalar à lógica do modelo municipal passa pela negociação com o gestor estadual para a municipalização de algumas unidades e, sobretudo, concretização do Comando Único, nos termos da NOAS-01/2002 (RECIFE, 2005).

Esta situação acaba por dificultar a adequação da rede hospitalar localizada no município à lógica do modelo municipal, dificultando a operacionalização da hierarquia da rede. Este aspecto fragiliza os mecanismos de referência e contra-referência que visam garantir uma assistência integral à

população por meio da integração entre as ações de vigilância com a programação de ações nas unidades de saúde.

Apesar dos avanços já alcançados, eles parecem ainda distantes de produzir modificações expressivas no perfil de saúde da população, tendo em vista a acumulação ao longo dos anos de deficiências da atenção à saúde no município. A despeito do incremento na cobertura e ampliação do acesso, alguns desafios ainda seguem na eminência de serem superados, principalmente no que diz respeito ao isolamento dos serviços nos distintos níveis de atenção.

5.2 FLUXO DE USUÁRIOS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE: DO ACOLHIMENTO AO ESPECIALISTA

5.2.1 Acolhimento

Diversas foram as modificações ocorridas nos procedimentos realizados para o atendimento de usuários na Unidade Básica de Saúde bem como na marcação de consultas da ESF. No Recife, estes ajustes foram efetuados na medida em que o procedimento adotado não se adequava às reais necessidades da população e equipe médica em geral. Alguns destes métodos merecem aqui destaque. Uns por terem se estendido por um tempo considerável e outros pelos efeitos negativos então ocasionados.

Inicialmente, cada Unidade de Saúde da Família estabelecia um dia e horário específico para a realização dos agendamentos das consultas. Os Agentes Comunitários de Saúde se revezavam nesta função, que até então ocorria na recepção da Unidade de Saúde. Tal fato acarretava diversos transtornos, tais como superlotação da USF neste dia específico e longas filas para o atendimento.

A população ainda se submetida, em alguns casos, a chegar no dia anterior ao agendamento para garantia da vaga, além de denúncias de beneficiamento de determinados pacientes no acesso ao agendamento, inclusive com acusações de vendas de fichas.

Diante desta problemática, determinou-se que o primeiro contato que o paciente estabeleceria para a marcação de consultas seria por meio dos Agentes Comunitários de Saúde. O ACS passou a ser o responsável pelo agendamento e este, na maior parte dos casos, era já solicitado durante as visitas mensais realizadas pelos mesmos.

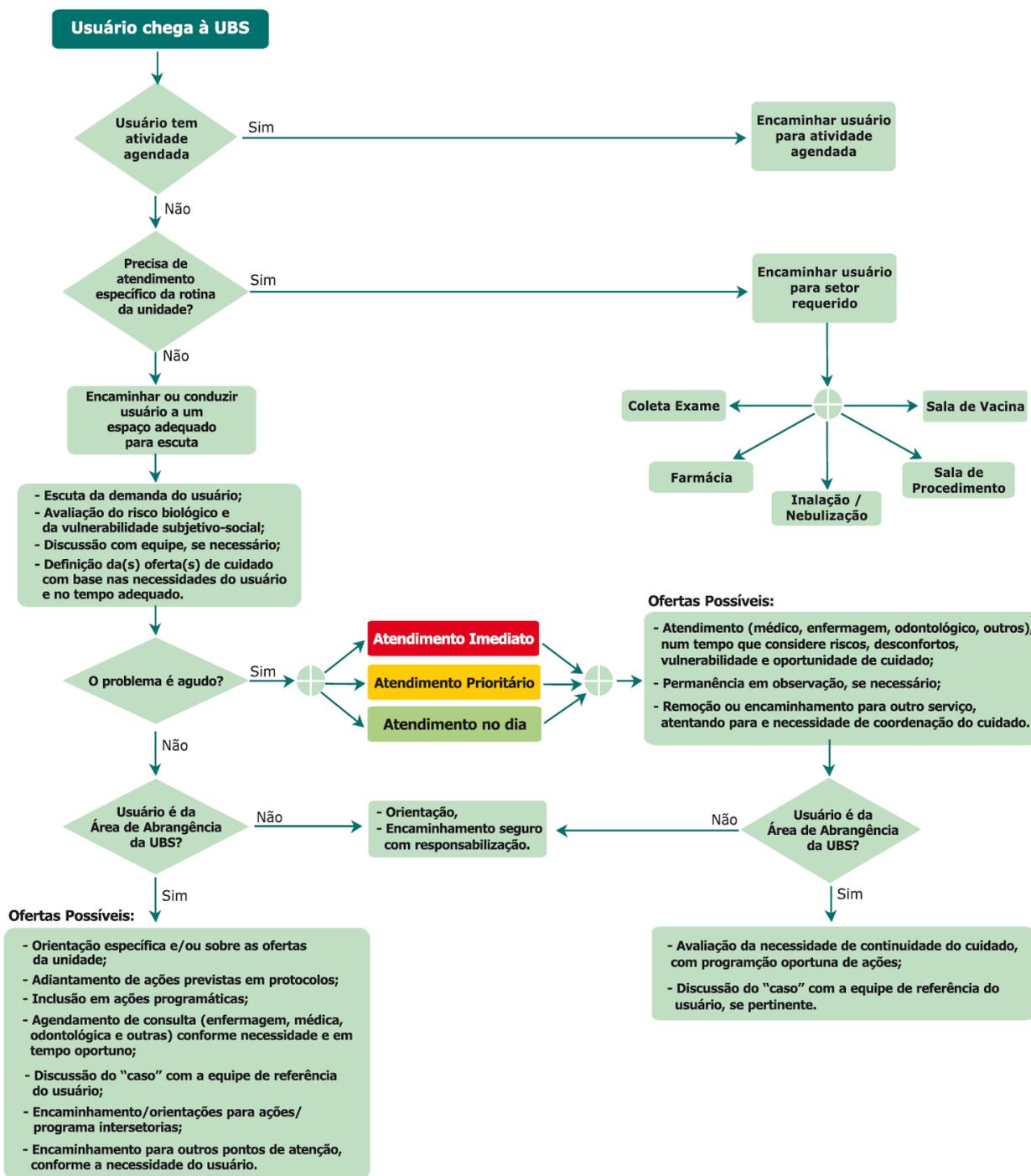
A população em geral aprovava tal procedimento, visto não ser mais necessário dirigir-se à USF para solicitar o agendamento, evitando assim as longas filas e todo o transtorno que seguia. Todavia este método trouxe à tona uma nova dificuldade: os Agentes Comunitários de Saúde não mais conseguiam realizar o acompanhamento e prevenção, conforme preconizado, passaram então a ser procurados pela população como meros marcadores de consultas, inviabilizando tal procedimento.

Tal situação implicava em diversas dificuldades, inclusive abrindo margem para que os usuários com melhor relacionamento com seu Agente de Saúde tivessem acesso facilitado às marcações de consultas. Além disto, como a solicitação para especialistas partia do usuário, muitas doenças não descobertas acabavam por ter um diagnóstico tardio.

Desta forma, ficou estabelecido que os ACSs não mais teriam esta função, ficando sob a responsabilidade de um Agente Administrativo que seria contratado para cada Unidade de Saúde da Família. Sendo assim o agendamento voltou a ser realizado na USF e a problemática que ocorria anteriormente, passou a fazer parte do cotidiano de usuários e equipe médica.

Neste panorama, no intuito de desburocratizar o atendimento e ampliar a resolutividade, foi estabelecido que todo o paciente que porventura buscasse os serviços das Unidades de Saúde da Família passaria inicialmente pelo acolhimento. Por meio do acolhimento é previsto que toda e qualquer pessoa que busque o serviço deve ter sua necessidade atendida, não mais precisando de agendamentos prévios. Por meio da Figura 18 é possível compreender melhor como ocorre o fluxo destes pacientes dentro da Unidade Básica de Saúde.

Figura 18. Fluxo de usuários na Unidade Básica de Saúde.



Fonte: (BRASIL, 2011).

No acolhimento, mesmo sem agendamento, o usuário passa por uma triagem de avaliação de risco realizada por um profissional de nível superior, membro da equipe (médico, enfermeiro ou dentista) e, dependendo da necessidade, é feito o atendimento imediato ou realizada a marcação da consulta para atendimento posterior.

Apesar deste fluxo de pacientes ocorrer geralmente no mesmo sentido dentro das USFs, há algumas modelagens do acolhimento que variam de acordo com a especificidade local.

Deste modo, o paciente pode ser acolhido por sua equipe de referência, por profissionais que estão escalados para atuar em um dia determinado, havendo um “revezamento” entre as equipes, ou uma mescla entre estas duas possibilidades. O acolhimento também pode ocorrer de forma coletiva onde a equipe se reúne com os usuários que vieram por demanda espontânea, em um espaço coletivo.

Dentro de cada modalidade de acolhimentos anteriormente relatados há ainda diversas possibilidades e variações decorrentes, inclusive, da não adoção de uma única modalidade e sim de uma combinação destas, de acordo com a necessidade visualizada em cada localidade.

É também indispensável que os critérios para definição do risco sejam bem discutidos pela equipe, visto que, mesmo com baixo risco, um paciente pode necessitar de atendimento prioritário em algum momento. Neste sentido, deve ser ponderado que, por exemplo, um homem de 50 anos ou mulher em idade fértil que há anos não buscam o serviço, mesmo não apresentando nenhum agravo significativo, precisam de atendimento prioritário, pois é este o momento de encaminhá-los às demais possibilidades de cuidado.

No Distrito Sanitário IV do Recife o acolhimento ainda está em fase de implantação. Das dezoito Unidades de Saúde da Família deste Distrito, 61% já o implantaram em suas ações. No caso destas, toda a marcação de consultas médicas é realizada dentro do acolhimento e este, por sua vez, ocorre todos os dias da semana.

Um dos grandes desafios do acolhimento são os limites diários de atendimento. Os casos em que não foi adotado um número máximo de

atendimentos ao dia submetia a Equipe ao acompanhamento de quarenta a cinquenta pessoas advindas da demanda espontânea. Por outro lado, quando o limite é estabelecido, recai-se nos problemas citados anteriormente, onde pacientes são submetidos às madrugadas em filas, na finalidade de garantir o acesso.

Embora haja aparente acesso facilitado, grande parte destas Unidades de Saúde ainda limita o atendimento diário. Em algumas, o limite é de doze pacientes ao dia, nas demais a média é de vinte. Por conta deste limite, as filas de espera prosseguem, contudo diminuíram, pois o volume de pacientes é distribuído nos cinco dias do acolhimento.

Mesmo em casos em que este limite diário não ocorre, onde todos os usuários que buscam o atendimento o recebem, ainda não é possível afirmar que o atendimento passou a ser mais rápido. No trabalho de campo, por exemplo, foi possível observar em USFs alguns pacientes desistindo de esperar. Um deles afirmou ter chegado às 5:00h da manhã, às 11:00h, ainda não tinha sido atendido.

Apesar do elevado percentual de USFs que trabalham com o acolhimento, demonstrado anteriormente, 22% das USFs do Distrito Sanitário IV ainda realizam o atendimento do modo tradicional, sem acolhimento e com dias destinados à marcação de consulta.

Além destes, 17% implementaram parcialmente o acolhimento que funciona principalmente no intuito de atender aos casos que necessitam de cuidado imediato (pacientes com febre alta, cefaleia ou algum mal estar que possa ser resolvido no âmbito da Atenção Básica). Não obstante, ainda permanecem com a marcação de consultas médicas em dias distintos do acolhimento. Contudo, apesar da comprovada necessidade de ampliar e desburocratizar o acesso na atenção básica, o acolhimento ainda está longe de ser considerado unanimidade entre pacientes e equipe médica.

Para ilustrar o fato, tomar-se-á, mais uma vez, por exemplo, a Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio. Inicialmente, na citada USF, o acolhimento ocorria apenas em dois dias da semana até às 11h. A marcação de consultas médicas nesta USF era realizada apenas pelo Agente Administrativo,

às terças-feiras, no turno da tarde e os pacientes eram atendidos na mesma semana.

A marcação de consultas continuou ocorrendo até que, a partir do dia 07/08/2013, o agendamento das consultas para os médicos que atuam nesta USF passaram a ser realizados exclusivamente por meio do acolhimento, não mais havendo um dia específico para a marcação de consultas.

Na atualidade, nesta Unidade de Saúde da Família, a porta de entrada é o acolhimento que ocorre todas as manhãs (conforme destacado no Quadro 9) e a escuta individualizada é realizada por profissionais de nível superior que compõem a equipe e se revezam nesta atividade, entre as demais.

São encaminhados para a consulta apenas os casos que apresentam algum problema crônico, por precisarem de um acompanhamento a longo prazo, sendo agendados por um profissional de nível médio (ACS ou Técnico em Enfermagem), para a semana seguinte ou demais semanas, de acordo com a demanda. Apenas os casos agudos ou intercorrências são atendidos já no momento do acolhimento.

Esta foi, inclusive, uma das dificuldades relatadas pelos pacientes. Pessoas que apenas buscam a USF no intuito de agendar uma consulta médica precisam passar primeiramente pelo acolhimento, aguardar o atendimento e só assim receber a autorização de um profissional de nível superior para poder agendar uma consulta.

Por este motivo, em algumas Unidades de Saúde da Família, o agendamento foi desmembrado do acolhimento. Há uma escuta inicial com um profissional de nível médio ou técnico (ACS, Agente Administrativo ou Técnico de Enfermagem). Aos que necessitam de agendamento, a citada equipe o faz e aos que necessitam de atendimento médico imediato são encaminhados para a escuta realizada pelos profissionais de nível superior.

Quadro 9. Agenda dos profissionais da Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio.

Turno	Profissional	Atividade por dia da semana				
		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Médico Equipe I	Consultas/ Visitas Domiciliares	Acolhimento	Consultas/ Visitas Domiciliares	Hiperdia (hipertensão e diabetes)	Consultas/ Visitas Domiciliares
	Médico Equipe II	Consultas	Hiperdia (hipertensão e diabetes)	Perceptoria/ PROVAB	Acolhimento	Visitas Domiciliares
	Enfermeiro Equipe I	Visitas Domiciliares	Prevenção do Câncer de colo de útero	Consultas (Pré-natal)	Hiperdia (hipertensão e diabetes)	Acolhimento
	Enfermeiro Equipe II	Acolhimento	Hiperdia (hipertensão e diabetes)	Consultas (Pré-natal)	Prevenção do Câncer de colo de útero	Visitas Domiciliares
	Dentistas	Consultas	Consultas	Acolhimento	Consultas	Consultas
Tarde	Médico Equipe I	Reunião de Equipe	Consultas	Consultas	Consultas (saúde da criança e da mulher)	Resultado de exames
	Médico Equipe II	Atividade com estudantes/ Reunião de Equipe	Consultas	Perceptoria/ PROVAB	Consultas (Especial+ Acupuntura)	Resultado de exames e retorno de consulta
	Enfermeiro Equipe I	Reunião (Equipe, comunidade, NASF)	Teste Rápido HIV/ Planejamento reprodutivo/C.O/ Saúde do adulto	Consulta de enfermagem	Consulta (puericultura)	Consultas (saúde da mulher)
	Enfermeiro Equipe II	Reunião de Equipe	Teste Rápido HIV/ Planejamento reprodutivo/C.O/ Saúde do adulto	Consulta de enfermagem	Consulta (puericultura)	Consultas (saúde da mulher)
	Dentistas	Reunião de Equipe	Consultas	Atividade coletiva (escolas, creches, ONGs)	Visitas Domiciliares	Consultas

Fonte: Levantamento de dados no campo.

A Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio, assim como as demais, enfrentou e enfrenta o desafio do estabelecimento de limites ao atendimento diário. Iniciou o acolhimento recebendo toda a demanda espontânea, uma média de cinquenta pessoas. Até que se percebeu que a qualidade do atendimento estava sendo reduzida. Deste modo, foi então estabelecido o limite de vinte e cinco pacientes ao dia. Todavia, esta modificação também não foi bem aceita por parte dos que compõem a equipe:

“Quando o acolhimento começou era bom, mas ta se transformando. Quando ele começou a gente recebia as pessoas. Depois mudou. A gente ficava recebendo essas pessoas até 11h da manhã, o que desse pra a gente marcar, marcava, o que era pra passar pro médico a gente passava. Tinha a primeira escuta e segunda escuta pra chegar no médico, mas agora começou a complicar demais. Fica superlotado. Antes tinha os dias do acolhimento e os dias de marcação. Agora colocaram toda a marcação dentro do acolhimento. Aí está insuportável” (Agente Comunitário de Saúde).

Muito se fala nas Unidades de Saúde sobre o elevado percentual de usuários que buscam o acolhimento sem uma real necessidade *“o pessoal vem pra cá pela comodidade de ter médico todo dia, não pela necessidade. Se você pegar a ficha de acolhimento, se vier cem pessoas, cinco precisavam do acolhimento”* (Agente Comunitário de Saúde). No entanto, certamente o maior prejuízo deste método se dá no trabalho de prevenção realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, sendo sua indispensabilidade já relatada em capítulos anteriores.

“Quebrou o meu trabalho porque agora não adianta mais eu chegar na casa da pessoa e acompanhar algum problema simples. Se você passar numa casa a primeira coisa que eles perguntam é: tem acolhimento? Quem ta no acolhimento? E quando descobre que é um médico que já tem uma ligação, aí diz: vou pra lá! Às vezes não ta sentindo nada” (Agente Comunitário de Saúde).

“Antes a gente acompanhava a comunidade, a gente identificava uma situação e a gente trabalhava aquela situação. Se era um caso simples a gente acompanhava e nem precisava vir no posto.

Agora o povo só quer acolhimento, só quer vir pra cá” (Agente Comunitário de Saúde).

Apesar de serem dificuldades relativamente recentes, visto que o acolhimento ainda não foi implantado em todas as unidades de saúde, é possível verificar por meio destes relatos que a forma como estão sendo desenvolvidas as ações no processo de acolhimento tem representado um retrocesso à Estratégia de Saúde da Família. Minimiza-se o caráter preventivo realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, havendo um retorno ao sistema de atendimento prestado em uma unidade de saúde tradicional, com a atenção centrada na figura do médico e de caráter curativo e individual.

Além disso, é preciso ressaltar que a capacidade resolutiva da atenção básica não está vinculada apenas à estrutura física disponibilizada ou conhecimento técnico dos profissionais, mas, sobretudo, à ação acolhedora, ao vínculo estabelecido com o paciente e ao nível de articulação da rede básica com os demais níveis do sistema de saúde, assegurando deste modo a integralidade da assistência (FRANCO, 2003).

5.2.2 Gestão das cotas de acesso às especialidades

Sendo a Estratégia de Saúde da Família a porta de entrada da rede pública de saúde, é por meio do acolhimento ou da consulta agendada na Unidade de Saúde da Família que o usuário tem seu primeiro contato estabelecido.

De acordo com Starfield o percentual de resolutividade da Atenção Básica chega a 85% dos casos demandados, prestando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção à saúde (STARFIELD, 1994).

Todavia, com as especificidades do atendimento de cada Unidade de Saúde este percentual tende a variar. A grande maioria das USFs não fez este levantamento, mas, por exemplo, no caso da Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio, a equipe o fez e identificou que cerca de 92% das ocorrências

são resolvidas na USF, sem a necessidade de encaminhamento. Para os 8% que necessitam de encaminhamento é feita a referência. Estes são casos em que a USF não dá conta da necessidade tecnológica que o paciente exige.

Um dos maiores desafios enfrentados para a organização das redes de serviços de saúde reside na identificação da necessidade real da população e o planejamento da oferta. Para tanto, foi estabelecida a regulação assistencial por meio da criação da Norma Operacional da Saúde (NOAS) 2001/2002. Neste momento a regulação era basicamente destinada à média e alta complexidade e, portanto com uma concepção ainda restrita de resolutividade de rede.

Foram instituídos, então, instrumentos normativos na intenção de estimar as necessidades assistenciais, entre eles a Portaria n^o 1.101/02. O citado documento estabelece parâmetros para consultas, exames e internações de diversas especialidades, sendo o cálculo baseado na população residente em um determinado território, juntamente com a base histórica dos procedimentos assistenciais prestados, critério este que pode estar distanciado da real necessidade da população (BRASIL, 2002).

