

TRAJETÓRIAS PERCORRIDAS POR USUÁRIOS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR ATÉ A INTERNAÇÃO HOSPITALAR***PATHS DRIVEN BY USER WITH CARDIOVASCULAR DISEASE TO HOSPITALIZATION******TRAYECTORIA RECORRIDA POR LOS USUARIOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR HASTA LA HOSPITALIZACIÓN***

Tatiane Partzsch Camacho¹
Michele Cristiene Nachtigall Barboza²
Adriana Roesse³

Doi: 10.5902/217976928233

RESUMO: **Objetivo:** identificar a trajetória percorrida pelos usuários com diagnóstico de doença cardiovascular associado à hipertensão arterial sistêmica, internados em um hospital de grande porte do município de Pelotas/RS. **Método:** optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de investigação dos prontuários e de entrevistas semiestruturadas que foram realizadas no mês de outubro de 2010, sendo que dez usuários participaram da pesquisa. **Resultados:** identificou-se que apresentaram trajetórias das mais variadas, sendo parte delas iniciadas em outras localidades. Também se identificou diferentes portas de entrada no sistema, como serviços privados e públicos nos diferentes níveis de atenção. **Considerações finais:** os usuários acessam o sistema de diferentes formas. Acredita-se que o profissional de saúde poderia ser a “porta de entrada” do sistema, uma vez que proporcionaria um melhor acolhimento ao usuário, facilitando o acesso do mesmo e a resolutividade do seu problema de saúde.

Descritores: Hipertensão; Sistema único de saúde; Serviços de saúde; Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT: **Aim:** to identify the way traveled by users with a diagnosis of cardiovascular disease associated with systemic arterial hypertension, hospitalized in a large hospital of Pelotas/RS. **Methods:** we chose a qualitative research. Data were obtained through investigation of records and semi-structured interviews that were conducted on October 2010, and ten users have participated in the research. **Results:** it was identified that they have showed the most varied trajectories, and part of them has started in other locations. It was also identified different gateways to the system, such as private and public services at different levels of attention. **Conclusion:** users access the system in different ways. It is believed that the health professional could be the system “gateway”, because it would provide a better reception to the user, facilitating his access and the resolution of his health problem.

Descriptors: Hypertension; Unified health system; Health services; Cardiovascular diseases.

RESUMEN: **Objetivo:** identificar la trayectoria recorrida por los usuarios con un diagnóstico de la enfermedad cardiovascular asociado con la hipertensión arterial sistêmica, internados en un hospital de gran porte de Pelotas / RS. **Método:** se optó por una investigación cualitativa. Los datos fueron obtenidos mediante la investigación de los registros y entrevistas semiestructuradas que fueron realizadas en octubre de 2010, y diez

¹Enfermeira. Acadêmica do Curso de Especialização MBA em Gestão Hospitalar. Hospital Universitário São Francisco de Paula, Pelotas, RS, Brasil. Email: camacho.tatiane@gmail.com

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Email: michelenachtigall@yahoo.com.br

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: adiroese@gmail.com

usuarios participaron de la pesquisa. **Resultados:** se identificó que mostraron las trayectorias más variadas, y parte de ellas se inició en otros lugares. También fue identificada las diferentes puertas de entrada al sistema, como los servicios públicos y privados en los diferentes niveles de atención. **Consideraciones finales:** los usuarios acceden al sistema de diferentes maneras. Se cree que el profesional de la salud podría ser la "puerta de entrada" del sistema, ya que proporcionaría una mejor recepción para el usuario, facilitándole el acceso y la resolución de su problema.

Descriptor: Hipertensión; Sistema único de salud; Servicios de salud; Enfermedades cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, sendo único, porque segue as mesmas diretrizes e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional. Ele é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com gestão única em cada esfera do governo e com participação social.¹

A organização do SUS se deu por meio da implantação de modelos assistenciais que foram desenvolvidos ao longo do século XX, motivados por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico-industrial.²

Um modelo clássico implantado no SUS foi o da pirâmide, na qual a Atenção Básica fazia parte da base, os serviços de Média Complexidade formavam a parte intermediária e os serviços de Alta Complexidade faziam parte do topo da pirâmide. Desta maneira, representando a possibilidade de uma racionalização de atendimento, de forma que o fluxo ocorresse nos dois sentidos, realizando um mecanismo de referência e contrarreferência. Nesta perspectiva, a referência seria responsável pelo atendimento de maior grau de complexidade e a contrarreferência pelo atendimento de menor grau de complexidade.³⁻⁴

