



DIFICULDADES NO ACESSO DE SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Alice Sousa Almeida¹

Mariana Melo Soares¹

Lucas Dezidério Lopes Guimarães¹

Lorena Amaral de Alencar Castro¹

Fernanda Rodrigues Soares²

RESUMO: O Brasil possui um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral aos cidadãos. O princípio de equidade afirma que cada paciente deve ser atendido com nível de complexidade que sua condição de saúde exige. Dessa forma, o SUS possui serviços de saúde hierarquizados que se comunicam por mecanismos de referências e contra-referências. Contudo, a redução da resolutividade da atenção básica, a retenção de pacientes na atenção especializada e a oferta insuficiente dos serviços dificultam o acesso aos sistemas de média e alta complexidade. Objetivou-se analisar a situação e as dificuldades enfrentadas por uma paciente que necessitava do serviço especializado do SUS através da metodologia de problematização do Arco de Maguerez. Concluiu-se que, apesar do SUS garantir em tese a igualdade e equidade no tratamento, a realidade enfrentada pelos usuários desse serviço é bem diferente, em que é necessário esperar vários meses por um atendimento especializado.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Atendimento especializado. Visita domiciliar. Problematização. Arco de Maguerez.

INTRODUÇÃO

O Brasil possui um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos. Tal fato é definido pela Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), na qual seu Artigo 7º prevê universalidade de acesso, integralidade e equidade de assistência em todos os níveis de complexidade do sistema.

O princípio de equidade afirma que cada paciente deve ser atendido com o nível de complexidade que sua condição de saúde exige. Dessa forma, o SUS possui serviços de saúde

¹ Acadêmico (a) do 7º período do curso de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser, no 2º semestre de 2018.

² Professora da Faculdade Alfredo Nasser e orientadora do presente trabalho.

hierarquizados que se comunicam por mecanismos de referências e contra-referências: atenção primária, secundária e terciária.

A facilidade com que o indivíduo consegue um atendimento adequado à suas necessidades de saúde reflete intimamente a qualidade do sistema de saúde do país. No entanto, existem inúmeros entraves que dificultam o acesso aos sistemas de média e alta complexidade. Na prática, a rede básica nem sempre é a porta de acesso, uma vez que não são utilizados todos os recursos do primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos, provocando superlotação desses níveis com problemas de saúde que podem ser solucionados na atenção básica.

Ademais, os serviços especializados do SUS organizam-se em ambulatórios, onde especialistas recebem pacientes sem acesso ao prontuário dos mesmos. Assim, a maioria das vezes, esse trabalho cria um vínculo assistencial que retém desnecessariamente pacientes que poderiam ter acompanhamento da atenção básica de saúde.

Outro ponto importante é a estruturação “insuficiente” e heterogênea da rede de cuidados especializados. Mais de 25 anos após a formalização legal do SUS, não há diretrizes operacionais claras e recursos substanciais para induzir a ampliação e a estruturação da atenção especializada.

Portanto, a dificuldade para a garantia de acesso a serviços especializados decorre da redução da resolutividade da atenção básica, da retenção de pacientes na atenção especializada e do dimensionamento e organização da oferta dos serviços.

A principal consequência desse cenário do sistema de saúde brasileiro é o elevado tempo de espera para um atendimento específico. Tal fato reflete na saúde do paciente e pode trazer consequências biopsicossociais, agravamento do problema de saúde, surgimento de complicações, ansiedade, depressão e prejuízo econômico.

A partir desse contexto, o objetivo do estudo é analisar a dificuldade em conseguir atendimento especializado no SUS abordando a realidade de uma família através da metodologia de problematização proposta por Charles Maguerez: o arco de Maguerez.

2 OBJETIVO

Analisar as dificuldades no acesso ao atendimento especializado no SUS abordando a realidade de uma família através do arco de Maguerez.