Desta forma, a Diretoria de Regulação do Sistema (DGRS) da Secretaria Municipal de Saúde, baseada na organização dos serviços de saúde em rede, pretende em suas ações facilitar o acesso dos usuários ao diagnóstico e a consultas com especialistas, por meio da Atenção Básica. Para tanto, empreende um monitoramento de dados para a gestão e de tomada de decisões, utilizando o Sistema Nacional de Regulação - SISREG III, sistema online disponibilizado pelo DATASUS.

A Portaria n^o 1.559 de 1^o de agosto de 2008, em seu Art. 4^o institui a Política Nacional de Regulação do SUS, propõe que a utilização de sistemas de informação, que dão subsídio aos cadastros e a regulação do acesso, é uma das ações indicadas para a Regulação da Atenção à Saúde.

O SISREG III é utilizado pela DGRS desde agosto de 2010 e constitui-se em sistema de marcação on-line, sendo útil para o gerenciamento da regulação desde a Atenção Básica até a internação hospitalar, prevendo a humanização dos serviços, otimização dos recursos e controle do fluxo da rede de saúde.

Os dados disponibilizados pelo SISREG III fornecem informações sobre como os Distritos Sanitários e as unidades utilizam seus procedimentos, servindo de importante instrumento de monitoramento, governabilidade do fluxo dos serviços de saúde, eficiência dos recursos, contribuindo para a avaliação permanente dos serviços de saúde.

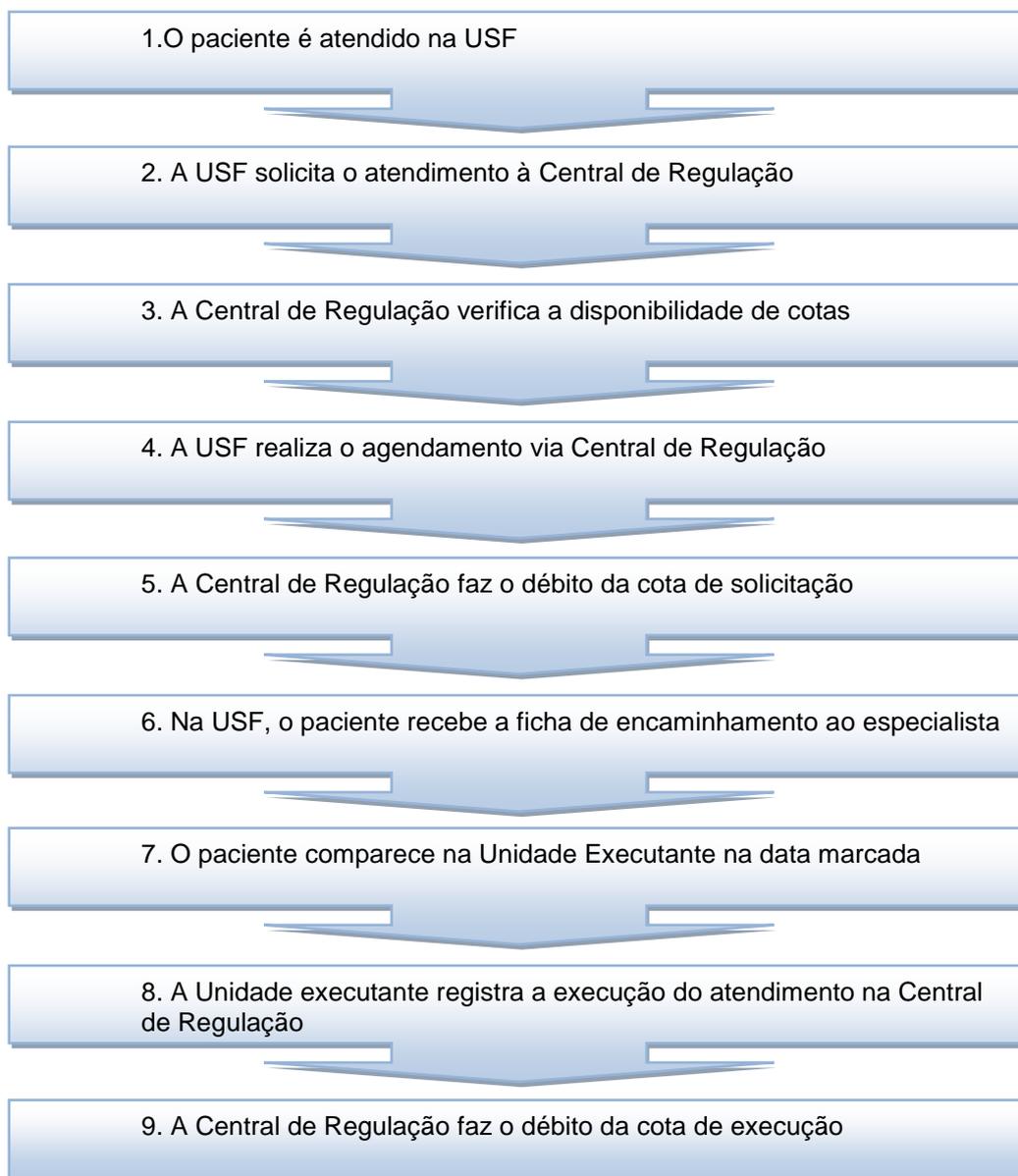
Antes do estabelecimento do agendamento on-line, os encaminhamentos para especialistas eram agendados por meio de uma central de atendimento por telefone. Cada Unidade de Saúde da Família dispunha de uma cota mensal para as distintas especialidades. A partir da utilização do SISREG III as USFs passaram a enfrentar mais uma dificuldade neste processo de agendamentos, a internet disponibilizada nos estabelecimentos nem sempre é suficiente para que o procedimento seja realizado:

“Aí a gente esbarra porque a unidade só tem um Mega de internet, compartilhado pra 10 computadores. Quando os médicos começam atender, o sistema fica lento, cai... e não conseguem marcar” (Entrevista realizada com Agente Comunitário de Saúde).

“Antigamente a gente marcava pelo telefone e era ótimo. A gente tinha certeza que tinha as 10 vagas pra neuro, pra pneumo. A gente tinha uma cota nossa para especialistas. Aí vem pra internet a gente pensa que vai ficar mais ágil, mas não fica” (Agente Administrativo da Estratégia de Saúde da Família).

Antes de aprofundar as questões advindas da implantação deste sistema, cabe inicialmente visualizar como os procedimentos de encaminhamento são atualmente realizados. A Figura 19 ilustra como são organizadas as ações.

Figura 19. Fluxo do agendamento da consulta com especialista.



Fonte: Levantamento de dados no campo.

Conforme exemplificado acima, o paciente residente no território de atuação da Estratégia de Saúde da Família, quando necessita de um especialista, deve solicitar o encaminhamento ao médico da localidade. Este profissional julga se há uma real necessidade e procede com o encaminhamento. Esta primeira

triagem reduz o percentual de pacientes que buscam desnecessariamente os outros níveis da rede, tendo em vista o alto poder de resolutividade da ESF.

Cada USF dispõem de um profissional (técnico administrativo) que fica na incumbência de realizar a solicitação do agendamento à Central de Regulação Municipal. Além da questão de infraestrutura (funcionamento de computadores e internet) este profissional enfrenta dificuldades no que diz respeito à gestão das cotas feita pela regulação.

Mesmo com a implantação do SISREG III o estabelecimento de cotas por Unidade de Saúde e por especialidade foi mantido. Este método trazia consigo algumas incongruências.

A primeira delas residia no fato que as cotas disponibilizadas por vezes não eram suficientes para atender à demanda de algumas especialidades, em determinadas USFs. Por outro lado, havia casos em que a cota não era preenchida, por diversos fatores, e as vagas restantes simplesmente não poderiam ser relocadas por terem sido disponibilizadas a uma unidade de saúde específica.

Para ilustrar a seriedade deste fato, é possível observar, por meio da análise da Tabela 12, a gestão destas cotas nos demais municípios regulados pela DGRS, no ano de 2013. Nesta tabela foram selecionadas algumas especialidades, possibilitando a identificação da cota mensal estabelecida para cada município e a utilização da mesma ao longo dos meses do referido ano.

Tabela 12. Monitoramento das cotas intermunicipais de Média Complexidade (2013).

Procedimento	Município	Cota mensal	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Total	Média	Média %
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	CAMARAGIBE	10	-	4	-	-	-	3	8	8	6	1	-	-	30	3	25%
	IGARASSU	40	9	16	32	8	10	3	17	21	24	20	7	20	187	16	39%
	ITAMARACA	25	15	16	15	13	16	16	13	16	11	11	10	18	170	14	57%
	ITAPISSUMA	10	1	-	-	2	-	-	1	4	3	5	1	2	19	2	16%
	SAO LOURENCO DA MATA	35	4	7	1	2	-	-	10	2	4	2	-	-	32	3	8%
	Total	120	29	43	48	25	26	22	49	51	48	39	18	40	438	37	30%
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	CAMARAGIBE	10	-	-	-	-	1	1	5	2	1	-	-	-	10	1	8%
	ITAMARACA	12	9	5	6	3	-	-	7	6	5	4	1	9	55	5	38%
	Total	22	9	5	6	3	1	1	12	8	6	4	1	9	65	5	25%
CONSULTA EM REUMATOLOGIA	CAMARAGIBE	7	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	2	5	0	6%
	ITAMARACA	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8	1	8%
	MORENO	5	-	-	-	-	-	-	4	5	5	2	4	-	20	2	33%

	Total	20	-	-	-	-	1	-	4	5	6	2	5	10	33	3	14%
CONSULTA EM TRAUMATO-ORTOPEDIA	CAMARAGIBE	29	-	-	1	3	4	12	11	4	3	3	4	9	54	5	16%
	IGARASSU	25	-	-	-	-	-	-	1	-	3	3	3	-	10	1	3%
	PAULISTA	160	1	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1	0%
	SAO LOURENCO DA MATA	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	0	0%
	Total	298	1	2	3	4	4	12	12	4	6	6	8	9	71	6	2%
CONSULTA EM UROLOGIA	CAMARAGIBE	6	-	-	-	-	2	2	3	4	-	-	-	-	11	1	15%
	ITAMARACA	12	-	2	4	3	1	4	5	10	4	-	2	1	36	3	25%
	ITAPISSUMA	17	3	-	5	6	2	2	2	-	2	-	3	-	25	2	12%
	SAO LOURENCO DA MATA	34	-	-	1	6	7	-	5	-	1	-	1	-	21	2	5%
	VITORIA DE SANTO ANTAO	24	3	4	-	14	10	1	6	17	9	4	3	1	72	6	25%
	Total	93	6	6	10	29	22	9	21	31	16	4	9	2	165	14	15%

Fonte: SISREG III.

Apesar de serem cotas referentes a outros municípios, estas dizem respeito à execução de atendimentos realizados na Cidade do Recife via Central de Regulação. Os municípios em questão fazem parte de uma rede conveniada e os percentuais não utilizados revelam duas graves deficiências: há uma disponibilização excedente de cotas e uma dificuldade de relocação destas para outras instituições de saúde, inclusive para as unidades solicitantes localizadas no Recife.

Estes dados expõem que, além do grave e conhecido problema da pouca disponibilidade destas vagas, a limitação na gestão das mesmas tem indiscutivelmente agravado este panorama. Obviamente, algumas das especialidades relacionadas na tabela não apresentam um histórico de alta demanda. Além disto, há meses específicos, geralmente em período de férias, nos quais a procura também é minimizada.

Todavia, não por acaso, a oftalmologia foi exposta em primeiro plano aqui neste trabalho. No momento da realização das entrevistas esta foi uma das especialidades mais citadas no que diz respeito à insuficiência das vagas:

“É terrível, nunca tem vaga. Tem milhares de encaminhamentos de oftalmologia que estão ali parados porque a gente vai acessar e não tem vaga” (Agente Administrativo da Estratégia de Saúde da Família).

“Tem paciente que reclama porque desde o meio do ano passado que a gente tá sem marcação pra oftalmologista. Então quer dizer que já faz um ano que o pessoal que tem glaucoma não tem acompanhamento correto, que é pra tá de 3 em 3 meses acompanhando” (Agente Comunitário de Saúde).

“Eu marquei pra mim há 8 meses, minha mãe teve glaucoma e eu to esperando encaminhamento até hoje” (Usuário da Estratégia de Saúde da Família).

Neste sentido, a Tabela 13, a seguir, apresenta o percentual geral de utilização das cotas em todas as especialidades nos municípios regulados. Os dados expostos nela apenas ratificam o que foi apresentado na tabela anterior e indica que a subutilização destas cotas não se refere a uma especialidade determinada.

Tabela 13. Monitoramento das cotas intermunicipais de Média Complexidade por porcentagem mensal de uso (2013).

Município	Cota mensal	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
ITAMARACA	125	38%	41%	46%	44%	44%	43%	47%	53%	39%	34%	30%	0%
IGARASSU	203	10%	17%	31%	19%	28%	18%	20%	21%	28%	27%	17%	0%
OLINDA	55	76%	69%	69%	80%	87%	44%	25%	82%	75%	60%	2%	0%
CAMARAGIBE	189	0%	3%	1%	12%	26%	31%	36%	30%	17%	10%	6%	0%
PAULISTA	211	6%	14%	17%	17%	13%	9%	6%	17%	15%	13%	4%	0%
VITORIA DE SANTO ANTAO	65	26%	25%	20%	49%	45%	20%	23%	63%	38%	23%	14%	0%
SAO LOURENCO DA MATA	322	5%	7%	13%	8%	8%	4%	10%	4%	5%	3%	2%	0%
ITAPISSUMA	202	10%	0%	7%	13%	5%	4%	6%	6%	5%	7%	10%	0%
LIMOEIRO	20	50%	55%	55%	65%	70%	35%	55%	85%	40%	45%	0%	0%
JABOATAO DOS GUARARAPES	372	5%	2%	3%	2%	3%	1%	2%	3%	2%	1%	0%	0%
ABREU E LIMA	16	13%	50%	56%	63%	19%	25%	0%	38%	0%	6%	0%	0%
CABO DE SANTO AGOSTINHO	73	1%	5%	5%	7%	7%	10%	5%	0%	3%	0%	0%	0%
TOTAL GERAL	2.056	13%	16%	21%	23%	24%	20%	21%	24%	22%	19%	7%	9%

Fonte: SISREG III.

A respeito, Mendonça et al (2006) aponta que uma regulação assistencial baseada nas diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, trabalha na expansão ou redução de determinada oferta, visto que é sua função redimensionar a oferta de modo a responder com eficácia os problemas clínicos e satisfação dos usuários. Os autores salientam ainda que este é um trabalho que vai muito além da gestão de cotas, normas e protocolos, pois sugere articulações na esfera técnico-política e no domínio do cuidado.

Na tentativa de minimizar a subutilização, em outubro de 2013, a Central de Regulação propôs uma modificação na gestão destas cotas. Desta forma, o estabelecimento de cotas por instituição de saúde foi eliminado, passando então a haver uma cota geral por especialidade para todas as instituições. Sendo assim, as primeiras que realizassem os agendamentos garantiriam as vagas.

Por meio da análise das tabelas 8 e 9, apresentadas anteriormente, pode-se identificar que esta modificação não foi suficiente para imprimir consideráveis transformações na utilização das cotas do último trimestre de 2013. Todavia, por se tratar de uma mudança ainda recente, não é possível afirmar, tomando apenas por base os dados de 2013, que a alteração foi em si incorreta.

No entanto, algumas entrevistas realizadas neste período de transição já indicaram alguns entraves decorrentes da mudança. Agravada pela ineficiência da rede de internet disponibilizada nas USFs, a cota geral rapidamente se esgota, restando aos Agentes Administrativos (responsáveis pelo agendamento on-line) a incumbência de iniciarem o procedimento em horário mais cedo do que o previsto. Quando este Agente não se submete a antecipar seu horário de expediente, os usuários não têm seus agendamentos realizados.

“Mesmo que tenha cota, não dá pra alcançar, porque a vaga é de quem chegar primeiro” (Agente Administrativo da Unidade de Saúde da Família).

“A menina da marcação só conseguiu agendar mês passado porque ela tá chegando cedo ao posto, porque depois de 7:30, não consegue mais marcar” (Agente Comunitário de Saúde).

As contradições existentes neste modelo não se resumem à disponibilização das cotas. Há Unidades de Saúde, de um mesmo recorte territorial, que apresentam demanda reprimida para uma determinada especialidade e ainda assim exibem elevado percentual de absenteísmo¹³ de pacientes agendados para esta mesma especialidade. Questão esta também identificada por Sousa (2010).

Tal comportamento exige uma averiguação mais aprofundada a respeito das redes estabelecidas na saúde e dos entraves que nela ocorrem, fato que será trabalhado a seguir.

5.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DOS FLUXOS ESTABELECIDOS NA CIDADE DO RECIFE

De acordo com Raffestin (1993), a circulação e a comunicação estão presentes nas estratégias de domínio de superfícies e pontos por meio da gestão e do controle das distâncias. Conforme relata este autor, a circulação se refere à transferência de seres e/ou de bens e a comunicação diz respeito à transferência de informação. Ambas se constituem um desafio à rede de atenção à saúde que prevê a circulação eficaz de pacientes entre os distintos níveis assistenciais e a comunicação efetiva entre os atores envolvidos neste processo.

O que se vê de fato é que este desafio está ainda longe de ser superado. Fluxos informalmente estabelecidos ainda são alternativas utilizadas por médicos e usuários para acessar o sistema, e a comunicação, por sua vez, é fortemente influenciada pela má gestão da rede e esta deficiência torna-se latente quando a análise está baseada nos sistemas de referência e contra-referência, conforme já debatido anteriormente.

13 Absenteísmo é a ausência de um usuário no dia de uma consulta anteriormente agendada.

Sendo a circulação visível por meio dos fluxos de homens e de bens que mobiliza e pelas infra-estruturas que supõe, analisar os fluxos de usuários que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde possibilita a identificação dos entraves existentes na distribuição e acesso aos serviços, avaliando até que ponto do SUS realmente conseguiu promover a universalização e em que medida os equipamentos atualmente estabelecidos são suficientes à demanda existente. A identificação em nível local da distribuição de serviços e usuários auxilia em um melhor planejamento do setor.

De acordo com dados da Central de Regulação, em 2013 foram realizados 526.203 solicitações de encaminhamento aos especialistas, divididos em 67 procedimentos em toda a cidade do Recife¹⁴.

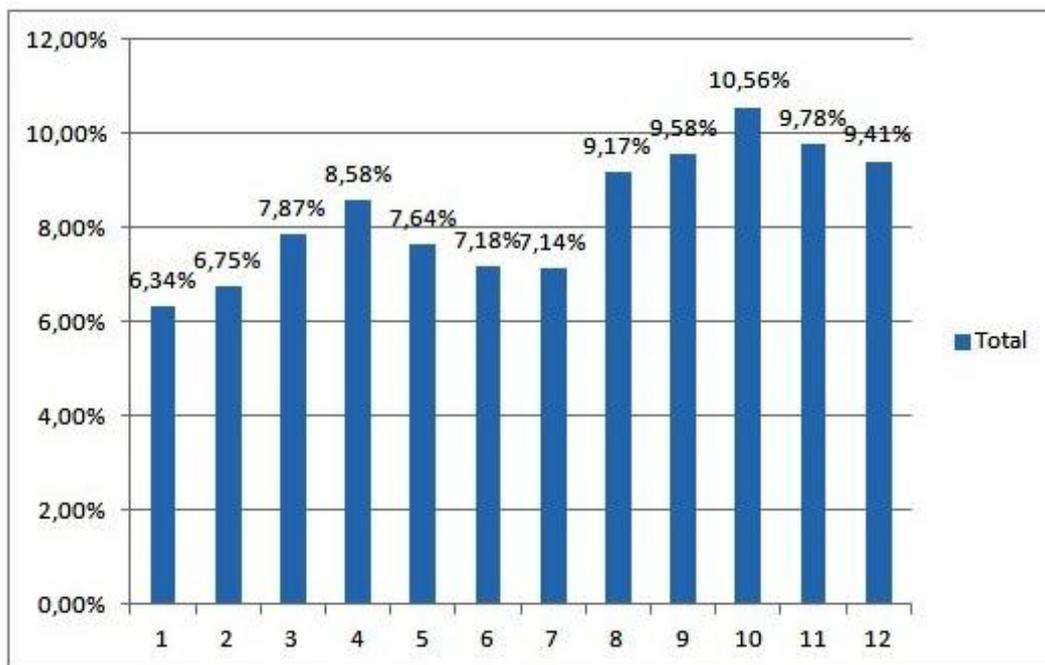
Antes de iniciar a análise dos fluxos estabelecidos é importante ressaltar que alguns fatores podem influir no decréscimo ou acréscimo do quantitativo de serviços executados ou na procura destes em determinado momento. Por este motivo, analisam-se neste estudo dados de todo o ano de 2013. Apesar de ainda estar sujeita às variações, a média anual é utilizada no sentido de minimizar estas possíveis distorções.