Visto isso, discute-se o modelo tecno-assistencial em saúde, no qual se defende a ideia de que seria mais adequado pensar o sistema de saúde como um círculo com várias "portas de entrada", localizado em vários pontos do sistema, e não mais em uma base, como é inicialmente proposto. Neste sentido, seria mais adequado "oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião adequada".^{4:469}

Atualmente se pensa em uma nova lógica, a proposta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) que vem sendo discutida como uma possibilidade de reorientação do modelo assistencial no Brasil, uma vez que ele tem a família como centro de atenção e não apenas o indivíduo doente. Porém, este já vem enfrentando críticas, pois se acredita que para haver a implantação de um novo modelo é necessária a formação de um novo profissional.⁵

Os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, rede essa conceituada como sendo uma maneira de organizar os serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade, permitindo a articulação entre os serviços, para que o usuário possa ter acesso conforme a sua necessidade, agindo juntamente com outra estratégia, as linhas de cuidado.^{1,6}

As linhas de cuidado apresentam um mecanismo de acesso e acolhimento em todos os serviços da rede, independente da "porta de entrada", porém a saída não tem uma determinação, ela só existirá quando houver uma resolutividade e autodeterminação dos usuários.⁷

A partir do exposto, é possível observar que o SUS foi organizado para atender às necessidades dos usuários. Entretanto, nota-se que esse atendimento não está sendo eficaz visto isso, principalmente, quando ainda depara-se com a superlotação dos serviços de emergência. Portanto, pensa-se que, no momento, a melhor saída para o usuário é escolher a melhor trajetória que é compreendida como a sequência de recursos para o cuidado da

saúde buscado pelo usuário, para minimizar ou solucionar este problema. Essa trajetória pode ser realizada de várias maneiras, de forma que atenda à necessidade do usuário.⁸⁻⁹

Observa-se ainda que os serviços de saúde poderiam ser estruturados de forma que as trajetórias estivessem organizadas com clareza para que o usuário tivesse conhecimento de que caminho traçar para conseguir o atendimento, com resolutividade e suprindo sua necessidade. É possível observar que os usuários buscam percorrer o fluxo do sistema, seguindo o conceito de que este é “a busca por uma ação terapêutica e/ou trajetória percorrida por eles à procura do atendimento, estando este fluxo vinculado a todos os esforços realizados para alcançar a resolutividade”.^{10:45}

Em estudo realizado com uma população de hipertensos, foi possível identificar que uma parte dela desconhece ser hipertensa e, muitos daqueles que têm o diagnóstico de hipertensão, não fazem o tratamento da maneira correta. Nesse, estimou-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e, em torno de 25% dos infartos ocorridos em usuários com hipertensão, poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.¹¹

Dados estatísticos apontam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças expressa por anos perdidos de vida saudável. Desta forma, constituindo uma série de problemas de Saúde Pública, tanto nos países ricos, como nos menos desenvolvidos. Isso quer dizer que as DCNT, além de já serem consideradas um problema de Saúde Pública, geram um grande gasto financeiro aos poderes públicos.¹²

No presente estudo, optou-se por trabalhar usuários com diagnóstico de Doença Cardiovascular (DCV) associado à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois é comum se encontrar usuários em unidades básicas de saúde, pronto-socorros e hospitais com essas patologias, devido a sua alta incidência. E, ainda, na área hospitalar, é possível observar que alguns usuários poderiam ter evitado sua internação, uma vez que se encontravam ali porque tiveram descompensação da diabetes ou até mesmo por um pico hipertensivo, ocasionando, por exemplo, um acidente vascular cerebral, tendo, assim que enfrentar um pronto-socorro lotado para conseguir uma internação.

Ressalta-se que existem situações evitáveis e que as doenças crônicas não são consideradas caso de internação hospitalar, pois é possível manter a doença estabilizada com o acompanhamento adequado. Junto a isso, conhecendo a proposta do SUS, que visa à promoção da saúde, acredita-se não ser aceitável que os usuários não recebam um cuidado eficaz, independente da “porta de entrada” utilizada pelos mesmos, seja ela unidade básica, hospital, ou outra.