3 METODOLOGIA

Este estudo visa relatar a experiência dos acadêmicos do 7º período de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser (FAN) na adoção de uma família assistida pela UBS Independência Mansões, na disciplina do PINESF VII (Programa de Integração a Estratégia de Saúde da Família) durante o primeiro semestre de 2018.

Trata-se de um relato de experiência a partir de visitas domiciliares a uma família com dificuldade de acesso a serviços especializados do SUS. A realidade da família foi analisada através do Método do Arco de Maguerez, uma metodologia de problematização proposta por Charles Maguerez, composta por cinco etapas: observação da realidade e identificação do problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Ademais foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a problemática encontrada no cenário familiar, buscando vincular o contexto vivenciado com as literaturas disponíveis. As bases de dados utilizadas foram: Scielo, BVS e BVMS.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Etapa 1 - Observação da realidade

Durante o estágio do PINESF VII, a turma foi dividida em subgrupos, no qual cada um ficou responsável por adotar uma família. A partir disso, realizamos visitas domiciliares quinzenais à família com realização de anamnese, exame físico e orientações.

Primeira visita domiciliar (07/03/2018):

Juntamente com a agente comunitária de saúde (ACS), conhecemos a família composta por SSOQ, 49 anos, divorciada, aposentada, natural de Iturama –MG e RMQS, 25 anos, filha de SSOQ, solteira, desempregada, natural de Goiânia.

A paciente SSOQ queixava-se de dor abdominal intensa em hipocôndrio esquerdo associada a anorexia, inapetência e dificuldade de deambulação. Paciente referiu ser portadora de um cisto ovariano diagnosticado há 5 anos e aguardava consulta com o cardiologista para avaliação de risco cirúrgico para cirurgia pelo SUS.

Decidimos adotar essa família e concluímos que a paciente necessita de atendimento cardiológico imediato para realizar os exames de risco cirúrgico e assim remover o tumor. Logo, orientamos a paciente a agendar uma consulta na UBS Independência Mansões para

encaminhamento ao cardiologista. A partir da observação da realidade da família, buscamos enquadrá-la no arco de maguerez para completar as próximas etapas.

Segunda visita domiciliar: (14/03/2018)

SSOQ, com mesma queixa da visita anterior sem sinais de melhora. Interrogatório sintomatológico: dispneia aos pequenos esforços e constipação intestinal. Apresentava antecedentes patológicos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), histórico de câncer cerebral aos 19 anos com ressecção cirúrgica sem sequelas, câncer de tireoide aos 38 anos também com ressecção cirúrgica total da glândula e mioma uterino com histerectomia total aos 41 anos. Paciente G₃P₃C_{A0}. No histórico familiar positivo para câncer de estômago. Sedentária, nega tabagismo e etilismo. Medicamentos em uso: Carvedilol 6,25mg duas vezes ao dia, Captopril 100 mg duas vezes ao dia, hidroclorotiazida 25 mg quando necessário, Nifedipina 20 mg duas vezes ao dia, insulina NPH 40 unidades 3 vezes ao dia e Regular 10 unidades 3 vezes ao dia, metformina 500 mg 2 vezes ao dia, clonazepam 40 mg uma vez ao dia e levotiroxina 175 microgramas. Além desses medicamentos, a paciente também fazia uso de Atensina 200 mg três vezes ao dia, porém esse medicamento está fora do mercado, necessitando de uma substituição de droga.

Ao exame físico: bom estado geral (BEG), lúcida e orientada em tempo e espaço (LOTE), corada, hidratada, afebril ao tato, acianótica e anictérica. Pressão arterial (PA): 170x120 mmHg. Aparelho cardiovascular (ACV): ritmo cardíaco regular em dois tempos (RCR em 2T), bulhas normofonéticas sem sopro (BNF S/S), frequência cardíaca (FC) 88 bpm. Aparelho respiratório (AR): murmúrios vesiculares fisiológicos (MVF), sem ruídos adventícios (S/RA). Abdome: abdome globoso e doloroso à palpação superficial que limitou a realização do exame. Peso: 80 kg. Estatura: 1,65m. IMC: 29,4 (sobrepeso). Apresentou resultado de Ultrassonografia (USG) de abdome inferior realizado no dia 20/03/2018: com cisto de anexo esquerdo, volume de 288,32 cm³, presença de imagem cística, multiseptada, sem fluxo interno ao doppler.