Entre os fatores que interferem nas variações nestes fluxos, podendo influir no decréscimo dos agendamentos em determinado procedimento, está a quebra de alguns equipamentos destinados ao diagnóstico ou afastamento de algum médico. Outro fator está intimamente relacionado à diminuição da oferta e procura observada no período que corresponde às férias. Este é um período que caracteristicamente corresponde à diminuição da oferta de alguns serviços, em decorrência do afastamento de alguns profissionais de saúde, além de haver uma

14 Algumas solicitações são também realizadas por outras instituições de saúde que não compõem a rede municipal do Recife, por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Através do PPI são efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Entre as instituições conveniadas estão: Secretaria de Saúde de Itapissuma, Central de Regulação de Jaboatão dos Guararapes, Central de Regulação de Limoeiro, Policlínica Rio Doce, USF Bultrins Monte II, USF Passarinho, entre outros. Tais instituições compõem o Distrito Sanitário 0, assim denominado pela Central de Regulação. Para a análise aqui realizada, os dados do Distrito Sanitário 0 não serão considerados.

procura inferior por parte dos pacientes, assim como pode ser observado no Gráfico 6.

Gráfico 6. Distribuição dos encaminhamentos realizados por meses do ano. Recife- 2013.



Fonte: Central de Regulação do Recife. Desenho gráfico: a autora.

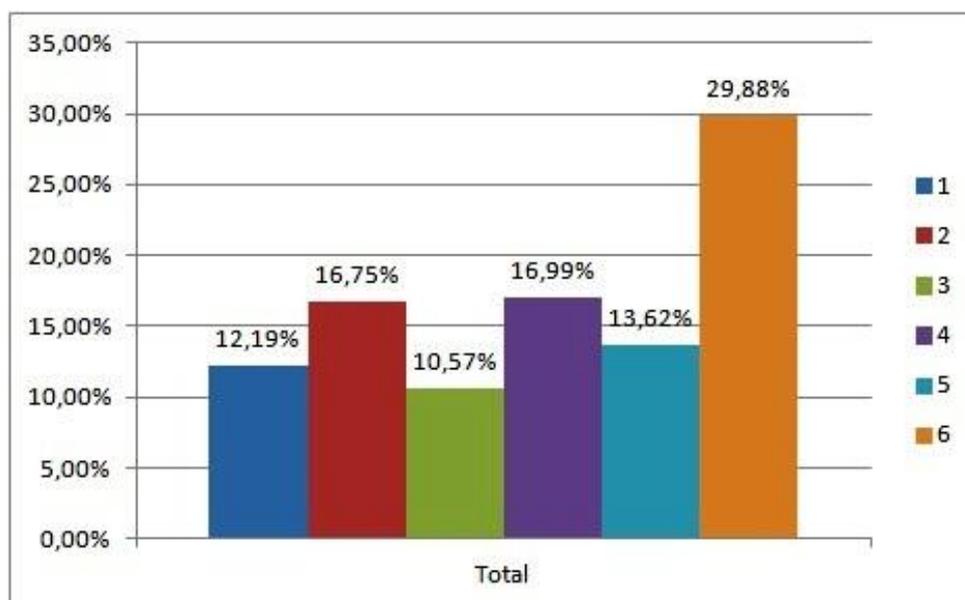
Além disto, o gráfico acima demonstra um leve acréscimo no percentual de agendamentos realizados no segundo semestre de 2013. Assim como relatado em tópicos anteriores, este período corresponde ao momento em que houve uma mudança na gestão das cotas. Até o primeiro semestre de 2013 as cotas eram ofertadas por unidade de saúde, a cada mês, e caso esta unidade não utilizasse o quantitativo disponibilizado, não havia reaproveitamento das vagas excedentes por parte de outra unidade.

A partir do estabelecimento deste novo modelo de gestão das cotas o limite que antes era definido para cada instituição passou a ser geral. Deste modo, todos procedem com os agendamentos até o limite das vagas para aquela determinada especialidade. Obviamente isto significou um maior aproveitamento, contudo não foi suficiente para resolver a problemática em questão. Assim como também já demonstrado anteriormente, ainda há localidades com graves

dificuldades no acesso às determinadas especialidades, ao mesmo tempo em que a não utilização das cotas excedentes é uma dificuldade não resolvida.

Por meio da análise do Gráfico 7, pode-se verificar que um elevado percentual das solicitações destes procedimentos é oriundo do Distrito Sanitário VI. Tal evidência pode ser explicada pela maior concentração populacional deste Distrito, que corresponde a 24,9% do total da população do município (Tabela 14).

Gráfico 7. Solicitação de procedimentos por Distrito Sanitário. Recife-2013.



Fonte: Central de Regulação do Recife. Desenho gráfico: a autora.

Tabela 14. População residente por Distrito Sanitário. Recife, 2012.

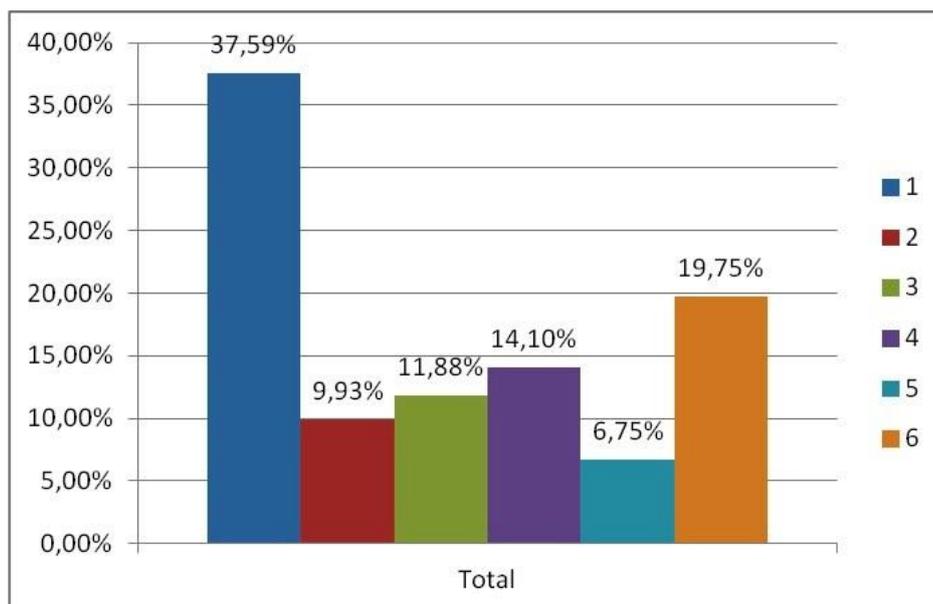
Distrito Sanitário	Homens	Mulheres	Total
I	35.438	42.676	78.114
II	102.322	118.912	221.234
III	144.433	168.548	312.981
IV	128.047	150.900	278.947
V	123.783	139.995	263.778
VI	175.796	206.854	382.650
Recife	709.819	827.885	1.537.704

Fonte: SIAB, 2012.

Em contraponto, quando analisados os dados referentes às unidades executantes, ou seja, as unidades de saúde onde na prática são realizados os

atendimentos requeridos pelas unidades solicitantes, o panorama se inverte. Os números demonstram que o Distrito Sanitário I, apesar de ser o menos populoso, correspondendo a 5,1% da população, é o que abarca o maior quantitativo de execução dos procedimentos agendados, conforme demonstra o Gráfico 8.

Gráfico 8. Execução de procedimentos por Distrito Sanitário. Recife-2013.



Fonte: Central de Regulação do Recife. Desenho gráfico: a autora.

Estes dados expõem inicialmente uma disparidade na capacidade que os distritos apresentam de suprir as demandas que lhes são atribuídas. Segundo dados da Central de Regulação da Cidade do Recife, 18 das 44 unidades executantes estão localizadas no Distrito Sanitário I que atualmente concentra boa parte das clínicas médicas e hospitais que integram o polo médico do Recife. Concentração bem inferior é encontrada nos demais distritos.

Esta é uma tendência observada no campo das redes de assistência à saúde, mas que está de acordo com a proposta elaborada por Christaller (1966). Para o autor, a formação da rede urbana é associada à necessidade de localização central de alguns serviços quanto a sua oferta (serviços centrais) e a organização do espaço em torno desse núcleo de oferta (lugar central). Este lugar central apresenta uma conexão com sua região periférica (região complementar)

a qual estabelece com ele uma interdependência, perante da necessidade da oferta deste.

Esta centralidade observada na rede assistencial salienta a desigualdade na distribuição territorial dos serviços de saúde e reforça desigualdades no acesso (TEIXEIRA, 1999). Além disto, a descentralização geográfica, ao permitir melhorias das condições de acesso, é condição necessária para o estabelecimento da equidade, apesar de não ser condição única para tal (HORTALE et al, 2000).

A equidade é fundamentada na garantia do acesso a serviços de boa qualidade. Ela está intimamente relacionada com uma distribuição justa e baseada nas necessidades de saúde da população, na facilidade e eliminação de barreiras ao acesso em cada território, equiparando assim a relação existente entre a necessidade da população com a disponibilidade de serviços (WHITEHEAD, 1992).

Os distritos sanitários foram instituídos como unidade organizacional mínima do sistema de saúde, devendo possuir uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico correspondente às particularidades epidemiológicas da população distribuída em seus limites. De acordo com Gondim et al (2008) o Distrito Sanitário deveria ser capaz de resolver os problemas e atender às necessidades em saúde da população de seu território, passando pelos três níveis de atenção à saúde. Todavia os dados a seguir apontam uma lógica que segue outra direção.

Tabela 15. Comparação entre solicitação e execução de procedimentos por Distrito Sanitário. Recife-2013.

DISTRITOS SANITÁRIOS SOLICITANTES	DISTRITOS SANITÁRIOS EXECUTANTES					
	DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	DS VI
DS I	11,59%	0,07%	0,41%	0,09%	0,03%	0,00%
DS II	5,09%	9,30%	1,95%	0,34%	0,07%	0,01%
DS III	5,18%	0,36%	4,53%	0,41%	0,08%	0,02%
DS IV	3,63%	0,10%	1,25%	11,89%	0,10%	0,02%
DS V	4,72%	0,04%	1,74%	0,81%	6,30%	0,02%
DS VI	7,12%	0,12%	1,90%	0,56%	0,20%	19,98%

Fonte: Central de Regulação do Recife. Elaboração: a autora.

A Tabela 15 identifica, por distrito solicitante, para quais distritos são predominantemente encaminhados os pacientes. A princípio, é presumível perceber, com exceção do DS III, que há uma tendência de encaminhamento de pacientes para instituições localizadas em seu distrito de origem: no DSI, a maioria dos atendimentos solicitados foi realizada no seu território e assim sucessivamente.

Todavia, quando analisados os percentuais dos atendimentos realizados no próprio distrito, em comparação com o somatório do total de atendimentos realizados fora do mesmo, os números demonstram que, com exceção do DSI, um percentual elevado de usuários ainda busca atendimento especializado em unidades localizadas além dos limites do seu distrito de origem. Como no caso do

DS III onde 57,15% de seus usuários foram atendidos nos demais distritos (Tabelas 16 e 17)

Tabela 16. Procedimentos executados no Distrito Sanitário de origem do paciente. Recife- 2013.

Distrito Sanitário	Procedimentos executados no Distrito Sanitário de origem do paciente	Percentual
I	60022	95,05%
II	48170	55,50%
III	23458	42,85%
IV	61592	69,97%
V	32622	46,23%
VI	103538	66,87%

Fonte: Central de Regulação do Recife. Elaboração: a autora.

Tabela 17. Procedimentos executados fora Distrito Sanitário de origem do paciente. Recife- 2013.

Distrito Sanitário	Procedimentos executados fora do Distrito Sanitário de origem do paciente	Percentual	Total
I	3129	4,95%	63151
II	38618	44,50%	86788
III	31281	57,15%	54739
IV	26432	30,03%	88024
V	37949	53,77%	70571
VI	51289	33,13%	154827

Fonte: Central de Regulação do Recife. Elaboração: a autora.

Neste sentido, de acordo com Paim (1994) a ideia subjacente à proposta do distrito sanitário seria permitir gradativamente a estruturação dos serviços de saúde em distintas escalas territoriais, ou seja, possibilitar aos sistemas de saúde no âmbito estadual, municipal e local, a oportunidade de se estruturarem para dar cobertura a uma determinada população em um território.

Aparentemente, o primeiro nível de atenção surge como o único a ter demarcação territorial no interior do distrito, em decorrência da exigência de adscrição de clientela e demarcação de área de abrangência das unidades

básicas de saúde. Na prática, o segundo e o terceiro nível de atenção não apresentam demarcação territorial visível, sendo definido geograficamente por meio da necessidade de atenção da população. Todavia, recentes modificações na gestão dos fluxos, principalmente no segundo nível, demonstram um esforço inicial no desenvolvimento de uma nova perspectiva, fato este identificado na análise empreendida no Distrito Sanitário IV, conforme será visto a seguir.

5.4 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 neste 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.

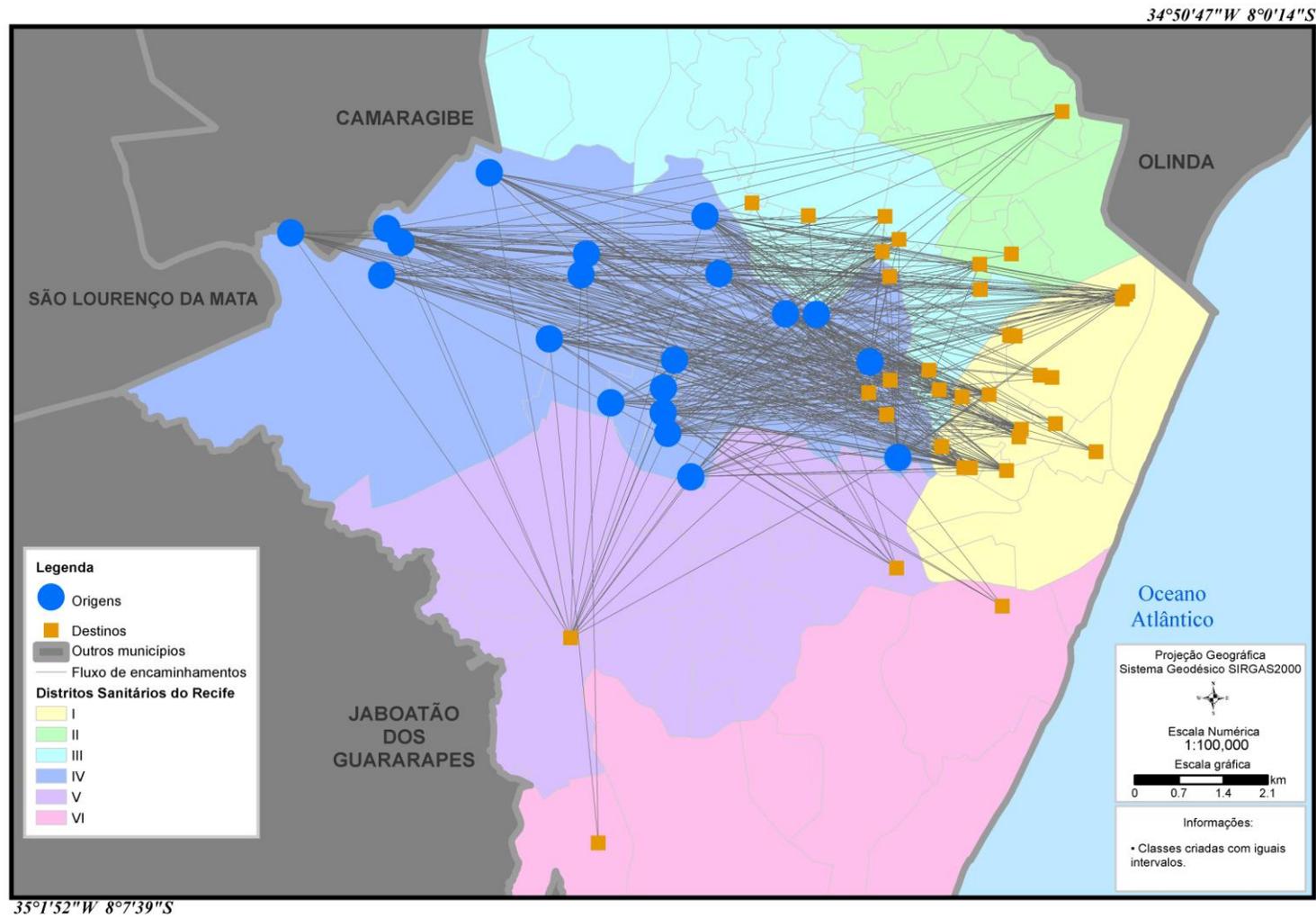
Os mapas apresentados a seguir foram elaborados de modo a visualizar, espacialmente, como se dão os fluxos de pacientes encaminhados por meio da Estratégia de Saúde da Família. Estas unidades de saúde foram eleitas por serem

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 20, 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 USFs (origem), e em laranja estão as instituições de referência que recebem o fluxos (destino).

Figura 20. Mapa do fluxo de pacientes segundo origem-destino do Distrito Sanitário IV- Recife.

Fonte: Central de Regulação do Recife. Pesquisa direta, Recife, 2013.



Este mapa reforça a tendência já apontada anteriormente nos demais Distritos Sanitários. A maior parte das unidades executantes, que atendem as 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 21. Mapa do Fluxo de encaminhamentos segundo origem-destino das unidades de saúde com maior percentual de solicitações no Distrito Sanitário IV.