Desta forma, a questão norteadora desenhada a partir da problemática apresentada é “Qual a trajetória percorrida pelos usuários com diagnóstico de DCV associado à HAS, hospitalizados”? Para tanto, tem-se por objetivo, analisar a trajetória dos usuários com diagnóstico de DCV associado à HAS, hospitalizados em um hospital de grande porte do município de Pelotas/RS.

MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como qualitativo, do tipo descritivo e exploratório.¹³ A pesquisa foi realizada em unidades clínicas de atendimento SUS, de um hospital de grande porte do município de Pelotas/RS, no mês outubro de 2010.

Os sujeitos do estudo foram dez usuários internados no referido hospital, com diagnóstico de DCV associado à HAS, que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa. Os critérios para participar do estudo foram: ser maior de 18 anos, estar internado em uma das Unidades Clínicas do hospital escolhido para a realização do estudo, ter o diagnóstico de DCV associado à HAS e utilizar exclusivamente a internação pelo SUS. Em alguns casos foi entrevistado também o familiar que acompanhava o sujeito na internação.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada junto aos sujeitos e a investigação de seus prontuários, de forma complementar à entrevista. A análise dos dados ocorreu por meio de análise de conteúdo e de categorização temática.¹³

A fim de garantir os princípios éticos e o anonimato dos participantes do estudo, os usuários foram identificados pela sequência de algarismos romanos. Os princípios éticos que nortearam a pesquisa estão em conformidade ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, e com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.¹⁴⁻¹⁵ O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob o parecer 149/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dez usuários foram entrevistados, sendo que a idade destes variou de 58 anos a 86 anos, a maioria do sexo feminino, ensino fundamental incompleto e, somente uma chegou a cursar o ensino médio. Em relação à ocupação, praticamente todos eram aposentados.

A trajetória dos usuários até a internação hospitalar

As trajetórias dos usuários foram as mais variadas, tendo destaque os municípios de origem dos mesmos e o primeiro serviço a ser procurado. Salienta-se que serão descritas as sete trajetórias percorridas pelos dez sujeitos do estudo.

Primeiramente, serão expostas as trajetórias dos usuários residentes do município de Pelotas (Trajetórias I, II, III e IV; Sujeitos V, VI, VII, VIII e IX) e, logo após, serão apresentadas as dos usuários que não residem neste município (Trajetórias V, VI e VII; Sujeitos I, II, III, IV e X).

A trajetória I foi percorrida por dois dos entrevistados que necessitaram de atendimento, um deles morador do 5º distrito de Pelotas (Cascata), distante do centro (sujeito VIII), e o outro, sujeito V, de um bairro da periferia. Os mesmos se deslocaram até a Unidade de Saúde próxima de suas residências, onde foram avaliados e, detectada a necessidade de um atendimento especializado. Então, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi acionado, havendo o encaminhamento dos usuários até o Pronto Socorro Municipal (PSM), sendo que lá permaneceram por alguns dias para após serem transferidos para internação hospitalar.

Essa trajetória permite observar que, na realidade, a Unidade Básica de Saúde (UBS) não tem suporte para referenciar o usuário diretamente para uma internação hospitalar, ou seja, não permitindo o acesso direto do usuário a um atendimento de média ou alta complexidade. Essa situação pode ser observada no relato do familiar do sujeito V.

*Eu levei ele para o postinho e o posto encaminhou para o Pronto Socorro, lá ele ficou uma semana e depois veio para cá [hospital].
(Familiar do Sujeito V)*

Esta fala remete à expressão “porta de entrada” que tem a possibilidade de ser entendida como o primeiro contato na vida do sujeito com o sistema de saúde.¹⁶ Corroborando com o autor e com os relatos das entrevistas, é possível inferir que, por mais que a atenção básica seja considerada a “porta de entrada”, ela nem sempre vai conseguir suprir a necessidade do usuário. Isso pode ser visto quando os usuários relataram que os profissionais da UBS viram a necessidade de acionar um serviço de maior complexidade para conseguir promover a resolutividade do problema, como ocorreu com o sujeito VII.