A paciente relatou que a consulta com o cardiologista pelo SUS demoraria mais de dois meses devido a fila de espera, devido ao quadro de hipertensão descontrolada, uso irregular dos medicamentos e a necessidade de realizar o risco cirúrgico. Assim, nos comprometemos a agendar uma consulta no ambulatório de especialidades clínicas da Unifan, onde poderia ser atendida rápida e gratuitamente por um cardiologista para a avaliação do risco cirúrgico e ajuste da medicação anti-hipertensiva.

Terceira visita domiciliar: (21/03/2018)

Paciente SSOQ sem queixas atuais. Relatou melhora no quadro de dores abdominais. Ao exame físico: BEG, lúcida, corada, hidratada, afebril ao tato, acianótica e anictérica. PA: 170x110 mmHg. ACV: RCR em 2T, BNF S/S, FC 85 bpm. AR: MVF, S/RA. Abdome: abdome globoso e doloroso à palpação profunda com presença de massa palpável em hipocôndrio esquerdo.

Paciente ainda não havia conseguido agendar consulta com cardiologista pelo SUS. Orientamos a importância do uso correto dos medicamentos para controle das comorbidades.

Quarta visita domiciliar: (04/04/2018)

Paciente SSOQ relata paralisia e parestesia de membro inferior esquerdo sem causa aparente com início no dia 27 de março e duração de 5 dias. Também referiu episódios de diarreia necessitando de uso de fraldas geriátricas. Ao exame físico: REG, LOTE, corada, hidratada, afebril ao tato, acianótica e anictérica. PA: 180x110 mmHg. ACV: RCR em 2T, BNF S/S, FC 90 bpm. AR: MVF, S/RA. Membros inferiores com edema (1+/4+), movimentação passiva e ativa sem comprometimento, sem alterações de temperatura e cor. Glicemia casual: 307. Glicemia descompensada devido a falta da tomada dos medicamentos.

Durante o intervalo entre as visitas domiciliares, conseguimos marcar a consulta com o cardiologista no ambulatório da UNIFAN para o dia 02/04, no entanto a paciente não conseguiu comparecer à consulta devido à dificuldade de transporte até o local. Assim, reafirmamos a importância da consulta com este especialista para o seu caso e oferecemos ajuda com o transporte caso necessitasse para uma próxima consulta.

Quinta visita domiciliar: (16/05/2018)

Paciente SSOQ relatou que há cerca de um dia obteve piora, apresentando afasia, sialorreia, hipotonia e plegia bilaterais e em membros superiores e inferiores. Não procurou atendimento médico e não realizou uso de medicamentos. Relatou melhora espontânea e no dia da visita apresentava confusão mental e pouca melhora no quadro muscular. Exame físico: ACV: RCR em 2T, BNF S/S, FC 75 bpm, PA: 160x120 mmHg. AR: MVF, S/RA. Glicemia de jejum: 233.

Relatam que conseguiram a consulta com o cardiologista pelo atendimento particular e a liberação do risco cirúrgico para ooforectomia. À consulta com o cardiologista, no dia 16/04/2018, paciente SSOQ se apresentava assintomática do ponto de vista cardiovascular, apresentando apenas hipertensão arterial sistêmica como fator de risco importante. Ao exame

físico, ACV: RCR em 2T, BNF S/S, FC 70 bpm, PA: 130x80 mmHg. AR: MVF, S/RA. Abdome: abdome globoso, sem presença de visceromegalias. Membros inferiores: sem edema. Medicamentos em uso: atenolol 50 mg por dia. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, dentro dos limites da normalidade. Ecocardiograma com estresse: inconclusivo para isquemia miocárdica, fração de ejeção de 66%. Conclusão: paciente de baixo risco cardiovascular para realização de ooforectomia, NYHA I e GOLDMAN I.