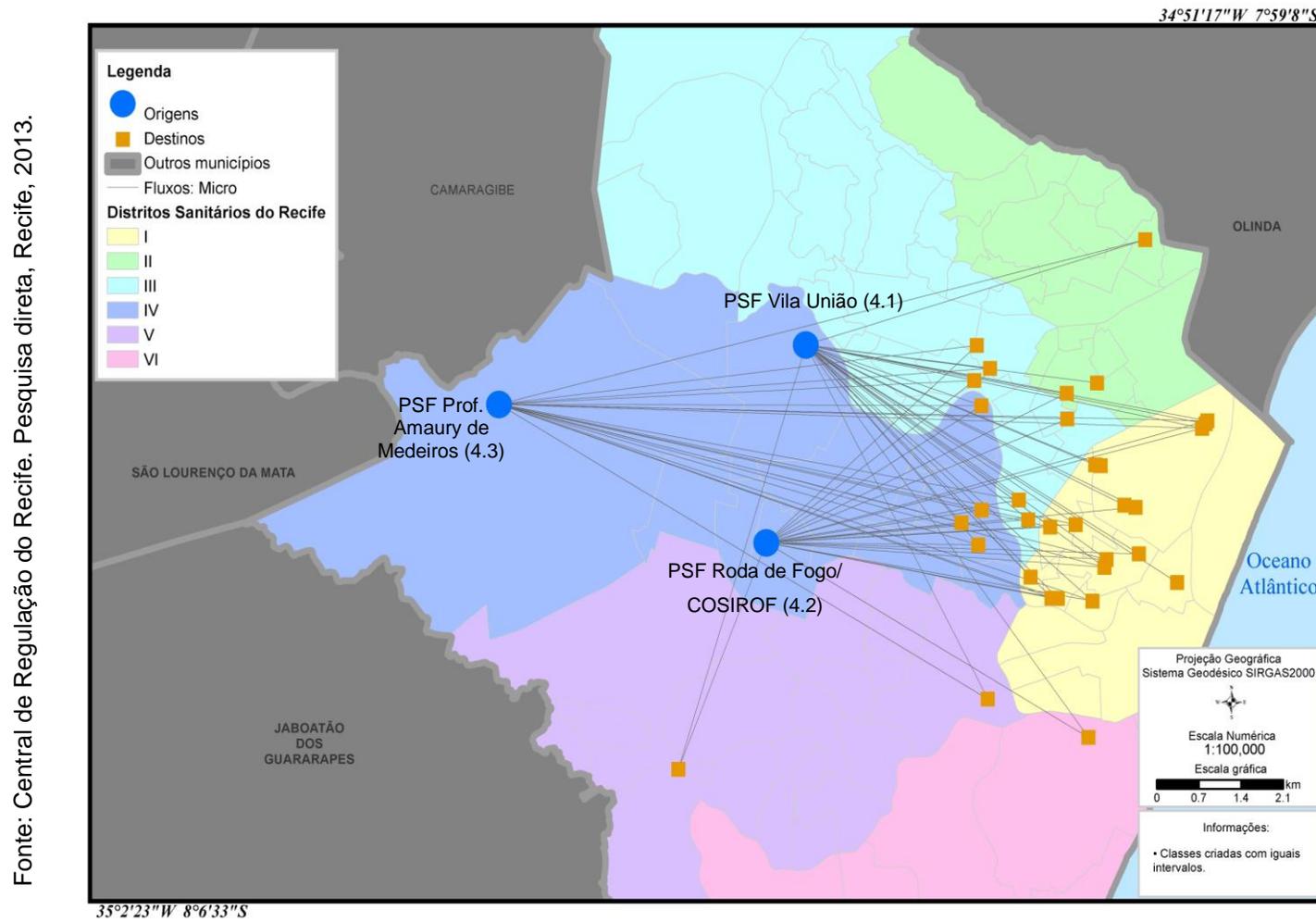
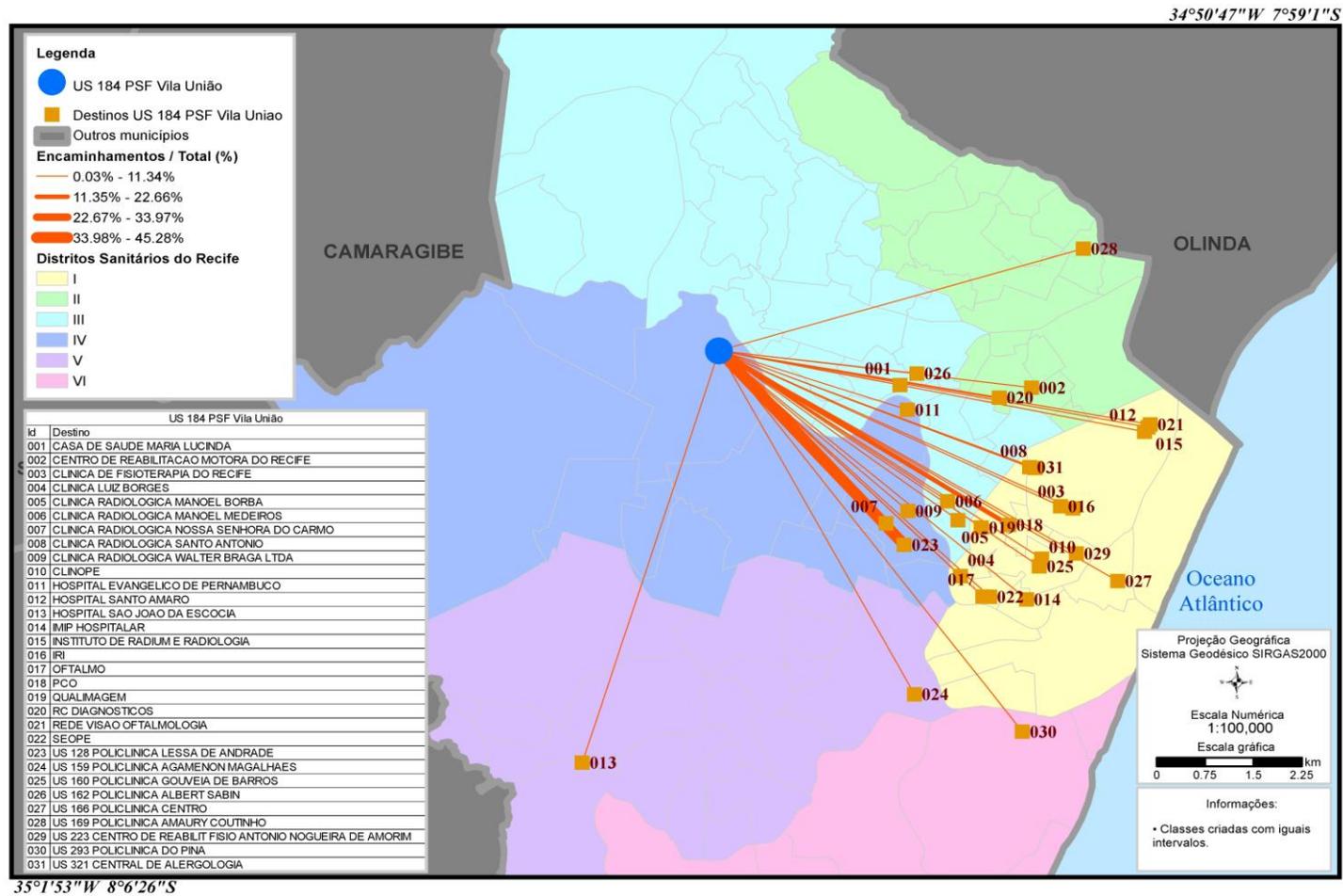


Figura 22. Mapa dos fluxos de encaminhamentos segundo origem-destino - USF Vila União.

Fonte: Central de Regulação do Recife. Pesquisa direta, Recife, 2013.



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, conforme observado na Figura 22. Destas, a Policlínica Lessa de Andrade é a responsável por 45,28% dos atendimentos (Tabela 18). 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 ta marcando raio-x pra daqui há 10 meses em clínicas conveniadas”* (Médico da Estratégia de Saúde da Família)

Tabela 18. Destino dos encaminhamentos solicitados na Unidade de Saúde da Família de Vila União.

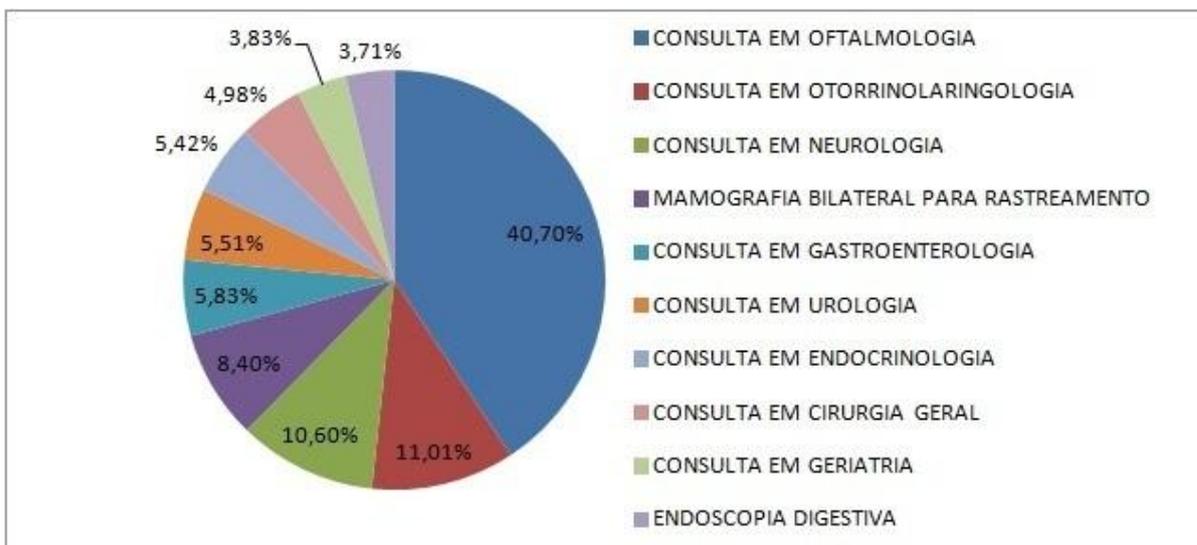
UNIDADE EXECUTANTE	Percentual
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	45,28%
PCO	13,40%
SEOPE	8,54%
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	6,36%
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	4,99%
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	3,68%
CLINOPE	3,52%
HOSPITAL SANTO AMARO	3,49%
OFTALMO	2,75%
IMIP HOSPITALAR	2,59%

Fonte: Central de Regulação do Recife, 2013. 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 9:

Gráfico 9. Procedimentos solicitados pela USF Vila União



Fonte: Central de Regulação do Recife, 2013. Elaboração própria.

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 19 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 paciente¹⁵.

¹⁵ Para esta análise foram selecionados os dez procedimentos solicitados com maior frequência nesta unidade de saúde os demais apresentaram percentuais inferiores e não foram aqui considerados.

Tabela 19. 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, 2013. 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 (Figuras 23 e 24).

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, conforme aponta a Tabela 20.

Tabela 20. Destino dos encaminhamentos solicitados na Unidade de Saúde da Família Professor Amaury de Medeiros e USF Roda de Fogo/COSIROF.

UNIDADE EXECUTANTE USF PROFESSOR AMAURY DE MEDEIROS	Percentual	UNIDADE EXECUTANTE USF RODA DE FOGO/COSIROF	Percentual
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	47,93%	US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	30,45%
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	9,04%	PCO	18,54%
PCO	8,92%	SEOPE	9,43%
HOSPITAL SANTO AMARO	8,73%	CLINOPE	5,54%
CLINOPE	5,46%	CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	5,03%
SEOPE	4,38%	IMIP HOSPITALAR	4,97%
IMIP HOSPITALAR	3,55%	CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	4,71%
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	2,83%	QUALIMAGEM	3,76%
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	2,55%	HOSPITAL SANTO AMARO	3,50%
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	2,39%	RC DIAGNOSTICOS	3,12%

Fonte: Central de Regulação do Recife, 2013. Elaboração própria.

Figura 23. Fluxo de encaminhamentos segundo origem-destino/USF Professor Amaury de Medeiros.

Fonte: Central de Regulação do Recife. Pesquisa direta, Recife, 2013.

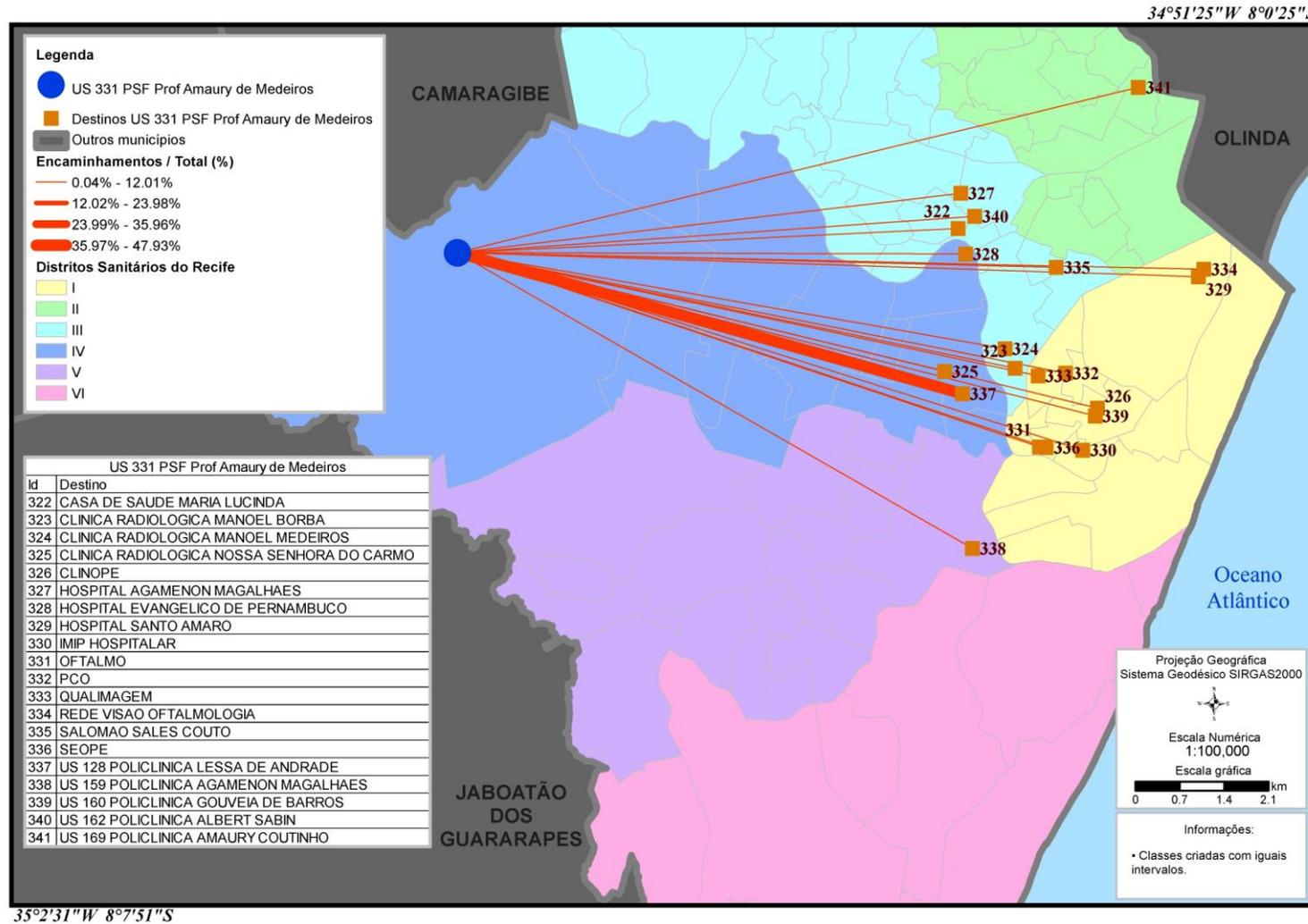
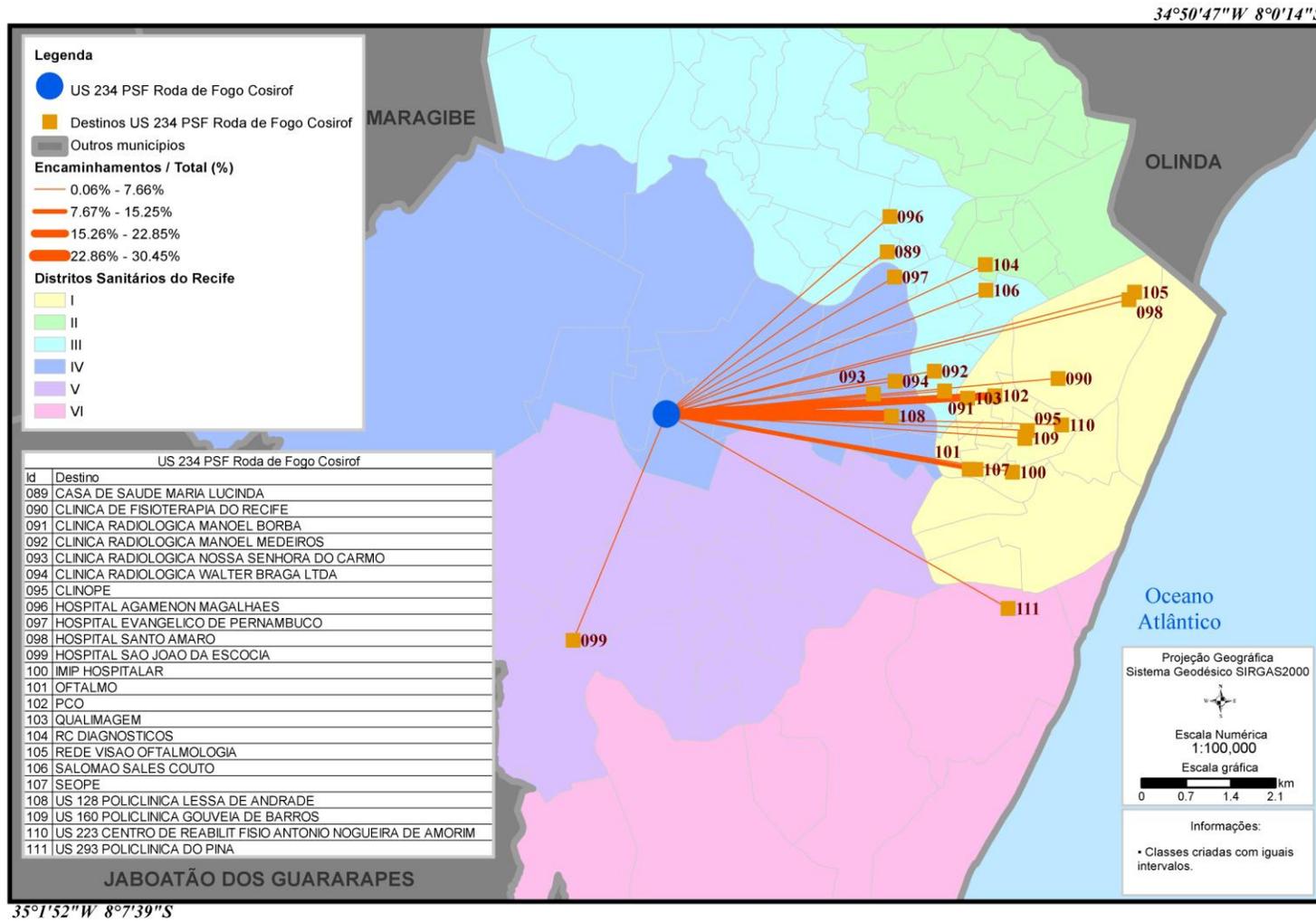


Figura 24. Fluxo de encaminhamentos segundo origem-destino/USF Roda de Fogo/COSIROF.

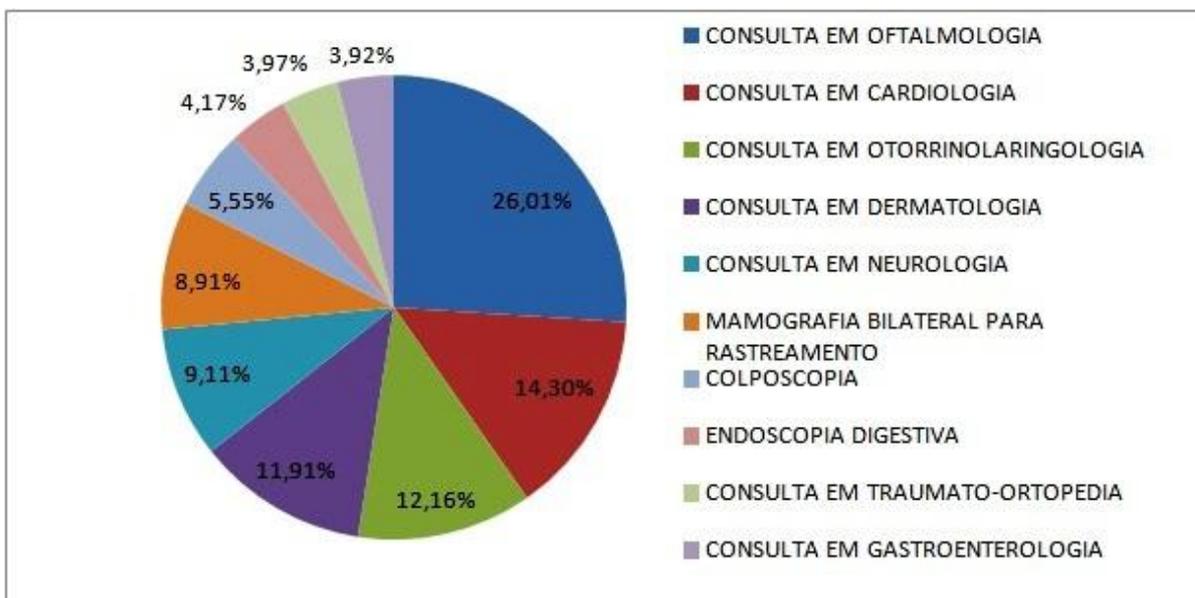
Fonte: Central de Regulação do Recife. Pesquisa direta, Recife, 2013.