[...] *O posto de saúde [1º serviço procurado]. Ele tinha feito exames, foi buscar o resultado [no centro da cidade] para levar no posto. Levou o médico de lá olhou e daí acionaram a SAMU e levaram ele para o Pronto Socorro. Lá ele ficou por alguns dias até vir aqui para [hospital].* (Familiar do Sujeito VII)

Entretanto, a rede básica não é considerada “porta de entrada” para todos os usuários, como é possível observar na trajetória II, que foi percorrida por um usuário (sujeito VI) que reside na zona rural de Pelotas (9º distrito), distante do centro da cidade. O usuário não tem costume de utilizar os serviços da Unidade de Saúde da localidade onde reside, o mesmo tem o PSM como primeira opção, por considerar que a UBS não funciona todos os dias e não disponibiliza um serviço completo. Na fala a seguir é possível também observar a falta de entendimento da população em relação ao atendimento prestado pela atenção básica e a organização em rede.

[...] *o posto funciona dois dias na semana [...] não sei se é porque não tem médico suficiente. [...] Então não é o caso de que a gente não gosta do atendimento, é difícil o acesso ao atendimento, no caso o pessoal vai 3h, 4h para arruma duas ou três fichas no máximo, não tem porque a gente ir para lá. Não é um posto completo, não tem raio-x, não tem exame, não tem nada, pouco adianta [...].* (Sujeito VI)

O conceito esperado para acesso ao serviço de saúde, seria a possibilidade do usuário ingressar em uma unidade de saúde próxima de sua residência, onde fosse possível receber um bom atendimento e, caso fosse necessário, seria feito o encaminhamento a outro nível de atenção, sem espera, com intuito de alcançar a resolutividade.¹⁰

Porém, a população acaba considerando o SUS ineficiente, caótico e de qualidade questionável, devido à visão negativa que é passado para o mesmo, a partir do momento que não há um bom atendimento na atenção básica e os serviços de emergência encontram-se lotados.⁸

Já a trajetória III, caracteriza-se pela busca a serviços particulares, mas que resulta em uma internação pelo SUS. Primeiro aconteceu a busca pelo serviço que pagava mensalmente, onde foi atendida (sujeito VII), mas a resposta obtida não foi satisfatória, sendo então necessário buscar outro serviço, privado também, o qual a encaminhou para a internação hospitalar, pelo SUS.

Em estudo realizado sobre o mix público privado no sistema de saúde, os resultados obtidos apontam que 15,4% da população que possui plano de saúde são internadas pelo SUS.¹⁷

Como é possível observar, pelas entrevistas realizadas e pela fundamentação teórica, grande parte da população brasileira se utiliza dos serviços de saúde do SUS, até mesmo aqueles que pagam por algum tipo de assistência suplementar. Essa situação acontece, principalmente, quando necessitam realizar procedimento de maior custo.

O uso de serviços particulares ou convênios/planos de saúde acabam consolidando novas portas de entrada ao sistema de saúde, gerando interferências no mesmo. Pensa-se que a regulação do sistema de saúde e a implantação das questionáveis Redes de Atenção à Saúde vêm desenvolvendo o trabalho de organização do sistema.

A usuária (sujeito IX) que percorreu a trajetória IV reside em um bairro que é contemplado pela ESF e, a mesma, também possui assistência suplementar. Ela buscou, primeiramente, o serviço pago, foi encaminhada para uma consulta médica especializada, na qual não teve seu problema completamente resolvido. Após alguns dias, acionou o

SAMU, foi encaminhada para o PSM, local em que permaneceu durante algumas horas, tendo seu problema parcialmente resolvido e sendo então liberada. Esse episódio foi repetido por três vezes até ocorrer à internação hospitalar. No meio disso, recebeu uma visita domiciliar da médica da UBS próxima de sua residência.

Nessa trajetória é possível observar que ocorreu a busca por diferentes serviços de saúde, entretanto, houve dificuldade em obter a resolutividade do problema, conforme demonstrado no relato abaixo.

Esse médico [...], pelo convênio que eu pago. Dessa vez a gente levou ela lá, ele mandou bater um eletro, e depois do resultado ele encaminhou ela para um cardiologista, no caso particular, que trocou toda medicação [1º serviço buscado]. [...] acho que foi uns 15 dias [após a consulta] [...] Das duas vezes que a gente chamou o SAMU foi por causa da pressão alta. (Sujeito IX)

Sabe-se que a referência e a contrarreferência está relacionada à trajetória percorrida pelos usuários, uma vez que, no momento em que eles buscam o serviço de saúde, o fluxo passa a envolver os diferentes níveis de atenção para atender as necessidades, passando pela atenção básica, média e alta complexidade.¹⁰ Esse é o anseio dos usuários ao seguir suas trajetórias, entretanto os mesmos, algumas vezes, viram a necessidade de agir por conta própria e buscar diferentes serviços de saúde para solucionar o seu problema.