SSOQ relatou que, apesar de conseguir a liberação do risco cirúrgico, ainda não conseguiu marcar a cirurgia devido a recusa da médica da UBS em liberar o laudo.

Diante desta problemática, escolhemos a paciente SSOQ para realizar o Arco de Maguerez, com foco para as dificuldades enfrentadas por uma usuária do SUS para conseguir um atendimento no serviço de média e alta complexidade (consulta com o cardiologista e ooforectomia, respectivamente). A problemática levantada no caso foi evidenciada durante as visitas domiciliares, as quais possibilitou uma visualização mais completa do seu contexto.

Dessa forma, refletimos sobre os seguintes aspectos:

- Quais possíveis fatores impedem a paciente de ter acesso rápido e um tratamento de qualidade, seja pelo SUS ou pelo Particular?
- Qual a relação da falta de apoio familiar com as dificuldades de acesso às consultas médicas e ao tratamento?

Com base no histórico coletado, evidenciamos a paciente com cisto em ovário esquerdo necessitando com urgência de uma cirurgia para cessar seu quadro clínico. Ademais, observamos também a longa fila para o atendimento ao cardiologista, demonstrando que o tempo de espera geralmente é incompatível com as necessidades e com o quadro clínico dos pacientes.

4.2 Etapa 2 - Pontos-chave

Considerando a contextualização da paciente e os fatores que a abrangem, elaboramos o problema central: Quais as dificuldades enfrentadas pela paciente para um acesso rápido e para um tratamento de qualidade pelo SUS?

De acordo com esse questionamento e o contexto da paciente, os aspectos que contribuem para a problematização são:

- Fatores biopsicossociais: doença incapacitante para deslocamento de longa distância; dor a locomoção; incapacidade de andar em transporte coletivo; dependência da filha

desempregada para ter acesso às consultas; ausência de carro próprio; baixa renda familiar; falta de apoio familiar para locomoção e pagamento dos exames.

- Fatores do SUS que limitam o acesso ao atendimento especializado: alta demanda para os profissionais especializados; demora no atendimento dos serviços secundários; longo tempo de espera para consulta de encaminhamento; ineficiência do atendimento primário.

- Aspectos da atenção primária que dificultam o atendimento médico adequado para sua necessidade em saúde são: poucas visitas médicas aos pacientes incapacitados; falta de relação médico-paciente; falta de comunicação entre ACS, enfermeira com a médica da equipe para explicar a situação da paciente.

A partir disso, elegemos pontos-chave para nortear e contribuir com a obtenção da solução da problematização: visita domiciliar; atenção primária; serviços de média e alta complexidade; acesso ao SUS.

4.3 Etapa 3 - Teorização Baseados nos pontos-chave

Existem inúmeros fatores que influenciam no acesso a serviços adequados: transporte, poder aquisitivo, educação, distância, relação população/ número de serviços de saúde, etc. No estudo de Uzelli GP *et al.* (2012) os principais fatores que dificultavam o acesso ao atendimento de saúde foram: distância do local de atendimento, tempo necessário para deslocamento, tipo e qualidade de transporte utilizado e cuidado com familiares dependentes.

Para Uzelli GP *et al.* aproximadamente metade dos pacientes que procuraram atendimento em nível terciário não faziam acompanhamento na unidade básica de saúde, indicando ineficácia na aplicação dos princípios de equidade e de hierarquização do SUS. Essa busca direta pelo nível terciário acontece por vários motivos: dificuldade de acesso aos níveis primários, serviço ineficaz, qualidade ruim do atendimento e cultura da população em ser atendida em hospitais. Ademais existem motivos para o não atendimento em nível primários como ausência de vaga e ausência de médico.