Entre os encaminhamentos mais solicitados por estas Unidades de Saúde da Família a consulta em oftalmologia, cardiologia, otorrinolaringologia, dermatologia, neurologia, mamografia, entre outras (Gráfico 10 e 11). 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:

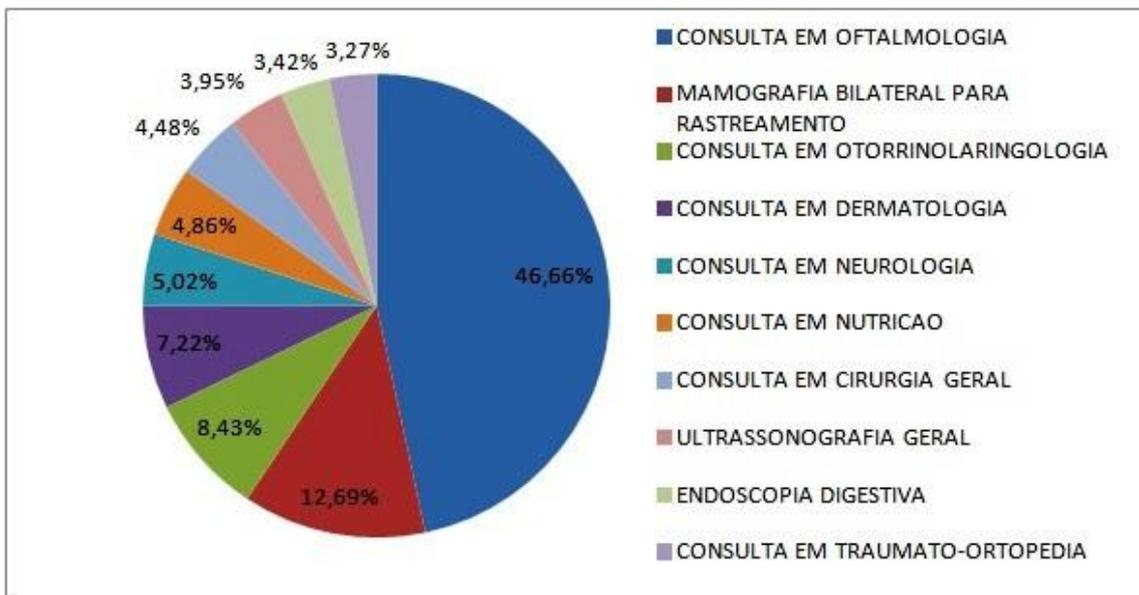
O problema é que a oferta ainda não é adequada para a demanda que a gente tem. A gente tem escassez de alguns serviços e isso dificulta muito o acesso dos usuários. No Lessa de Andrade a gente não tem cardiologista. Para marcar um cardiologista a gente tem que enviar para a rede conveniada e a oferta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

Gráfico 10. Procedimentos de uso mais frequente solicitados pela USF Professor Amaury de Medeiros.



Fonte: Central de Regulação do Recife, 2013. Elaboração própria.

Gráfico 11. Procedimentos de uso mais frequente solicitados pela USF Roda de Fogo/COSIROF.



Fonte: Central de Regulação do Recife, 2013. Elaboração própria.

As Tabelas 21 e 22, exemplificam a carência de oferta destes 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 disto, o Distrito Sanitário IV responde a um percentual ainda insuficiente de atendimentos em cardiologia, traumato-ortopedia e mamografia.

Tabela 21. Procedimentos solicitados pela USF Professor Amaury de Medeiros por Distrito Sanitário de destino.

PRODECIMENTOS	DS I	DS III	DS IV
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	98,63%	1,37%	0,00%
CONSULTA EM CARDIOLOGIA	48,04%	37,72%	14,23%
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	0,00%	0,42%	99,58%
CONSULTA EM DERMATOLOGIA	0,00%	0,00%	100,00%
CONSULTA EM NEUROLOGIA	0,00%	0,00%	100,00%
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	25,14%	40,57%	34,29%
COLPOSCOPIA	0,00%	0,00%	100,00%
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	85,37%	14,63%	0,00%
CONSULTA EM TRAUMATO-ORTOPEDIA	25,64%	50,00%	24,36%
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	0,00%	0,00%	100,00%

Fonte: Central de Regulação do Recife, 2013. Elaboração própria.

Tabela 22. Procedimentos solicitados pela USF Roda de Fogo/COSIROF por Distrito Sanitário de destino.

PROCEDIMENTOS	DS I	DS II	DS III	DS IV
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	98,53%	0,00%	1,47%	0,00%
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	34,13%	0,00%	47,90%	17,96%
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
CONSULTA EM DERMATOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
CONSULTA EM NEUROLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
CONSULTA EM NUTRICAÇÃO	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	55,93%	0,00%	30,51%	13,56%
ULTRASSONOGRAFIA GERAL	5,77%	94,23%	0,00%	0,00%
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	95,56%	0,00%	4,44%	0,00%
CONSULTA EM TRAUMATO-ORTOPEDIA	34,88%	0,00%	46,51%	18,60%

Fonte: Central de Regulação do Recife, 2013. Elaboração própria.

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. 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,

conforme aponta a Tabela 23. 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 têm pessoas que já faz um ano e ainda não foram chamadas (Agente Comunitário de Saúde).

Tabela 23. Unidades de destino de consultas em oftalmologia do Distrito Sanitário IV de acordo com a rede executante.

UNIDADE EXECUTANTE	Rede Complementar	Rede Própria	Total Geral
PCO	4012	–	4012
SEOPE	1562	–	1562
CLINOPE	997	–	997
OFTALMO	931	–	931
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	538	–	538
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	237	–	237
FUNDACAO SANTA LUZIA	11	–	11
US 217 CENTRO MEDICO SEN JOSE ERMIRIO DE MORAES	–	22	22
Total geral	8288	22	8310

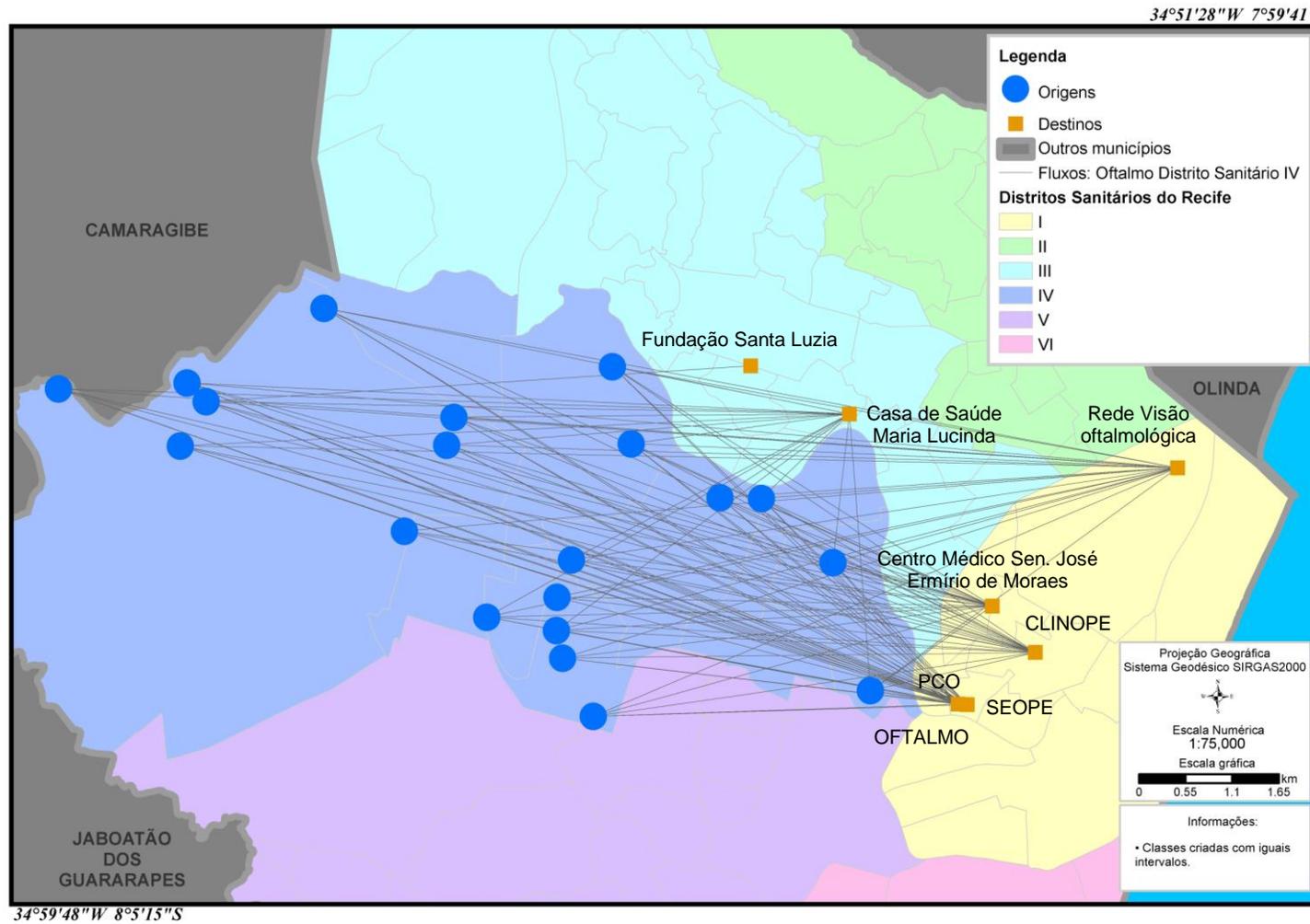
Fonte: Central de Regulação do Recife, 2013. Elaboração própria.

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, a figura 25 demonstra que 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 25. Mapa de fluxo de encaminhamentos para oftalmologistas no Distrito Sanitário IV.

Fonte: Central de Regulação do Recife. Pesquisa direta, Recife, 2013.



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

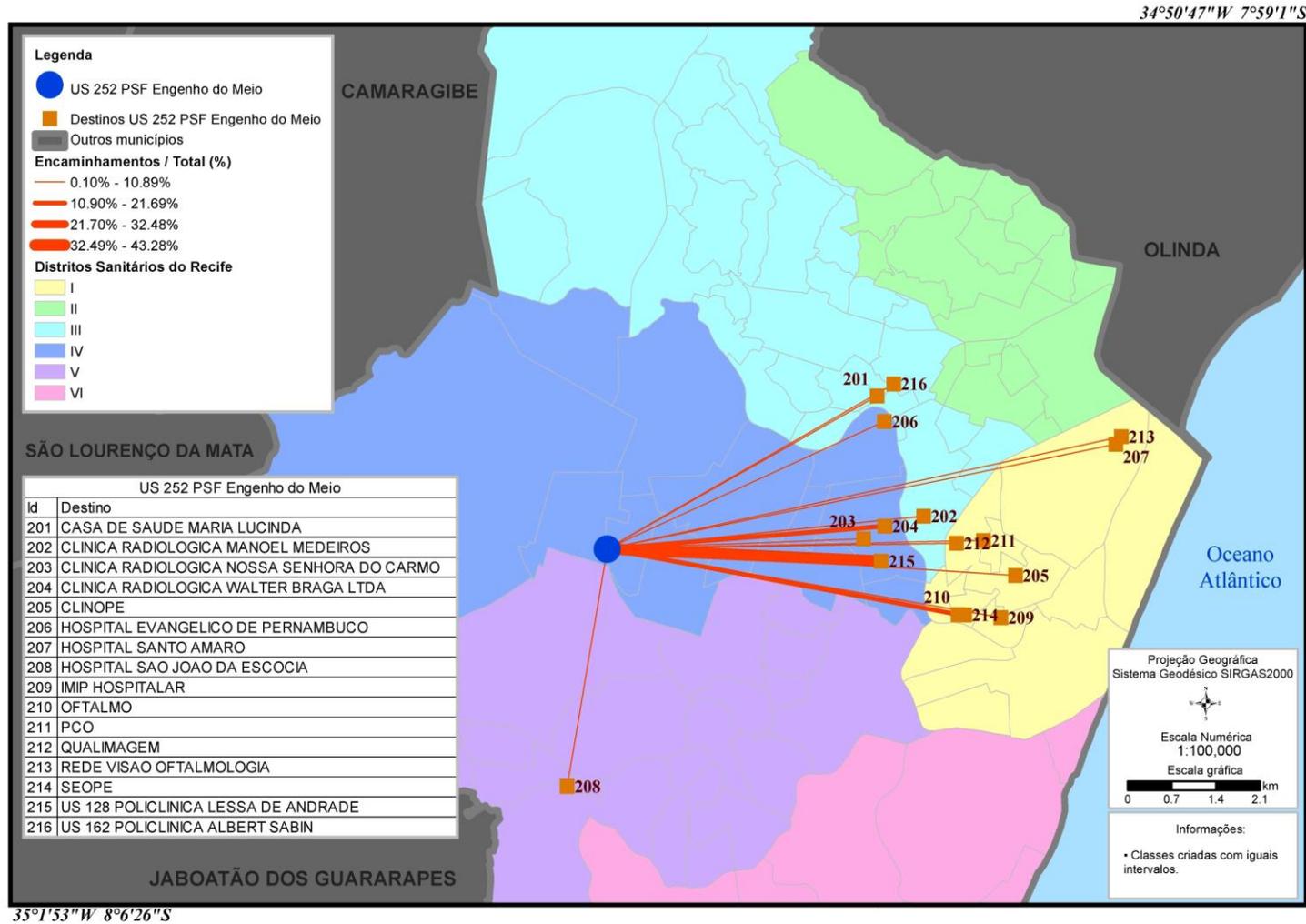
saúde apenas quando, em virtude da reforma das instalações da USF, o atendimento foi transferido provisoriamente para o antigo prédio de Treinamento da SUDENE, que atualmente pertence à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE): *“Quando tava lá eles iam mais, porque ficava mais próximo pra eles”* (Membro 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, como é possível observar na Figura 26, 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:

Figura 26. Fluxo de encaminhamentos segundo origem-destino/USF Engenho do Meio.

Fonte: Central de Regulação do Recife. Pesquisa direta, Recife, 2013.



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, ai os médicos já dizem: passem no seu posto de saúde e peguem a medicação. É socorrido, aplica a injeção e diz: procure o seu posto de saúde. E o dinheiro que o governo federal manda para o governo comprar medicação onde é que fica? 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. E não de ficar dizendo que o governo é pior e a prefeitura é melhor (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 (Anexo 3).

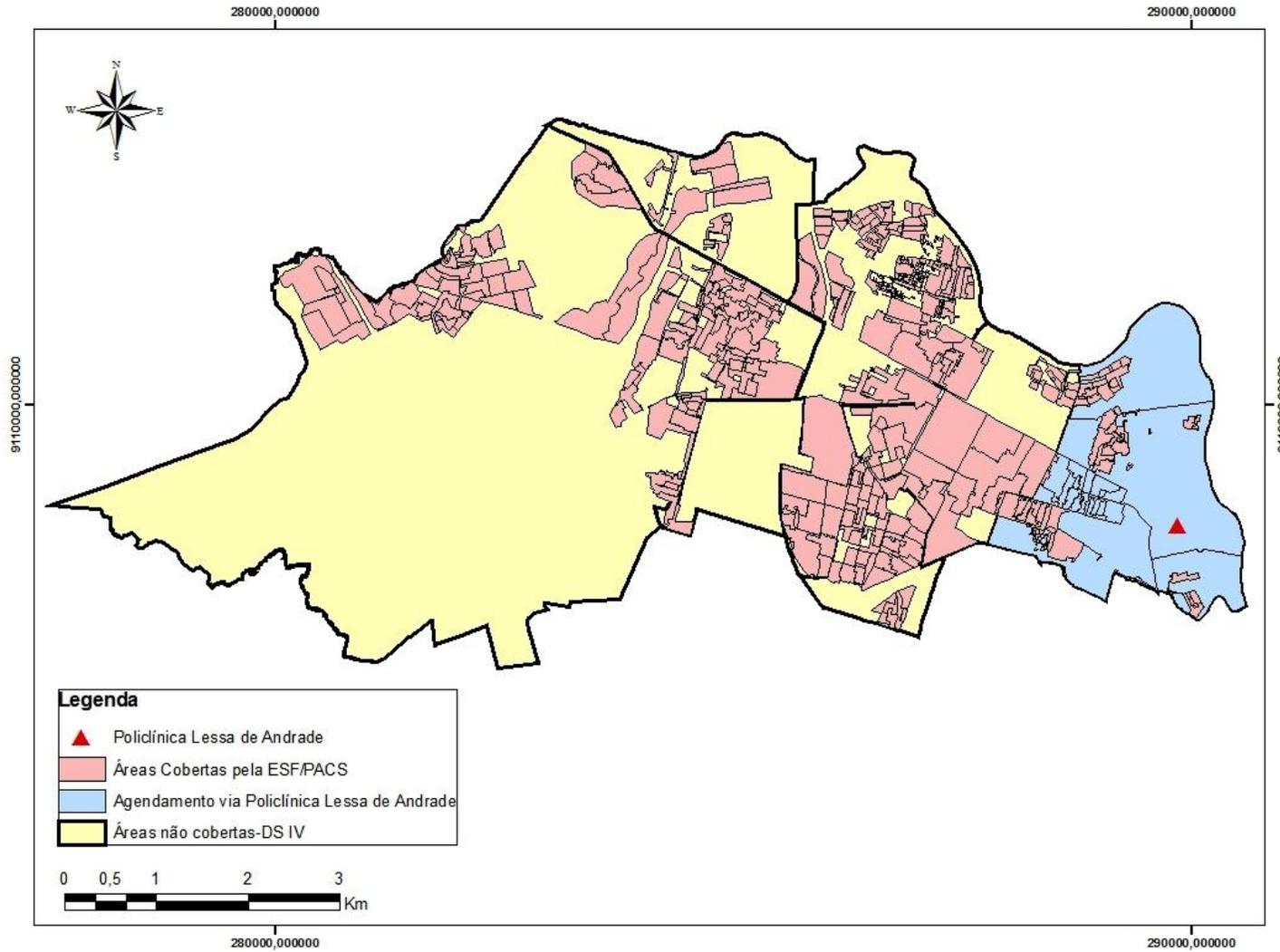
Segundo dados da Central de Regulação do Recife, esta Policlínica executou 56.667 atendimentos encaminhados por unidades de saúde situadas no Distrito Sanitário IV em 2013. No entanto a citada instituição ainda não consegue responder ao volume de casos que lhes foram apresentados. Além da alta demanda 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.

No entanto, 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 27 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.

Figura 27. 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.