Até o momento, analisando-se os resultados do estudo, é possível observar que os usuários que residem no município de Pelotas enfrentam dificuldades para conseguir atendimento e, conseqüentemente, a internação hospitalar. A seguir serão descritas as trajetórias dos usuários que não residem no município, e é possível observar que os mesmos enfrentam problemas semelhantes para obter a resolutividade do seu problema.

Para tratar a trajetória percorrida por usuários que não residem no município, faz-se necessário discutir a questão da regionalização em saúde. Esta tem o intuito de garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais, promovendo a equidade da assistência.¹⁸

A Regionalização da Saúde tem o objetivo de proporcionar acesso aos usuários do SUS, permitindo o acesso aos serviços de saúde que proporcionem a resolutividade do problema apresentado, em referências intermunicipais, próximas as suas residências.⁹

A trajetória V foi percorrida por uma usuária (sujeito III) que reside em Porto Alegre e estava em Arambaré antes da internação. A mesma sentiu a necessidade de buscar um serviço de saúde, destacando-se primeiramente à unidade de saúde de Arambaré, que a encaminhou para o serviço de referência da região, no município de Camaquã. Neste serviço o suporte não foi suficiente e houve a necessidade da transferência para um serviço de maior complexidade tecnológica.

[...] Em Camaquã ela foi atendida, foi medicada, porque ela chegou lá muito grave. Para Porto Alegre não tinha como porque não tinha leito ou ficava esperando no corredor, mas ela precisava de uma UTI naquele momento, então a alternativa foi Pelotas. (Familiar do Sujeito III)

Como foi possível observar, a regionalização tem como um dos intuitos, promover a resolutividade aos usuários em um espaço microrregional. Entretanto, nem sempre é possível, uma vez que a política de gestão nem sempre consegue proporcionar suporte suficiente para atender toda população de abrangência.

Na trajetória VI, a usuária (sujeito II), residente em Rio Grande, já estava internada em seu município de origem há algum tempo e ocorreu a necessidade de transferência para a realização de exames, segundo relatos na entrevista.

Eu estava internada há 2 meses no [hospital] em Rio Grande, aí fiz os exames, eles não conseguiram fazer um que queriam [...] pediram a minha transferência para cá (Hospital de Pelotas). (Sujeito II)

Já a trajetória VII iniciou da mesma maneira para três dos sujeitos do estudo, que foi a saída da localidade onde residiam em busca de um serviço de saúde. No primeiro caso, a usuária (sujeito IV) saiu de seu município, foi atendida por um médico, de seu convênio, que orientou a mesma a buscar o serviço de emergência, no caso o PSM de Pelotas.

Me mandaram para o PSM, [...], tive três ou quatro dias no PSM, depois vim para o leito 22 [...]. (Sujeito IV)

No segundo caso, a trajetória foi percorrida por uma usuária brasileira (sujeito I) que estava residindo em município uruguaio, na fronteira do País, sentiu a necessidade de buscar um serviço de saúde, então se deslocou para o Brasil para ser atendida. A usuária recebeu o primeiro atendimento, foi avaliada e, visto a necessidade de um serviço de maior complexidade, foi transferida para outros municípios, primeiro para Rio Grande e após para Pelotas.

Saimos da Coxilha/Rio Branco fomos para Jaguarão, depois Rio Grande e de lá encaminharam para o PSM de Pelotas. (Sujeito I)

Já o terceiro usuário (sujeito X), saiu de seu município, buscou primeiramente o PSM de Pelotas, entretanto não saiu satisfeito do local, acreditou que seu problema não estivesse resolvido. Sentiu então a necessidade de procurar por um serviço particular do qual foi encaminhado para a internação hospitalar.

Eu estive no PSM, bati um eletro e disseram que não tinha nada, mas aí achei que não tava normal, daí eu vim aqui no consultório [...] bati outro eletro e já me mandou direto para a UCTI. (Sujeito X)

Pode-se observar que ocorreu a procura, por parte dos sujeitos, ao PSM. Muitas vezes, essa busca ocorreu devido à cultura de que os serviços de emergência são locais que têm melhor capacidade técnica e humana. Entretanto, como foi possível identificar no relato do Sujeito X, a realidade não é bem essa, uma vez que, a grande demanda do local e as condições de trabalho podem provocar uma atitude equivocada do profissional, impedindo a resolutividade do problema.