Portanto a insuficiência do atendimento no nível primário resulta no aumento da demanda do nível terciário. Além disso, o atendimento inadequado no serviço básico e a espera pelo atendimento especializado podem agravar do problema de saúde do paciente, exigindo um maior nível de complexidade de assistência.

Outro ponto importante é a oferta insuficiente de consultas em muitas especialidades que dificultam o acesso ao atendimento especializado. No entanto este problema não é

exclusivo do SUS, nos países da União Europeia a espera por cuidados especializados e por cirurgias eletivas é um dos principais problemas de saúde pública.

No Brasil, as possíveis causas do problema do acesso a consultas especializadas são: o número de vagas abaixo do normatizado, o número de médicos insuficiente, dificuldade de fixação dos médicos no interior, alta dependência do setor privado, redução da participação da União e do estado na oferta e no financiamento de serviços.

4.4 Etapa 4 - Hipótese de solução

Algumas hipóteses de solução para o caso da paciente são:

- Garantir que a paciente obtenha consulta com cardiologista para liberação do risco cirúrgico;
- Oferecer informações adequadas ao nível de entendimento da paciente sobre a importância do controle das comorbidades para evitar complicações cirúrgicas.

4.5 Etapa 5 - Aplicação à realidade

A implementação das hipóteses de solução ocorreu num período de 5 semanas, sendo que as intervenções decorreram de:

- Orientações à paciente durante visitas domiciliares pautadas no controle das comorbidades, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, buscando facilitar obtenção do risco cirúrgico e melhor qualidade de vida;
- Agendamento de consulta com médico cardiologista no ambulatório de especialidades médicas da UNIFAN e auxílio à paciente para deslocar-se até o local de consulta, garantindo a cessão ao serviço de saúde de que necessitava;
- Avaliação final para obter relato da paciente sobre o seguimento do seu acesso aos serviços de saúde.

Durante as visitas domiciliares, buscamos um ambiente favorável, tranquilo e uma linguagem acessível ao grau de instrução da paciente. Assim, construímos um vínculo de confiança entre a paciente e os acadêmicos de medicina, permitindo uma melhor adesão às orientações propostas.

Ao avaliar o contexto da paciente na última visita, podemos afirmar que a realidade do SUS não condiz com o que é preconizado em seus princípios norteadores. Dessa forma, foi

necessário recorrer a outras formas de atendimento especializado a saúde, como ambulatórios acadêmicos e a serviços particulares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo confirma os achados na literatura que indicam o elevado tempo de espera como a principal consequência do atual sistema de saúde brasileiro. Esse contexto refletiu na saúde da nossa paciente, visto que seu quadro álgico permaneceu durante a espera e não foi possível a substituição do medicamento anti-hipertensivo (Atensina) que está em falta no mercado. Outro ponto agravado por esse cenário é a situação econômica das pacientes, uma vez que a paciente RMQS, capaz fisicamente de trabalhar, está limitada devido aos cuidados prestados a mãe.

Portanto, as principais dificuldades identificadas no estudo para o acesso a serviços de saúde especializados são o deslocamento para o local de atendimento, a fila de espera, e a dependência do paciente que fica aos cuidados dos familiares. Esses fatores decorrem da redução da resolutividade da atenção básica, da retenção de pacientes na atenção especializada e do dimensionamento e organização da oferta dos serviços.

Logo, a insuficiência do atendimento no nível primário resulta no aumento da demanda do nível terciário. Além disso, o atendimento inadequado no serviço básico e a espera pelo atendimento especializado podem agravar do problema de saúde do paciente, exigindo um maior nível de complexidade de assistência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B. *et al.* Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012.

SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Curitiba, v. 22, n. 4, p. 1109-20, 2017.

TESSER, C. D. *et al.* Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 941-51, 2017.

UZELLI, G. de P. *et al.* Avaliação das dificuldades enfrentadas pelo paciente para realização de uma consulta médica de nível terciário. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3 p. 207-12, 2012.