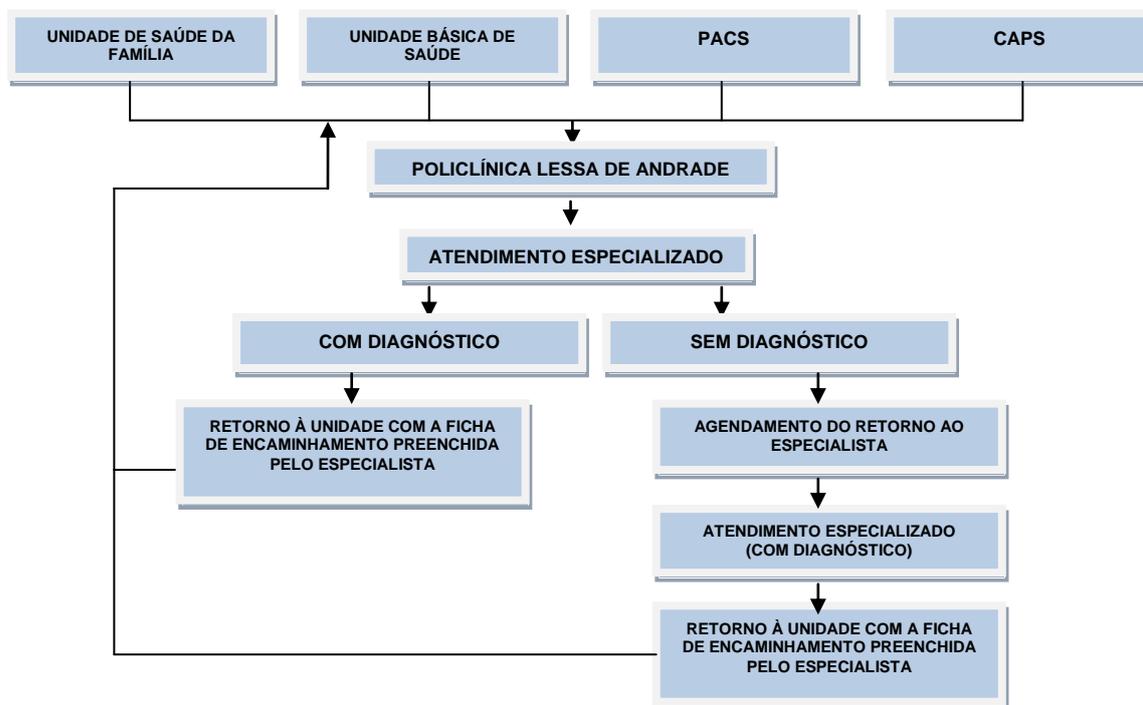


A delimitação territorial de atendimento deste serviço de referência significaria um ganho efetivo à população caso as informações dos diagnósticos obtidos fluíssem também em rede, como previsto no que é idealizado pela referência e contra-referência. Assim como na Atenção Básica, a atuação sobre uma 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.

A Figura 28 a seguir ilustra o sentido do fluxo preconizado seguido pelos usuários que acessam os serviços da Policlínica Lessa de Andrade. Deste modo, 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.

Figura 28. Organização das ações na Policlínica Lessa de Andrade: do acesso à assistência especializada



Fonte: Levantamento de dados no campo.

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 cômodo 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 em pra 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 estimula o paciente a buscar individualmente a resolução de sua necessidade. A problemática do acesso aos serviços na Estratégia de Saúde da Família já foi debatida em capítulos anteriores, mas 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 do mesmo empreender tentativas de acesso à rede por meios próprios ou através de fluxos informais é sensivelmente acrescida.

Além disto, 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, partir disto se dirige diretamente à unidade de referência e tem novamente o atendimento negado, fato este 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 ao 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 chamam 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 (Gestor).

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 dois 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).

Estas falas salientam 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 limitações de oferta em algumas especialidades da Policlínica. O Quadro 10 demonstra esta 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 disto, o quadro também demonstra a insuficiência de unidades executantes que servem de referência para a Policlínica Lessa de Andrade e a concentração de execução de procedimentos em algumas destas.

Quadro 10. Unidades executantes dos procedimentos de uso mais frequente solicitados na Policlínica Lessa de Andrade- 2013.

PROCEDIMENTOS POR UNIDADE EXECUTANTE	Percentual
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	25,35%
PCO	10,38%
CLINOPE	4,55%
SEOPE	4,28%
OFTALMO	3,46%
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	1,72%
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	0,89%
US 217 CENTRO MEDICO SEN JOSE ERMIRIO DE MORAES	0,06%
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	11,56%
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	4,35%
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	3,68%
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	2,20%
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	0,51%
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	0,37%
QUALIMAGEM	0,37%
HOSPITAL SANTO AMARO	0,05%
CLINICA RADIOLOGICA SANTO ANTONIO	0,01%
INSTITUTO DE RADIUM E RADIOLOGIA	0,01%
CONSULTA EM CARDIOLOGIA	9,38%
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	7,33%
HOSPITAL SANTO AMARO	1,54%
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	0,42%
IMIP HOSPITALAR	0,08%
ELETOENCEFALOGRAMA	7,34%
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	4,75%
HOSPITAL SANTO AMARO	2,60%
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	6,87%
HOSPITAL SANTO AMARO	4,77%
IMIP HOSPITALAR	1,29%
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	0,81%
CONSULTA EM FISIOTERAPIA	5,63%
US 223 CENTRO DE REABILIT FISIO ANTONIO NOGUEIRA DE AMORIM	3,18%
CLINICA DE FISIOTERAPIA DO RECIFE	0,94%
CLINICA LUIZ BORGES	0,89%
IRI	0,55%
CENTRO DE REABILITACAO MOTORA DO RECIFE	0,08%

Fonte: Central de Regulação do Recife. Elaboração: a autora.

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). Trata-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 concentram-se 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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) conseguiu alcançar muitas de suas metas e sua implantação implicou em um considerável acréscimo de oferta de serviços, sobretudo no âmbito municipal. No entanto, assegurar a eficácia da rede de cuidados de modo a garantir a equidade e integralidade continua sendo um desafio ainda não superado pelo sistema. A desigualdade no acesso, na oportunidade de utilização dos serviços e na disponibilização de recursos torna a problemática ainda mais complexa e de difícil resolução.

O planejamento do setor de saúde precisa reconhecer a distribuição de seus serviços e usuários em distintas escalas, desde nacional à local. Tal análise permite que seja empreendida uma investigação acerca da universalização do acesso. Além disto, o mapeamento das redes estabelecidas pelo deslocamento das pessoas que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde possibilita a identificação de lacunas na distribuição dos serviços. O que se vê na atualidade, de forma geral, é uma insuficiência de mecanismos que garantam a conexão entre os serviços ofertados e a demanda apresentada, o que tem colaborado para a manutenção da insuficiente eficácia do sistema de saúde brasileiro.

Diante dos fatos aqui expostos, esta pesquisa teve por objetivo analisar a operacionalização do território empreendida na saúde e 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.

Os capítulos construídos foram organizados de modo a responder aos questionamentos que regeram o estudo, além de testar a hipótese levantada. Neste sentido, algumas questões norteadoras guiaram a análise realizada ao longo da construção do trabalho, sendo necessário neste momento retornar às mesmas para, além de refletir acerca do que foi debatido, identificar propostas de caminhos que possam subsidiar o planejamento no campo das políticas públicas de saúde.

i.) As articulações entre os distintos níveis assistenciais e os mecanismos de referência e contra-referência têm ocorrido de modo a assegurar a integralidade das ações? A partir deste questionamento, empreendeu-se uma caracterização da forma pela qual se dá a comunicação e articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis assistenciais, avaliando como a referência e contra-referência se desenvolvem na prática dos serviços de saúde.

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”. A Estratégia de Saúde da Família representou um considerável avanço ao Sistema Único de Saúde. Por meio dela, o usuário passou a ser avaliado, não mais como um indivíduo, mas como integrante de um contexto familiar, residente em um território que apresenta características físicas, ambientais, sociais e econômicas específicas, e estas, por sua vez, expõem a população a diferentes graus de risco à saúde.

Sendo a entrada preferencial da rede de serviços, a atenção básica tem a responsabilidade de coordenar a assistência no território, desenvolvendo a intersetorialidade para a promoção da saúde e ampliação do acesso. É um dos grandes responsáveis pela redução de custos por reduzir a necessidade de procedimentos mais onerosos.

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 contra-referência, no que se pôde observar na pesquisa, fica restrita à utilização de uma ficha de encaminhamento. O instrumento utilizado para o estabelecimento da contra-referência, 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 estas 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 contra-referência.

ii.) Em que aspecto o trabalho em saúde é realizado no território e quais critérios são estabelecidos nas delimitações espaciais da Atenção Básica e demais níveis assistenciais? Ao responder este questionamento foi alcançado o objetivo de investigar a operacionalização do território implementada no campo da saúde. Para tanto foi realizado inicialmente um debate acerca deste conceito no intuito de embasar a discussão. A partir de então, empreendeu-se um debate a respeito de como o território é operacionalizado na saúde pública e particularmente na Estratégia de Saúde da Família.

A utilização do território como categoria para operacionalização das ações na saúde pode incorporar diversas funções. A primeira delas está intimamente relacionada à definição da área de atuação das unidades de saúde reveladas na

adscrição da população. Essa demarcação é concretizada por meio do critério populacional, conforme é expresso nos documentos normativos.

Passados pouco mais de vinte anos desde a criação do então denominado Programa de Saúde da Família, a definição da base territorial que determina o planejamento das ações das equipes prossegue utilizando os mesmos critérios. Desde então, não houve proposta implementada de readequação das áreas e micro-áreas, mesmo diante da complexidade e dinamicidade envolvidas no modelo de gestão que considere o território na organização dos serviços. Há que se considerar na definição dos territórios-área as relações de poder que compõem o território; as redes que os interconectam; as subjetividades presentes no lugar; condições físicas, ambientais, sociais e técnicas existentes.

Apesar da limitação dos critérios ainda empregados na gestão dos territórios e dos documentos normativos que os definem, recentemente, ocorreram algumas iniciativas importantes. A primeira delas foi o levantamento realizado pela Prefeitura da Cidade do Recife, no ano de 2014, que teve como foco a representação cartográfica das micro-áreas situadas no Recife. Assim, em conjunto com algumas pesquisas realizadas, teve início um debate acerca dos critérios utilizados na definição dos recortes territoriais atualmente utilizados na Estratégia de Saúde da Família.

A caracterização e identificação desta base territorial significou um avanço, pois até então este levantamento era apenas realizado informalmente por algumas Equipes de Saúde da Família. Todavia, fazer com que a reflexão advinda deste levantamento signifique, na prática, uma redefinição dos critérios utilizados na definição das áreas de atuação ainda é um alvo não alcançado.

É importante salientar que além da compreensão do território limitada à visão político administrativa, a gestão também entende o território como área de responsabilização de equipes. Deste modo, qualquer agravo ou mortalidade por causas evitáveis que ocorrer com um usuário da área adscrita, a equipe que o acompanha é responsabilizada. Obviamente, isto significou um avanço quando comparado ao que era praticado no sistema de saúde tradicional, contudo, é

importante que as equipes funcionem em conjunto, apesar de responsabilizados por grupos populacionais distintos.

A utilização da categoria território nas políticas públicas de saúde pode implicar em uma melhor compreensão a respeito do processo saúde-doença, identificação e espacialização dos riscos e, sobretudo, no levantamento das reais necessidades da população que compõe o território de atuação, por meio da observação das dimensões ambientais, sociais e econômicas e, deste modo, subsidiar o planejamento e alocação de recursos tecnológicos e financeiros. Estas especificidades e particularidades devem ser previstas na organização e planejamento das ações na saúde, contudo o trabalho deve ser realizado no sentido de não permitir que esta visão implique na fragmentação das ações que são realizadas por equipes, como observado no relato apresentado anteriormente.

Diante do debate empreendido acerca do questionamento que guiou a análise, serão elencados alguns pontos aqui considerados fundamentais e dignos de atenção no processo de planejamento e organização dos serviços: revisão dos critérios estabelecidos para a definição dos recortes territoriais atualmente utilizados na ESF; redefinição das micro-áreas (em conjunto com as Equipes e ACSs) de modo a tornar as áreas mais homogêneas e menos extensas, para que o Agente Comunitário de Saúde tenha reais condições de acompanhar as famílias que lhes são devidas; redução do quantitativo de Famílias acompanhadas por ACS e por Equipe, por meio do incremento no número de profissionais em relação aos que hoje atuam; reorganização do acolhimento para que tal proposta não represente uma sobrecarga desnecessária à Unidade de Saúde da Família e, sobretudo, revisão dos fatores que têm enfraquecido o trabalho preventivo realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde junto às comunidades.

iii.) Em que medida o estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde pode influir em uma maior eficácia dos encaminhamentos de pacientes que necessitam do acesso aos distintos níveis de atenção? O objetivo aqui estabelecido foi de averiguar e discutir como a implementação das Redes de Atenção à Saúde pode influir positivamente na fragmentação dos sistemas de

atenção à saúde e de que forma o setor vem intervindo para uma possível otimização dos serviços.

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 consolidem 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 eminência de serem superados, conforme observado na questão à seguir.

iv.) Como são operacionalizadas as redes assistenciais de atenção à saúde, tendo em vista os fluxos nelas estabelecidos? Objetivou-se, deste modo, empreender uma análise da espacialização das redes de serviços de saúde no contexto do Distrito Sanitário IV do Recife, por meio da identificação dos padrões de deslocamento dos pacientes encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família. Considera-se este objetivo como sendo um dos mais importantes para esta pesquisa, pois ele evidencia a originalidade da mesma.

Uma das dificuldades centrais a ser enfrentada nas redes assistenciais de saúde é a adequação das vagas e serviços ofertados à demanda que é apresentada. Observou-se nesta pesquisa que há, na prática, um planejamento

da oferta, sem um planejamento das necessidades da população. Isto é evidenciado pelo elevado percentual de cotas não utilizadas, mesmo diante da carência destes serviços em determinadas localidades.

A disponibilização da oferta é geralmente baseada em séries históricas ou no quantitativo populacional, sem uma devida reflexão acerca das reais necessidades dos usuários, principalmente quando o encaminhamento em questão é originário da Atenção Básica. Neste caso, são estabelecidas cotas gerais e o agendamento dos mais variados procedimentos são realizados de acordo com o interesse e disponibilidade que o Agente Administrativo da USF apresenta. Para conseguir efetivar realmente o agendamento, este profissional deve iniciar sua jornada de trabalho mais cedo do que o horário previsto, pois só conseguem agendar os que primeiro solicitam o procedimento. Obviamente, este método é altamente falho, pois centra a responsabilidade total em um único profissional que pode ou não se submeter à necessidade de antecipar o expediente e sua decisão afetará diretamente a capacidade que essa população terá de acessar os demais níveis assistenciais.

Mesmo quando é garantido o encaminhamento às especialidades médicas aos pacientes, são observadas algumas incongruências no sistema. O usuário dirige-se, por exemplo, a uma unidade ambulatorial, por meio do encaminhamento da ESF ou por conta própria. É então atendido sem o mínimo acompanhamento do histórico deste paciente. Isto implica numa variabilidade imensa de solicitação de procedimentos, por vezes desnecessários, que tornam a rede ainda mais saturada.

De forma geral, não se estabelecem vínculos, a ficha clínica não é compartilhada e a cada referência ou contra-referência o atendimento é realizado como se fosse único e individualizado. Deste modo, dois elementos básicos de uma rede, a circulação e a comunicação, ocorrem sem a necessária fluidez. Mesmo quando o usuário consegue circular na rede, a comunicação estabelecida entre os níveis assistenciais não é garantida, tornando o serviço ineficiente.

Tal evidência reflete uma grave contradição do sistema: na Estratégia de Saúde da Família o paciente é observado enquanto integrante de um contexto familiar e residente em um determinado território. Este fato o expõe a uma

multiplicidade de particularidades que refletem diretamente nos níveis de vulnerabilidade que este indivíduo apresenta. Quando este mesmo paciente é encaminhado aos demais níveis assistenciais, estes fatores considerados tão indispensáveis ao diagnóstico e tratamento eficazes são simplesmente desconsiderados.

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.

Diante destes fatos, as propostas elaboradas por meio da execução do objetivo anteriormente exposto são: restringir o tempo de espera para o acesso à atenção em saúde, por meio da implementação das redes assistenciais; integrar os serviços, organizar e ampliar o acesso e a oferta que atualmente é disponibilizada pela rede própria; planejar o encaminhamento de modo a minimizar as distâncias que estes pacientes percorrem quando são encaminhados; organizar a rede no sentido de minimizar o fluxo de pessoas que acessam de forma direta e individual, sem o devido encaminhamento, aos demais níveis assistenciais.

Obviamente, as questões identificadas e as possibilidades de desdobramento desta pesquisa não se encerram aqui. Pelos fatores já expostos no início deste trabalho, optou-se por trabalhar os padrões de deslocamento de pacientes que residem no Distrito Sanitário IV do Recife. Contudo, seria imprescindível que esta análise fosse realizada em diferentes escalas, desde a Cidade do Recife como um todo e, sobretudo, a nível estadual.

Tal necessidade se dá por conta do elevado fluxo de pacientes advindos de municípios localizados no interior do estado e pela concentração destes serviços na Região Metropolitana do Recife. Readequar estes fluxos representa

um dos grandes desafios a ser enfrentado no planejamento e organização da rede de atenção à saúde. A identificação da origem e destino destes fluxos poderia subsidiar estratégias de oferta destes serviços nas localidades que realmente necessitam, o que, por sua vez, minimizaria consideravelmente o deslocamento desnecessário de pacientes destes municípios, influenciando sobretudo na minimização da superlotação dos hospitais localizados na Região Metropolitana do Recife.

Outro levantamento necessário diz respeito à identificação da demanda reprimida em diversas especialidades e em distintas instituições de saúde. Algumas unidades de saúde fazem este controle, mas no geral ainda é um percentual incipiente, fazendo necessária uma análise a respeito desta problemática que pode inferir diretamente no ordenamento dos fluxos e do que é ofertado.

Por fim, diante do que foi alcançado e apresentado no decorrer da pesquisa, acredita-se que os objetivos formulados foram alcançados, contudo certamente este debate não se encerra com neste trabalho. Não foram poucos os relatos de usuários e profissionais que ressaltaram a necessidade de pesquisas como esta. Tal anseio salienta a urgência de uma reflexão maior sobre as questões elencadas nesta tese e, sobretudo, de uma ação coletiva entre as esferas administrativas de governo no sentido de atender às necessidades aqui consideradas básicas e essenciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRANOFF, R. & LINDSAY, V. A. – Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. *Public Administration Review*, 43: 227-238, 1983.

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

ANDRADE, M. C. *A questão do território no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Recife: IPESPE, 1995.

AQUINO, R. Conhecendo o território. In: AQUINO, R. et al. *Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família*. Salvador: Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2002.

AZEVEDO, A. L. M. *Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada*. Recife, 2003. 177p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz.

BARBER, B. R. *Djihad vs. McWorld, mondialisation, tribalisme et démocratie. Futuribles*. Paris, nov.1992.

BARCELLOS, C. A saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada a mais? *Caderno Prudentino de Geografia*, São Paulo, v. 25, n. 1: p. 29-43, 2003.

BARCELLOS, C.; BASTOS, I. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 389-397, 1996.

BARCELLOS, C.; PEREIRA, M. P. B. O território no Programa Saúde da Família. *HYGEIA - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2 n. 2, p. 47-55, 2006.

BARRETO, A. J. R. et al . Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, Jul 2012.

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

BASTOS, P. F. O ambiente urbano e a saúde: análise sobre o trabalho dos Agentes de Saúde junto a comunidades de baixa renda do Recife. In: *Anais da 58ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência-SBPC*. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência: Florianópolis, 2006.

BEZERRA FILHO, J. G. *et al.*. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1173-1185, 2007.

BEZERRA, A. C. V. *A consolidação das ações de campo da vigilância em saúde ambiental: heranças e desafios à territorialização*. Tese de Doutorado, Recife: Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

BEZERRA, A. C. V.; BASTOS, P. F.; BITOUN, J. Agentes de saúde ambiental (ASA) e agentes comunitários de saúde (ACS) na cidade do Recife: por que atores de uma política local agem tão distantes? In: *Geografia, medicina e saúde: do diálogo de saberes aos desafios da espacialização do processo saúde-doença*. Curitiba – PR: AGB. Publicação em CD-ROM, 2007, 10p (Anais do III Simpósio Nacional de Geografia da Saúde/ II Fórum Internacional de Geografia da Saúde).

BEZERRA, J. A. Como definir o bairro? Uma breve revisão. *Revista Geotemas*, 2011.

BITOUN, J. A política de saúde e as inovações na gestão local. *Cidadania, cidade é notícia*. Recife: *Etapas*, n. 4. Abril/Maio, 2000.