A superlotação dos serviços de emergência tornou-se um fenômeno mundial. Questões como leitos ocupados, pacientes acamados em corredores, horas de espera por atendimento e a alta tensão na equipe assistencial, passaram a ser as características de um local de atendimento de emergência. Essa situação acaba gerando uma baixa qualidade assistencial.¹⁹

Pensa-se que cada usuário segue uma trajetória conforme a sua necessidade até obter a solução do seu problema. Logo, entende-se que o serviço de saúde poderia estar estruturado de maneira que a trajetória de cada usuário seguisse uma lógica de encaminhamento e atendimento, em que o usuário passaria a conhecer o fluxo a ser seguido, não necessitando traçar vários caminhos para chegar ao seu objetivo, que é o controle ou a cura da doença.⁹

Uma questão importante, nessa discussão, é quanto à necessidade de os profissionais dos diferentes níveis de atenção se comunicarem, comprometendo-se mais com o cuidado ao usuário na comunidade, visto que o sistema de referência e contrarreferência ainda não estava consolidado na realidade que foi investigada.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados trazidos pelo estudo apontam que os usuários percorreram as mais variadas trajetórias para alcançar a resolutividade do seu problema de saúde, muitas vezes por desconhecer os serviços prestados próximo as suas residências ou por considerar outro serviço mais eficaz.

Pode-se observar também a fragilidade do sistema, tendo em vista que foi necessário percorrer diferentes trajetórias, pelos usuários, até mesmo se deslocar do município de origem, na busca pela resolutividade, ficando evidente que nem sempre utilizar a atenção básica como “porta de entrada” do sistema é a melhor opção.

Em relação aos profissionais, colocando em foco o enfermeiro e, considerando algumas das suas atribuições, principalmente, o dever de promover a saúde e a qualidade de vida dos usuários, espera-se que os mesmos deem maior atenção aos usuários com doenças crônicas. Esta expectativa advém a partir dos dados do estudo e da vivência acadêmica, sendo possível perceber que existem falhas no sistema, por vezes devido à falta de recursos humanos e/ou materiais. E ainda, por estar-se tratando de diagnóstico evitável, seria interessante dar uma ênfase maior a esses indivíduos, já que se sabe que é possível promover a prevenção e a promoção da saúde quando existe um bom vínculo com os mesmos.

Por fim, considerando que a política de gestão proporciona suporte aos profissionais, seria interessante ter o profissional da saúde como “porta de entrada” do sistema, em diferentes serviços de saúde, uma vez que proporcionaria um melhor acolhimento aos usuários e, conseqüentemente, facilitaria o acesso. Desta forma, pensa-se que se evitaria a busca, do usuário, por vários serviços, visto que o mesmo teria a garantia da resolutividade do seu problema, tanto no nível de baixa, média ou alta complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 1988 out 5. Seção 1, p. 1-50.
2. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2004.
3. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2008 [acesso em 2011 mar 23];7(1):65-72. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/3211>.
4. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997;13(3):469-78.
5. Rosa WAG, Labete RC. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2005 [acesso em 2011 mar 23];13(6):1027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>.
6. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde. In: Silva SF, organizador. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas (SP): Idisa, Conasems; 2008.



7. Ceccim RB, Ferla AA. Linhas de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2006.
8. Novakoski LE. As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde. In: Raynaut C, et. al. *Desenvolvimento e meio ambiente: em busca da interdisciplinaridade*. Curitiba (PR): Editora da UFPR; 2002.
9. Rotoli A. Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer: assimetrias no atendimento em um Município da região Noroeste do Rio Grande do Sul [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
10. Roesse A. Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
11. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):885-95.
12. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-311/2007, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
15. Ministério da Saúde (BR) Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
16. Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2007.
17. Santos IS, Uga MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1431-40.
18. Müller, AMC, Possa, LB. A regionalização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul: uma experiência em construção na 4ª região de saúde. *Divulg Saúde Debate*. 2001;(23):21-9.
19. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(7):1439-54.
20. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2011 [acesso em 2013 mar 20];1(1):31-40. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2337/1509>.

Data de recebimento: 19/03/2013

Data de aceite: 21/11/2013

Contato com autor responsável: Adriana Roesse

Endereço: Rua São Manoel, 963 - Campus da Saúde - Porto Alegre/RS

E-mail: adiroese@gmail.com