BITOUN, J. Programa de Administração Participativa de Camaragibe-PE. In CAMAROTTI, Ilka; SPINK, Peter (Orgs.). *Redução da pobreza e dinâmicas locais*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

BITOUN, J.; BARRETO, A. M. *Recife e seus bairros*. Recife: SEPLAM/PCR, 1996.

BOMFIM, L. A.; BASTOS, A. C. de S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 581-589, 2002.

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

BRANDÃO, Z. Entre questionários e entrevistas. In: NOGUEIRA, M. A.; ROMANELLI, G.; ZAGO, N. (orgs.). *Família & escola*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 171-83.

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.

_____. *Decreto nº 3.189 de 4 de Outubro de 1999*. Dispõe sobre a fixação das diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 out. 1999.

_____. *Lei nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006*. Regulamenta profissão de agente comunitário de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 2006, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília, 1987.

_____. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Publicada no DOU de 4 de agosto de 2008;

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997*. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 29 mar.

_____. Ministério da saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990. 20p.

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011. 56 p

_____. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 139, n. 112, p.36, 13 jun. 2002.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.

_____. Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.

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

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. *As bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL e Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva, 2001.

CASSELL, C.; SYMON, G. *Qualitative methods in organizational research*. London: Sage Publications, 1994.

CASTELLS, M. *A era da informação. A sociedade em rede*. Vol.2. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

CASTELLS, M. *A Sociedade em Rede*. 7 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

CECÍLIO, L. C. de O. A Avaliação da Qualidade e a Gestão Descentralizada em uma Rede Básica de Saúde: a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 161-185.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, v.13, n.3, p.469-78, 1997.

CENSO Demográfico, 2010. *Resultados do universo: características da população e domicílios*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em dez.2013.

CHRISTALLER, W. *Central places in southern germany*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1966.

CLAVAL, P. O território na transição da pós-modernidade. In: *Geografia*. Ano 1 – nº2, 1999.

CLAVAL, P. *Geografia do Homem. Cultura-Economia-Sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina, 1987.

COHN, A. Saúde e Cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) *Políticas Públicas: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.315-343.

CONILL, E, FAUSTO, M. *Análisis de la integración de la atención primaria em salud em la red de servicios em Europa y América Latina*. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros niveles de atención. Proyecto EuroSocial Salud, 70 p., 2009.

CORRÊA, R. L. Dimensões de análise das redes geográficas. In: *Trajetórias Geográficas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

CORRÊA, R. L. *Trajetórias Geográficas*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

COSTA NETO, M. M. Implantação da Unidade de Saúde da Família. *Caderno da Atenção Básica*. Brasília, 2000.

COSTA, R. R. *A contra-referência e a continuidade do cuidado dos pacientes hipertensos a partir do serviço de emergência do hospital das clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2009.

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.

CURRIEN, N. e GENSOLLEN, M. Réseaux de télécommunications et aménagement de l'espace. *Revue Géographique de L'est*, nº 1, p.47-56, 1985.

DIAS SOBRINHO, J.; BALZAN, N. C. (Orgs.) *Avaliação institucional: teoria e experiências*. São Paulo: Cortez, 1995.

DIAS, L. C. Os sentidos da rede: notas para discussão. In: DIAS, L. C.; SILVEIRA, R. L. L.da. (Orgs). *Redes, sociedades e territórios*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2005.

DIAS, L. C. Redes: emergência e organização. In *Geografia: Conceitos e Temas*. CASTRO, I.E., GOMES, P. C. C. e CORRÊA, R .L. (orgs.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

DIEHL, A. A. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DUARTE, C. M. R. Qualidade de Vida e Indicadores de Saúde: Aspectos da Mortalidade Infantil no Estado do Rio de Janeiro e suas Regiões. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 414-427, 1992.

DUFFY, M. E., Methodological triangulation: a vehicle for merging quantitative and qualitative research methods, in *Journal of Nursing Scholarship*, v.19, n. 3, 1987.

DUPUY, G. *L'urbanisme des réseaux, théories et méthodes*, 1991.

ELUSTONDO, S. G.; GONZÁLEZ, A. M. M; GÓMEZ, C. L. et al. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calid Asist*. v. 24, n. 6, 2009;

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. *Espaço, Território e Saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil*. R. RA´E GA, Curitiba, n. 17, p. 31- 41, Editora UFPR, 2009.

FLEURY, S. M. T.; OUVÉNEY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

FONTES, B. Sobre trajetórias de sociabilidade: a ideia de rede de saúde comunitária. In *Redes sociais e saúde: nova perspectiva de análise*, Recife, Editora Universitária da UFPE, 2004.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis*, v.16, n.1, p.83-97, 2006.

GADOTTI, M. *Pedagogia da Práxis*. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2004.

GERSCHMAN, S. *A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1995.

GONÇALVES, G. *Avaliação do sistema de referência e contra-referência em equipes de saúde da família: o caso da doença hipertensiva no município de Santa Cruz do Sul*. 2009. 67f. Dissertação do mestrado profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí.

GONDIM, G. M. D. M., MONKEN, M., ROJAS, L. I., BARCELLOS, C., PEITER, P., NAVARRO, M. B. M. A., & GRACIE, R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Miranda AC, Barcellos C, Moreira J, Monken M, organizadores. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUIMARÃES, M. J. B. et al. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n.5, p. 1413-1424, 2003.

HAESBAERT, R. A multiterritorialidade do mundo e o exemplo da Al Qaeda. *Terra Livre*, São Paulo, v. 1, n. 18, p.37- 46, 2002.

_____. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, Iná Elias de et al. (Org). *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

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

_____. Território e multiterritorialidade – um debate. In GEOgraphia, ano IX, n.17. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2007, p. 19-45.

_____. *R. Territórios alternativos*. Rio de Janeiro/São Paulo: Eduff/Contexto, 2013.

HAGGERTY, J. L.; REID, R. J.; FREEMAN, G. K.; STARFIELD, B. H.; ADAIR, C. E.; MCKENDRY, R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *B. M. J.*, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, nov. 2003.

HARTZ, Z. M. A, CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, 2004.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. 2ª Ed. São Paulo: Loyola, 1993.

HORTALE, V. A; PEDROZA M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise e sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2000.

IBANHES, L. C; HEIMANN, LS; JUNQUEIA, V; BOARETTO, RC; PESSOTO, UC; CORTIZO, CT; CASTRO, IEN et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2007.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>> Acesso em: 04 mar. 2014.

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.

KOGA, D.; NAKANO, K. Perspectivas territoriais e regionais para políticas públicas brasileiras. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 85, Cortez, 2006.

KRÜGER, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*. n. 22, 2000.

LIMA, D. de A.. A gênese do diálogo e a questão das redes, in SOUZA, A. J. de; SOUZA, E. B. C. de e MAGNONI JÚNIOR, L. (orgs). *Paisagem Território Região: em busca da identidade*. Cascavel (PR): Edunoeste. 2000.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

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.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; MARINHO DE SOUZA, F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, January, 2006.

MASSEY, D. *Pelo espaço: uma nova política da espacialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MÉDICI, A. C. *Los gastos de salud en las familias en Brasil: algunas evidencias de su caracter regressivo*. Washington: BID, 2001.

MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. 1999. 302 p.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Org.). A política de regulação no Brasil. Brasília, DF: OPAS: MS, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 12).

MENDOZA, J. G, JIMÉNEZ, J. M. & CANTERO, N.O. *El pensamiento geográfico*. Madrid: Alianza Universidad, 1982

MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v.2, n.9, p.177-84, 1993.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MIRANDA NETO, J. Q. de. *Redes, território e competitividade: a estratégia das empresas de telefonia celular no Estado do Pará*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Belém, 2008.

MONKEN, M. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, p. 23-41, 2008.

MONKEN, M., BARCELLOS, C. O território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A., (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

MOREIRA, R. Da região à rede e ao lugar: a nova realidade e o novo olhar geográfico sobre o mundo. *Espaço, Tempo e Crítica: revista eletrônica de Ciências Humanas e Sociais e outras coisas*, v.1, n.1, p 55-70, jun. 2007.

MUSSO, P. A filosofia da rede. In PARENTE, A. (org). *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MUSSO, P. Gênese et critique de la notion de reseau. In PARROCHIA, D. *Penser les reseaux*. Seusey: Champ Vallon. pp. 194-217. 2001.

NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V.; CALPE, J. F.; NÚÑEZ, R. T. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev. Esp. Salud Publica*, v. 79, n. 6, p. 633-643, 2005.

NUNES, M. O.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R., MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 18, p. 1639-46, 2002.

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 (PNCTIS)*. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2014.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Coprodução de projetos coletivos e diferentes 'olhares' sobre o território. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, L. A. P.; MENDES, M. M. S. Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: *Os muitos Brasis - saúde e população na década de 80* (MINAYO, M.C.S., org.). p. 291-303, São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

PAIM, J. S. *Direito à saúde, cidadania e estado*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

PAIM, J. S., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011.

PATTON, M.Q. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA. Sage Publications, 1990.

PEREIRA, M. F. V.; KAHIL, S. P. O território e as redes: considerações a partir das estratégias de grandes empresas. In: GERARDI, L. H. de O.; CARVALHO, P. F. de. (org.) *Geografia: ações e reflexões*. Rio Claro: Programa de Pós-Graduação em Geografia, IGCE-UNESP/AGETEO, 2006. p. 213-226.

PEREIRA, M. P. B. *Comunidades pobres urbanas da cidade do Recife e Políticas Públicas: como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade está viabilizando uma melhoria das condições de saúde*. Recife: 2001. 108p. Dissertação (Programa de Mestrado em Geografia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ UFPE.

PEREIRA, M. P. B. *Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife – PE*. Presidente Prudente: 2008. 255 p. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências e Tecnologia- Universidade Estadual Paulista.

PEREIRA, M. P.B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, jun., v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B. et al. (Orgs.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. São Paulo: Artmed, 2006. p.69-75.

RAFFESTIN, C. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1993.

RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 1º. Ed.– Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2014.

_____. *Plano Municipal de Saúde: 2006-2009 – Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS*. Recife, 2005.

_____. *Resolução n. 1 de 11 de outubro de 2007: Comissão Especial criada pela Lei 17.233/ 2006*. Recife. 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2002-2005*. Recife, 2002.

REZENDE, A. P. *O Recife: histórias de uma cidade*. Recife: Fundação de Cultura da Cidade do Recife, 2002.

RIBEIRO, M. Â. *As redes geográficas sob a ótica analítica de Miossec*. *Geo UERJ*. Rio de Janeiro, n. 10, p. 2001, p.35-46.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009, 334p.

RIGOBELLO, J. L. *A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde VIII*. Ribeirão Preto, 2006. 154p. Dissertação de mestrado em Saúde na Comunidade. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

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.

RÜCKERT, A.; MISOCZKY, M. C. A. *Território Vivido, Território em Mutação*. Estratégias de organização da atenção à saúde. DACASA: Porto Alegre, 2002.

SANTANA, M. M. de. *Território plataforma da vida e do trabalho vivo em saúde: análise do território trabalhado na ESF do Distrito Sanitário V em Recife/PE*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

SANTOS FILHO, J. C. dos; GAMBOA, S. S. *Pesquisa educacional: quantidade e qualidade*. São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, I. F. S.; AZEVEDO, F. D. B.; BRANDÃO, A. C.; SILVA, E. P.; SOUSA, A. L. L. - Histórico da implantação do PSF no Estado do Tocantins. *Revista da UFG*, Vol. 6, dez 2004.

SANTOS, M. *A natureza do espaço*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *Espaço e método*. São Paulo: Nobel, 1985.

_____. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia*. São Paulo: Hucitec, 1996.

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

_____. O retorno do Território. In: SANTOS, M. et al. (Org.). *Território: Globalização e Fragmentação*. 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1998. p. 15-20.

_____. *Por uma geografia nova*. São Paulo: Hucitec, 1986.

_____. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n1, v. 8, p. 309-314, 2003.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 13ª. Ed. Rio de Janeiro, Record, 2010.

SAQUET, M. A. *Abordagens e Concepções de Território*. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SAQUET, M. A. O território: diferentes interpretações na literatura italiana. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. *Território e Desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004.

SILVA, I. C. de A. *Contribuição à vigilância da saúde na cidade do Recife: Estudo das desigualdades de condição de vida e de saúde – 1996 – 2001*. Recife: [s.n.], 2003. *Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva*. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife.

SILVA, P. L. B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em perspectiva*. v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.

SOUSA, F. O. S. *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.

SOUZA, M. J. L. de. O território: sobre espaço e poder. Autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). *Geografia: conceitos e temas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.77-116.

STARFIELD, B. As Características da Atenção Primária em Saúde. In: BRASIL CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília, vol.8, p. 38-39 CONASS, 2007.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

STARFIELD, B. Is primary-care essential? *Lancet*, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.

TEIXEIRA C. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1999.

TINLAND, F. Interactions, réseaux, différenciation. In: PARROCHIA, D. (Org.). *Penser les réseaux*. Seyssel: Éditions Champ Vallon, 2001.

TREVISAN, M. et al. Avanços no sistema de saúde brasileiro: uma reflexão da década de 1970 a 2000. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. v.03, n. 03, 2012.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Saúde. In: *Distrito Sanitário*. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (E. V. Mendes, org.) São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

WADMANN, S.; STRANDBERG-LARSEN, M.; VRANGBAEK, K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *Int. J. Integr. Care*, v. 9, p. 1-12, jan-mar. 2009.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992.

ANEXOS

ANEXO 1

Fluxos dos encaminhamentos oriundos da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV do Recife- 2013.

ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 184 PSF VILA UNIAO	-34,93273526	-8,030669297	3127
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	199
CENTRO DE REABILITACAO MOTORA DO RECIFE	-34.889.218	-8.036.020	3
CLINICA DE FISIOTERAPIA DO RECIFE	-34.883.462	-8.053.544	3
CLINICA LUIZ BORGES	-34.899.116	-8.063.373	4
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	6
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	1
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	156
CLINICA RADIOLOGICA SANTO ANTONIO	-34.888.698	-8.047.679	1
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	8
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	110
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	30
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	109
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	15
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	81
INSTITUTO DE RADIUM E RADIOLOGIA	-34.873.006	-8.041.769	5
IRI	-34.885.156	-8.053.262	4
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	86
PCO	-34.892.372	-8.055.973	419
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	8
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	31
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	115
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	267
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	1416
US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES	-34,90551991	-8,08058776	14
US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS	-34,88813002	-8,061991594	3
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	18
US 166 POLICLINICA CENTRO	-34,87725021	-8,064123289	1
US 169 POLICLINICA AMAURY COUTINHO	-34,88201221	-8,015850039	3
US 223 CENTRO DE REABILIT FISIO ANTONIO NOGUEIRA DE AMORIM	-34,88297915	-8,060119244	5
US 293 POLICLINICA DO PINA	-34,89049059	-8,08600535	1
US 321 CENTRAL DE ALERGOLOGIA	-34,88949229	-8,047586124	5
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 224 PSF CARANGUEIJO	-34,90531218	-8,064906619	1303
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	60
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34900898	-8052534	14
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34909477	-8055727	32
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34906441	-8053948	30

CLINOPE	-34887819	-8060890	10
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34906498	-8039237	31
HOSPITAL SANTO AMARO	-34873516	-8042429	49
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34951789	-8090514	9
IMIP HOSPITALAR	-34889905	-8066764	8
OFTALMO	-34895997	-8066343	85
PCO	-34892372	-8055973	130
QUALIMAGEM	-34896208	-8056347	1
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	35
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34872721	-8041366	2
SEOPE	-34895051	-8066408	49
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	755
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	3
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 225 PSF SKYLAB II	-34,93072083	-8,038811976	2275
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	127
CLINICA DE FISIOTERAPIA DO RECIFE	-34.883.462	-8053544	1
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	22
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8052534	29
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8055727	97
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8053948	3
CLINOPE	-34.887.819	-8060890	148
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	2
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8039237	46
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8042429	57
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8090514	1
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8066764	155
IRI	-34.885.156	-8.053.262	1
OFTALMO	-34.895.997	-8066343	43
PCO	-34.892.372	-8055973	332
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8056347	8
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	32
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8041366	1
SEOPE	-34.895.051	-8066408	79
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	1046
US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES	-34,90551991	-8,08058776	10
US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS	-34,88813002	-8,061991594	17
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	12
US 223 CENTRO DE REABILIT FISIO ANTONIO NOGUEIRA DE AMORIM	-34,88297915	-8,060119244	1
US 321 CENTRAL DE ALERGOLOGIA	-34,88949229	-8,047586124	5
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 233 PSF VIETNA	-34,93474653	-8,067634962	740
DESTINO			

CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	48
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8055727	29
CLINOPE	-34.887.819	-8060890	61
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8039237	12
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8042429	16
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8090514	6
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8066764	21
OFTALMO	-34.895.997	-8066343	11
PCO	-34.892.372	-8055973	167
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	6
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8041366	6
SEOPE	-34.895.051	-8066408	92
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	262
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	1
US 169 POLICLINICA AMAURY COUTINHO	-34,88201221	-8,015850039	2
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 234 PSF RODA DE FOGO COSIROF	-34,93865898	-8,058527304	1570
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	79
CLINICA DE FISIOTERAPIA DO RECIFE	-34883462	-8053544	1
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	74
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34900898	-8052534	13
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34909477	-8055727	25
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34906441	-8053948	5
CLINOPE	-34887819	-8060890	87
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	1
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34906498	-8039237	38
HOSPITAL SANTO AMARO	-34873516	-8042429	55
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34951789	-8090514	5
IMIP HOSPITALAR	-34889905	-8066764	78
OFTALMO	-34895997	-8066343	45
PCO	-34892372	-8055973	291
QUALIMAGEM	-34896208	-8056347	59
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	49
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34872721	-8041366	34
SALOMAO SALES COUTO	-34.893.641	-8.041.105	2
SEOPE	-34895051	-8066408	148
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	478
US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS	-34,88813002	-8,061991594	1
US 223 CENTRO DE REABILIT FISIO ANTONIO NOGUEIRA DE AMORIM	-34,88297915	-8,060119244	1
US 293 POLICLINICA DO PINA	-34,89049059	-8,08600535	1
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 235 PSF RODA DE FOGO SINOS	-34,93861397	-8,055022311	465
DESTINO			

CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	3
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	1
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	54
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	1
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	25
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	1
PCO	-34.892.372	-8.055.973	97
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	1
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	28
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	254
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 236 PSF RODA DE FOGO MACAE	-34,93799703	-8,061475145	1186
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	73
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	10
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	4
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	50
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	1
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	25
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	5
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	24
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	49
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	10
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	53
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	22
PCO	-34.892.372	-8.055.973	171
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	57
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	1
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	17
SALOMAO SALES COUTO	-34.893.641	-8.041.105	1
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	93
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	516
US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS	-34,88813002	-8,061991594	2
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	2
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 237 PSF SITIO DAS PALMEIRAS	-34,93706505	-8,051086994	1468
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	29
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	10
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	236
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	62
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	61
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	40
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	2
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	17

INSTITUTO DE RADIUM E RADIOLOGIA	-34.873.006	-8.041.769	1
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	26
PCO	-34.892.372	-8.055.973	219
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	2
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	21
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	16
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	45
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	681
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 247 PSF ROSA SELVAGEM	-34,97788002	-8,032409363	1533
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	76
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	14
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	20
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	112
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	3
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	65
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	3
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	29
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	60
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	1
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	95
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	2
PCO	-34.892.372	-8.055.973	134
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	30
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	26
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	11
SALOMAO SALES COUTO	-34.893.641	-8.041.105	1
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	144
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	696
US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES	-34,90551991	-8,08058776	1
US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS	-34,88813002	-8,061991594	2
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	4
US 166 POLICLINICA CENTRO	-34,87725021	-8,064123289	3
US 169 POLICLINICA AMAURY COUTINHO	-34,88201221	-8,015850039	1
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 248 PSF BARREIRAS	-34,96334486	-8,024497931	1281
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	37
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	9
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	2
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	158
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	66
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	46
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	68

HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	2
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	38
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	16
PCO	-34.892.372	-8.055.973	320
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	1
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	21
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	32
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	459
US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES	-34,90551991	-8,08058776	1
US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS	-34,88813002	-8,061991594	1
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	4
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 252 PSF ENGENHO DO MEIO	-34,94607368	-8,05713336	1019
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	20
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	1
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	58
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	153
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	11
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	12
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	39
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	17
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	11
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	129
PCO	-34.892.372	-8.055.973	78
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	12
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	12
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	24
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	441
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	1
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 254 PSF BRASILIT	-34,94954974	-8,036015834	1003
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	41
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	3
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	105
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	3
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	9
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	3
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	25
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	59
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	32
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	40
PCO	-34.892.372	-8.055.973	201
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	8

SALOMAO SALES COUTO	-34.893.641	-8.041.105	1
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	47
US 104 CS SEBASTIAO IVO RABELO	-34,94788159	-8,119632056	2
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	417
US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES	-34,90551991	-8,08058776	4
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	2
US 293 POLICLINICA DO PINA	-34,89049059	-8,08600535	1
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 255 PSF CAMPO DO BANCO	-34,95480059	-8,048048859	839
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	28
CENTRO DE REABILITACAO MOTORA DO RECIFE	-34.889.218	-8.036.020	1
CLINICA DE FISIOTERAPIA DO RECIFE	-34.883.462	-8.053.544	2
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	9
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	72
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	7
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	11
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	7
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	30
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	21
IRI	-34.885.156	-8.053.262	1
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	41
PCO	-34.892.372	-8.055.973	80
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	5
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	44
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	14
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	48
US 104 CS SEBASTIAO IVO RABELO	-34,94788159	-8,119632056	2
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	398
US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES	-34,90551991	-8,08058776	6
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	7
US 166 POLICLINICA CENTRO	-34,87725021	-8,064123289	3
US 169 POLICLINICA AMAURY COUTINHO	-34,88201221	-8,015850039	1
US 293 POLICLINICA DO PINA	-34,89049059	-8,08600535	1
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 280 PSF SITIO CARDOSO	-34,90930545	-8,051360747	1560
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	44
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	2
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	6
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	6
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	97
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	15
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	3
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	19

HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	71
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	7
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	16
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	117
PCO	-34.892.372	-8.055.973	223
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	4
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	14
SALOMAO SALES COUTO	-34.893.641	-8.041.105	1
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	66
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	848
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	1
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 295 PSF COSME E DAMIAO	-34,9915375	-8,033019326	898
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	52
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	1
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	58
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	15
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	11
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	1
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	18
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	18
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	7
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	72
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	17
PCO	-34.892.372	-8.055.973	216
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	16
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	3
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	20
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	47
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	326
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 307 PSF EMOCY KRAUSE	-34,91689509	-8,04460001	3056
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	384
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	13
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	19
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	237
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	17
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	79
FUNDACAO SANTA LUZIA	-34.918.045	-8.030.594	1
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	10
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	94
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	106
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	9

IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	77
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	100
PCO	-34.892.372	-8.055.973	403
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	59
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	22
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	56
SALOMAO SALES COUTO	-34.893.641	-8.041.105	1
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	84
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	1197
US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES	-34,90551991	-8,08058776	18
US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS	-34,88813002	-8,061991594	2
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	40
US 166 POLICLINICA CENTRO	-34,87725021	-8,064123289	4
US 169 POLICLINICA AMAURY COUTINHO	-34,88201221	-8,015850039	2
US 217 CENTRO MEDICO SEN JOSE ERMIRIO DE MORAES	-34.926.053	-8.028.808	22
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 331 PSF PROF AMAURY DE MEDEIROS	-34,97861379	-8,039041114	2510
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	227
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	64
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	5
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	60
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	137
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	2
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	71
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	219
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	89
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	19
PCO	-34.892.372	-8.055.973	224
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	44
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	14
SALOMAO SALES COUTO	-34.893.641	-8.041.105	2
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	110
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	1203
US 159 POLICLINICA AGAMENON MAGALHAES	-34,90551991	-8,08058776	3
US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS	-34,88813002	-8,061991594	1
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	14
US 169 POLICLINICA AMAURY COUTINHO	-34,88201221	-8,015850039	2
ORIGEM	Coordenadas		Quant Encam
US 337 PSF SITIO WANDERLEY	-34,95032345	-8,038962566	1421
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	87
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL BORBA	-34.899.466	-8.055.289	4
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	6

CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	89
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	12
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	18
HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	-34.907.160	-8.030.716	2
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	23
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	94
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	17
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	18
INSTITUTO DE RADIUM E RADIOLOGIA	-34.873.006	-8.041.769	1
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	62
PCO	-34.892.372	-8.055.973	94
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	18
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	53
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	48
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	770
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	5
ORIGEM	Coordenadas	Quant Encam	
US 349 PSF CASARAO DO CORDEIRO	-34,92128322	-8,04452267	711
DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	69
CLINICA DE FISIOTERAPIA DO RECIFE	-34.883.462	-8.053.544	1
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	9
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	19
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	4
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	9
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	31
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	52
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	11
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	39
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	50
PCO	-34.892.372	-8.055.973	116
QUALIMAGEM	-34.896.208	-8.056.347	3
RC DIAGNOSTICOS	-34.893.715	-8.037.464	6
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	43
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	17
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	216
US 160 POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS	-34,88813002	-8,061991594	4
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	5
US 166 POLICLINICA CENTRO	-34,87725021	-8,064123289	1
US 169 POLICLINICA AMAURY COUTINHO	-34,88201221	-8,015850039	2
US 223 CENTRO DE REABILIT FISIO ANTONIO NOGUEIRA DE AMORIM	-34,88297915	-8,060119244	1
US 321 CENTRAL DE ALERGOLOGIA	-34,88949229	-8,047586124	3
ORIGEM	Coordenadas	Quant Encam	
US 378 PSF JARDIM TERESOPOLIS	-34,97586077	-8,034376513	902

DESTINO			
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	-34907541	-8035669	48
CLINICA RADIOLOGICA MANOEL MEDEIROS	-34.900.898	-8.052.534	1
CLINICA RADIOLOGICA NOSSA SENHORA DO CARMO	-34.909.477	-8.055.727	87
CLINICA RADIOLOGICA SANTO ANTONIO	-34.888.698	-8.047.679	1
CLINICA RADIOLOGICA WALTER BRAGA LTDA	-34.906.441	-8.053.948	6
CLINOPE	-34.887.819	-8.060.890	62
FUNDACAO SANTA LUZIA	-34.918.045	-8.030.594	10
HOSPITAL EVANGELICO DE PERNAMBUCO	-34.906.498	-8.039.237	19
HOSPITAL SANTO AMARO	-34.873.516	-8.042.429	39
HOSPITAL SAO JOAO DA ESCOCIA	-34.951.789	-8.090.514	4
IMIP HOSPITALAR	-34.889.905	-8.066.764	23
OFTALMO	-34.895.997	-8.066.343	20
PCO	-34.892.372	-8.055.973	97
REDE VISAO OFTALMOLOGIA	-34.872.721	-8.041.366	80
SEOPE	-34.895.051	-8.066.408	94
US 128 POLICLINICA LESSA DE ANDRADE	-34,90694276	-8,058854329	296
US 162 POLICLINICA ALBERT SABIN	-34,90517485	-8,033962381	3
US 169 POLICLINICA AMAURY COUTINHO	-34,88201221	-8,015850039	12

Fonte: Central de Regulação do Recife. Elaboração própria.

ANEXO 2

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA**

Unidade Solicitante:	Telefone:	Distrito Sanitário:
		Data: / /

DADOS DO USUÁRIO / MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

Nome do Usuário:			
Cartão SUS Nº	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		Prontuário Nº
Data de Nasc.: / /	Município Nasc.:	CPF:	
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Parda <input type="checkbox"/> 4-Amarela <input type="checkbox"/> 5-Indígena	RG:	Org. Exp.:	
Nome da Mãe:			
Endereço:	Nº	Comp.:	Tel.:
Bairro:	CEP	Município:	UF:
Portador de: DIABETES: <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO: <input type="checkbox"/>			
CID ou Diagnóstico inicial:			
Especialidade/Procedimento solicitado:			
Justificativa do Encaminhamento e conduta atual:			

Resultados de exames realizados:

Carimbo e Assinatura do profissional de saúde	Assinatura do responsável pelo encaminhamento
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

DADOS DO AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO

Unidade Executante:	Cod. de Atendimento (Chave):
Profissional:	Data: / /
Endereço:	Hora Inicial:
Bairro:	Fone:
Ponto de Referência:	
OBS.:	

CONTRA-REFERÊNCIA / DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE

CID Definitivo:

Carimbo e assinatura do profissional de saúde

ANEXO 3 FLUXOGRAMA DA POLICLÍNICA LESSA DE ANDRADE

ESPECIALIDADE	FAIXA ETÁRIA	LOCAL DO AGENDAMENTO	
		CONSULTAS DE 1ª VEZ	CONSULTAS DE RETORNO
• ALERGOLOGIA INFANTIL	Até 12 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• CARDIOLOGIA ADULTO	A partir de 16 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG
• CARDIOLOGIA INFANTIL	Até 12 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• CLÍNICA MÉDICA (do Lessa)*	19 a 59 anos	MARCADO NA POLICLINICA VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• COLPOSCOPIA	Todas as idades	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG	
• DERMATOLOGIA	Todas as idades	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG
• ENDOCRINOLOGIA ADULTO	A partir de 16 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG
• FISIOTERAPIA	Todas as idades	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• FONOAUDIOLOGIA	Todas as idades	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG

• GASTROENTEROLOGIA ADULTO	A partir de 16 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG
• GERIATRIA	A partir de 60 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• GINECOLOGIA**	Todas as idades	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• HANSEN	Todas as idades	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• HERBEATRIA	13 a 18 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• HEMATOLOGIA	Todas as Idades	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• NEUROLOGIA	A partir de 16 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG
• NUTRIÇÃO	A partir de 18 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• OTORRINO ADULTO Dr. Ângelo Dr. Waldyr	A partir de 16 anos Todas as idades	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG
• PEDIATRIA **	Até 12 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG

• PNEUMOLOGIA ADULTO	A partir de 16 anos	MARCADO NAS UNIDADES DE SAÚDE VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
•PSICOLOGIA	Todas as idades	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• PSIQUIATRIA	A partir 16 anos	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• SAE (Infectologia)	A partir dos 13 anos	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG
• TISIOLOGIA (TB)	Todas as idades	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG	MARCADO NA POLICLÍNICA VIA SISREG

*Agendado apenas pelo PACS Zumbi Berardo e área descoberta dos Bairros Madalena, parte do Prado e parte da Torre.

**Agendado apenas pelas USF's Caranguejo, Emocy e Cardoso e os citados acima.

As demandas Internas (Encaminhamentos gerados dentro do próprio Lessa serão considerados retorno)

**ANEXO 4 TOTAL DE PROCEDIMENTOS AGENDADOS POR MEIO DA
CENTRAL DE REGULAÇÃO DO RECIFE - 2013**

PROCEDIMENTOS POR GRUPO	QUANTIDADE
BIOPSIA/PUNCAO	1168
COLONOSCOPIA	441
COLPOSCOPIA	9733
CONSULTA EM ALERGIA	30550
CONSULTA EM CARDIOLOGIA	29241
CONSULTA EM CARDIOLOGIA DE ALTO RISCO	200
CONSULTA EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	419
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	10555
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA	332
CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRICA	3239
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA	846
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR / ANGIOLOGIA	12377
CONSULTA EM CLINICA MEDICA	36166
CONSULTA EM DERMATOLOGIA	20260
CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA	17122
CONSULTA EM FISIOTERAPIA	10985
CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA	157
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	8446
CONSULTA EM GERIATRIA	6887
CONSULTA EM GINECOLOGIA	31187
CONSULTA EM HANSENOLOGIA	1361
CONSULTA EM HEBIATRIA	1795
CONSULTA EM HEMATOLOGIA	971
CONSULTA EM INFECTOLOGIA	3102
CONSULTA EM MASTOLOGIA	1929
CONSULTA EM MEDICINA DO TRABALHO	3
CONSULTA EM NEFROLOGIA	1513
CONSULTA EM NEONATOLOGIA	177
CONSULTA EM NEUROLOGIA	10262
CONSULTA EM NUTRICAO	8776
CONSULTA EM ODONTOLOGIA - CIRURGIA ORAL MENOR	214
CONSULTA EM ODONTOLOGIA - ENDODONTIA	3221
CONSULTA EM ODONTOLOGIA - ESTOMATOLOGIA	116
CONSULTA EM ODONTOLOGIA - PACIENTES C/ NECESSIDADES ESPECIAIS	244
CONSULTA EM ODONTOLOGIA - PEDIATRIA	1967
CONSULTA EM ODONTOLOGIA - PERIODONTIA	946
CONSULTA EM ODONTOLOGIA - PROTESE DENTARIA	1286
CONSULTA EM ODONTOLOGIA BASICA	9087
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	74918

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA (PROGRAMA GLAUCMA)	7669
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	15390
CONSULTA EM PEDIATRIA	28325
CONSULTA EM PEQUENAS CIRURGIAS	1559
CONSULTA EM PNEUMOLOGIA	6083
CONSULTA EM PRE-NATAL	24
CONSULTA EM PRE-NATAL DE ALTO RISCO	5066
CONSULTA EM PROCTOLOGIA	595
CONSULTA EM PSIQUIATRIA	4321
CONSULTA EM REUMATOLOGIA	9284
CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL	1
CONSULTA EM TRAUMATO-ORTOPEDIA	16509
CONSULTA EM UROLOGIA	9386
DENSITOMETRIA	4538
ECOCARDIOGRAFIA	6102
ELETROENCEFALOGRAMA	1997
ELETRONEUROMIOGRAFIA	797
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	15052
HOLTER 24H	92
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	31057
RADIOLOGIA GERAL	2604
SESSOES ENDODONTIA	631
TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMETRICO	324
ULTRASSONOGRAMA DE VASOS COM DOPPLER	463
ULTRASSONOGRAMA GERAL	4994
URETROCISTOGRAFIA	32
UROGRAFIA EXCRETORA	83
VIDEOLARINGOSCOPIA	1026
Total geral	526203

Fonte: Central de Regulação do Recife. Elaboração própria.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA)

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

FUNÇÃO:

1 DIMENSÃO GEOGRÁFICA

- 1.1 Como você avalia a localização da unidade de saúde em relação à distância das residências dos usuários cadastrados?
- 1.2 Como é definido o território de atuação das equipes?
- 1.3 A divisão territorial atualmente adotada é adequada às necessidades da população e das equipes?

2 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

- 2.1 Você considera adequado o número de famílias atendidas pelas equipes?
- 2.2 Como você avalia o funcionamento interno da unidade (organização dos serviços, forma e horário de atendimento, acolhimento etc)?
- 2.3 Como é realizada a marcação das consultas nesta Unidade de Saúde?
- 2.4 Qual é a sua opinião sobre o tempo de espera para o atendimento na USF e para marcação das consultas com especialistas?
- 2.5 Qual o procedimento adotado nos encaminhamentos para outros serviços de saúde e consultas com especialistas (apoio diagnóstico e outros)?
- 2.6 Há dificuldades no encaminhamento de pacientes aos especialistas?
- 2.7 Quais Unidades de Saúde são referência para o encaminhamento de pacientes desta unidade de saúde?
- 2.8 Qual a especialidade médica possui a maior deficiência de vagas?
- 2.9 Como você avalia o sistema de referência e contra-referência do Distrito Sanitário IV?

3 DIMENSÃO ECONÔMICA

- 3.1 O custo das despesas com a saúde impede (ou já impediu) os usuários de adquirirem a atenção de que necessitam?

4 SUGESTÕES

- 4.1. O que poderia ser feito para melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde?

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA (USUÁRIO)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

USF/EQUIPE:

1 DIMENSÃO GEOGRÁFICA

- 1.1 O que você acha da localização da unidade de saúde em relação à distância da sua residência?
- 1.2 O que acha do tempo de deslocamento para a unidade?
- 1.3 O que você acha da localização dos outros serviços de saúde em relação à distância da sua residência?

2 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

- 2.1 Como você avalia o funcionamento interno da unidade (organização dos serviços, forma e horário de atendimento, acolhimento etc)?
- 2.2 Considera esta USF suficiente para a atenção à saúde da localidade? Por quê?
- 2.3 Qual a sua opinião com relação à forma da marcação da consulta atualmente utilizada?
- 2.4 O que acha do tempo de espera para o atendimento e para marcação das consultas na USF e nos serviços especializados?
- 2.5 Quais são as dificuldades que enfrenta quando necessita de consultas para especialistas?
- 2.6 Ao ser atendido no especialista recebe orientações sobre o retorno à sua unidade de origem (USF)?

3 DIMENSÃO ECONÔMICA

- 3.4.1 Como você avalia as despesas que tem com a saúde?
- 3.4.2 O custo das despesas com a saúde lhe impede (ou já lhe impediu) de buscar o cuidado de que necessita?

4. SUGESTÕES

- 4.1. Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar o acesso aos serviços de saúde?

APÊNDICE 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA (GESTOR)

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

FUNÇÃO:

1. Como é realizada a marcação das consultas para especialistas no Distrito Sanitário IV do Recife?
2. Com que frequência os usuários buscam por conta própria a consulta com especialista sem o encaminhamento da Estratégia de Saúde da Família?
3. Qual é a sua opinião sobre o tempo de espera para o atendimento e marcação das consultas com especialistas?
4. Há dificuldades no encaminhamento de pacientes aos especialistas?
5. Quais Unidades de Saúde são referência para o encaminhamento de pacientes no Distrito Sanitário IV?
6. Qual a especialidade médica possui a maior deficiência de vagas?
7. Como você avalia o sistema de referência e contra-referência do Distrito Sanitário IV?
8. Como é realizada a gestão das cotas?
9. O que poderia ser feito para melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde?

APÊNDICE 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
CURSO DE DOUTORADO EM GEOGRAFIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa (Território e redes de atenção à saúde: relações entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS e suas implicações no Distrito Sanitário IV do Recife), que está sob a orientação do prof. Dr. Jan Bitoun e sob a responsabilidade da pesquisadora Priscila Felix Bastos, endereço: Departamento de Pós-Graduação em Geografia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, sito à Av. Acadêmico Hélio Ramos, S/N 6º andar, CEP: 50740-520, Cidade Universitária Recife/PE, telefone (81) 2126-8277, e-mail: felixbastos@yahoo.com.br.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar da pesquisa, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Este estudo pretende investigar as implicações do território de atuação das redes de atenção à saúde no processo de articulação entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS no Distrito Sanitário IV da Cidade do Recife.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas com profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família.

Há possibilidade de desconforto ou constrangimento do entrevistado ao responder alguma pergunta a ele dirigida no momento da entrevista, contudo lhe é garantido o direito a qualquer esclarecimento sobre o estudo em qualquer fase do mesmo; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Sua participação é livre e espontânea, não havendo à sua pessoa nenhum tipo de prejuízo ou dano físico ou psíquico, em relação à pesquisadora, nem em relação à instituição responsável por este estudo.

A pesquisa trará benefícios diretos por meio da possibilidade de desenhar uma hipótese de programa de melhoria da qualidade destes serviços a partir do estabelecimento de prioridades para a gestão pública comprometida com a promoção da saúde, com programas adaptados à realidade dos usuários. Esta ideia garante uma atenção maior nas características de cada local, com o objetivo de atender melhor as necessidades do público-alvo.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre o estudo em qualquer fase do mesmo; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados. Os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos.

As entrevistas serão gravadas e os dados coletados serão armazenados em computador pessoal, pelo período de 5 anos e estarão sob a responsabilidade de Priscila Felix Bastos e Jan Bitoun, endereço: Departamento de Pós-Graduação em Geografia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, sito à Av. Acadêmico Hélio Ramos, S/N 6º andar, CEP: 50740-520, Cidade Universitária Recife/PE, telefone (81) 2126-8277, e-mail: felixbastos@yahoo.com.br.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Território e redes de atenção à saúde: relações entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS e suas implicações no Distrito Sanitário IV do Recife”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou do responsável legal:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: