



Revista
Saúde Integrada
ISSN 2447-7079

BAIXA RESOLUTIVIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM PROBLEMA VIGENTE

Thailene Martins Siochetta

Farmacêutica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde – PPGAIS, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- UNIJUÍ, em Parceria com a Universidade de Cruz Alta- UNICRUZ. Email: thailenemartins@hotmail.com

Angelica da Silva

Biomédica. Especialista Multidisciplinar em Oncologia- Universidade de Cruz Alta- UNICRUZ. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde- PPGAIS, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-UNIJUÍ, em Parceria com a Universidade de Cruz Alta- UNICRUZ. Email: angelica-anjos@hotmail.com

Andrea Cristiane Beuren

Médica. Especialista em Endocrinologia pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Aluna do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS), Mestrado associado UNIJUÍ/UNICRUZ. Email: andrea.beuren@gmail.com

Simone Daniela Melo de Almeida

Enfermeira. Especialista em Didática e Metodologia da Pesquisa pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação (CENSUPEG). Aluna do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS), Mestrado associado UNIJUÍ/UNICRUZ. Email: symone_m.a@hotmail.com

RESUMO

A revisão narrativa que segue visa refletir e discutir sobre as possíveis causas da baixa resolutividade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, visto que este é um grande problema no país. Trata-se de um estudo teórico reflexivo, que apresenta situações consideradas problemas e alternativas para a melhoria das mesmas. O estudo foi construído a partir da Metodologia Problematizadora (MP), proposta por Charles Maguerez, tendo como referência a construção do Método do Arco, no qual contempla cinco etapas: 1-observação da realidade/problemas (problematização); 2-identificação dos ponto-chaves; 3-teorização da literatura; 4-criação das hipóteses resolutivas; 5-aplicação na realidade. A partir da MP, foram apresentados problemas e alternativas de solução para a baixa resolutividade na RAS, que podem servir como guias para o melhor funcionamento nos serviços de saúde. Além disso, a utilização da MP para a identificação de problemas e criação de hipóteses resolutivas se constitui uma ferramenta útil tanto nas instituições de ensino quanto nas instituições de saúde, contribuindo para a formação de estudantes e profissionais críticos e reflexivos.

Palavras-chave: políticas públicas, serviços de saúde, saúde pública, assistência à saúde.

ABSTRACT

The narrative review that follows aims to reflect and discuss the possible causes of the low resolution in the Health Care Network (RAS) in Brazil, since this is a big problem in the country. This is a reflexive theoretical study, which presents situations considered

p. 190-203

problems and alternatives for their improvement. The study was constructed from the Problem Methodology (MP), proposed by Charles Maguerez, with reference to the construction of the Arc Method, in which it contemplates five stages: 1-observation of reality / problems (problematization); 2-point identification of keys; 3-theorizing of the literature; 4-creation of the operative hypotheses; 5-application in reality. Problems and alternatives of solution to the low resolution in SAN were presented from the PM, which can serve as guides for better functioning in health services. In addition, the use of PM to identify problems and create problem-solving hypotheses is a useful tool both in educational institutions and health institutions, contributing to the training of students and professionals critical and reflective.

Keywords: public policies, health services, public health, health care.

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1990, a saúde passou a ser reconhecida como um direito assegurado pelo Estado, norteado por princípios organizativos, entre eles, a universalidade e a igualdade de acesso em todas as ações e serviços da assistência em saúde (GOMIDE et al., 2018). Para garantir que esses direitos fossem assegurados a todos os usuários do sistema, a Política Nacional de Atenção Básica organizou o componente da Atenção Básica a partir de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas por sua vez, são formadas por meio de relações horizontais entre os pontos de atenção (BRASIL, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde, normatizada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 4.279/2010, e revisada pela Portaria nº 2.436/2017, constitui-se como uma estratégia para atender de forma contínua as necessidades de saúde da população, através de um cuidado integral (BRASIL, 2010). Neste contexto, entende-se que a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS é a Atenção Primária e/ou Básica e esta deve ser coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. De acordo com a Portaria nº 2.436/2017, a RAS constitui-se de um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, além de ações de tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

O trabalho realizado pelos profissionais de saúde na RAS objetiva o cuidado integral, ofertada integralmente e gratuitamente as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando seus determinantes e condicionantes de saúde e, portanto ela é o contato prioritário do indivíduo com toda a rede de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com Gomide et al. (2018), o Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a construção de arranjos organizacionais na assistência, de forma que diferentes conjuntos de atendimentos em saúde sejam articulados entre si, unidos por objetivos comuns através de uma ação cooperativa e interdependente. Porém, sabe-se que há vários contrapontos neste sistema, com inúmeras carências e limitações que são enfrentadas diariamente, seja pela população, ou pelos profissionais que atuam

nessas redes de atendimento, o que por sua vez, pode contribuir para a baixa resolutividade nas RAS.

O conceito de resolutividade tem como sinonímia o ato de solucionar, dar solução a algo. Nos serviços de saúde, a resolutividade é uma forma de avaliar esses serviços por meio dos resultados obtidos durante o atendimento ofertado ao usuário (D'AGUIAR, 2001).

Na década de 1980, com o modelo hegemônico médico-centrado, a resolutividade relacionava-se à solução dos problemas de saúde trazidos pelos usuários e à satisfação do paciente e do médico. Assim, um serviço era considerado mais resolutivo se fosse capaz de solucionar a maior parte dos problemas que lhe fossem apresentados (TURRINI et al., 2008).

Atualmente, com a proposta do modelo Integral à Saúde, o conceito de resolutividade extrapola essa ideia e possui outras dimensões. Além da efetividade do serviço, avalia também dois indicadores: a integralidade do serviço e o acesso universal em todos os pontos da rede (D'AGUIAR, 2001; TURRINI et al., 2008).

A resolutividade não compreende exclusivamente a cura de doenças, mas também, o alívio ou a minimização do sofrimento e a promoção e manutenção da saúde. Por sua vez, a resolutividade pode ser avaliada em dois aspectos: no próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e no encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos especializados dentro do sistema de saúde, que vão desde a consulta inicial, os exames e o tratamento do usuário no serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) até a solução de seu problema em outros níveis de atenção (TURRINI et al., 2008).

A partir deste contexto, esse estudo visa refletir e discutir acerca da baixa resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, elencar alguns problemas que são observados em nosso meio e propor alternativas (hipóteses resolutivas), para que sirvam de guias para um melhor funcionamento e resolutividade dos serviços de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativo e reflexivo, a partir da utilização da Metodologia Problematizadora (MP) na disciplina de Políticas Públicas em Saúde do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde – UNIJUÍ/UNICRUZ. A disciplina tem por ementa abordar o modelo atual de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sua organização em rede, operacionalização, gestão, financiamento e avaliação, com vistas a compreender as políticas públicas como instrumento de garantia de acesso universal à saúde.

A Metodologia Problematizadora foi inicialmente proposta por Charles Maguerez, tendo como referência a construção do Método do Arco. Este método é composto por cinco etapas desenvolvidas a partir da observação real da vida em sociedade. Seguiram-se os passos que constituem o arco: 1-observação da realidade (problematização), 2-identificação dos pontos-chaves, 3-teorização, 4-criação de hipóteses resolutivas, e 5-aplicação à realidade (VILLARDI et al., 2015).

Na primeira etapa, as pesquisadoras discutiram os desafios da Saúde Pública no Brasil, em particular na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de identificar as dificuldades, carências e discrepâncias de várias ordens, que

posteriormente foram transformadas em problemas (problematização). Neste momento identificou-se que a baixa resolutividade do atendimento em saúde é um problema vigente e complexo, que envolve todos os participantes da RAS, sendo este o problema a ser explorado pelas pesquisadoras. Na segunda etapa, foram identificados os pontos chave para a baixa resolutividade, possibilitando o desenvolvimento de críticas e reflexão sobre as possíveis causas desse problema. Na terceira etapa, ocorreu a teorização, através do estudo e investigação por meio de revisão bibliográfica, realizada no mês de Junho de 2018, através de buscas nas bases de dados Scielo – *Scientific Electronic Library*, Google Acadêmico e BVS Brasil – Biblioteca Virtual em Saúde. Com a busca na literatura foi encontrado publicações que permitiram afirmar os ponto-chaves e formular as hipóteses de solução, embasadas cientificamente, consistindo na construção da quarta etapa do Arco de Magueréz. Para realização da quinta etapa do arco, posteriormente este trabalho poderá ser publicado e oferecido para que todos possam ter acesso, para que as alternativas resolutivas possam ser oferecidas e aplicadas na realidade.

RESULTADOS

Partindo-se da observação da realidade no atual contexto do sistema de saúde que nos deparamos, foi definido como problema, a baixa resolutividade nos sistemas de saúde. A partir disso, foram construídas hipóteses explicativas, ou possíveis causas para o problema, consideradas ponto-chaves, tais como:

1. Dificuldades no sistema de Referência e Contra referência;
2. Carência de Educação Continuada e Permanente nos serviços de saúde;
3. Insatisfação dos profissionais de saúde;
4. Superlotação nos pontos de atendimento da Rede de Atenção à Saúde.

Desta maneira, passamos a abordar estes pontos na teorização, onde foi realizado um aprofundamento teórico para ancorar na literatura as hipóteses explicativas como causas do problema:

1. Dificuldades no sistema de Referência e Contrarreferência

O Sistema de Referência e Contrarreferência foi criado para contribuir com o acesso e a circulação correta do paciente dentro da RAS, norteando o mesmo para que possa ser assistido em todos os pontos de atenção. Porém, se o sistema não estiver funcionando corretamente ou não estiver implantado, ocorrerão diversos problemas, tanto para o paciente, que poderá ter seus problemas de saúde agravados pelo tempo perdido, quanto para o sistema, que terá maiores gastos muitas vezes desnecessários com exames e consultas, por exemplo. Neste sentido, o sistema de referência e contrarreferência parece ser uma alternativa que poderá contribuir com a organização dos serviços, pois auxiliará o acesso correto das pessoas dentro da RAS (ALVES et. al., 2015).

Este sistema funciona de maneira que o usuário atendido na Unidade Básica de Saúde, quando necessário, é "referenciado", ou seja, é encaminhado para uma unidade de maior complexidade, para que receba o atendimento que está precisando. Depois de finalizado o atendimento desta necessidade especializada, ele deverá ser contrarreferenciado pelo profissional do serviço especializado para a sua unidade de origem, garantindo que haverá a continuidade do seu atendimento. Todo o registro da

referência e da contrarreferência deverá ser feito em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável (ALVES et. al., 2015).

Porém, mesmo quando há uma adesão ao sistema de referenciamento e contrarreferenciamento, percebe-se muitas vezes que estes não são utilizados adequadamente. De acordo com Possuelo et al. (2012), em um estudo realizado sobre a utilização da referência em serviços de saúde, foram observadas várias falhas que dificultaram o percurso dos pacientes pela rede de atenção, tais como: falta de preenchimento adequado do formulário do paciente para o devido encaminhamento aos serviços especializados, pouco retorno destes formulários às unidades de saúde que realizaram o encaminhamento, o não agendamento das consultas especializadas, na qual os pacientes já tinham sido encaminhados, entre outros problemas. Tudo isto demonstra a importância do adequado funcionamento deste sistema, pois beneficiará o paciente que está à procura do seu tratamento e da cura de sua patologia.

Desta forma, nota-se que as falhas que ocorrem neste sistema já são por si só uma causa agravante que afeta diretamente a saúde de muitos pacientes. Já a não adesão ao sistema de referenciamento e contrarreferenciamento mostra-se totalmente contra um dos principais princípios do SUS: a integralidade do cuidado. Assim, é necessária a implantação de medidas que colaborem com a adesão e o adequado funcionamento do sistema de referência e contrarreferência dentro da RAS, a fim de beneficiar todos os envolvidos.

2. Carência de Educação Continuada e Permanente nos serviços de saúde

A educação permanente e continuada na área da saúde atualmente é de extrema importância, porém não é algo novo. Na década de 1990, com a Constituição Federal de 1981 e a publicação da lei 8.080/90, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), as discussões sobre a formação dos profissionais de saúde foram intensificadas. Então, desde que foi criado, o SUS provocou mudanças nas práticas de saúde, alterações no processo de formação e desenvolvimento dos profissionais da área (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

A área da saúde está sempre em processo de desenvolvimento. Por isso, treinar, educar e aperfeiçoar a equipe de saúde deve ser um processo permanente. Porém, existem dificuldades neste processo de aprendizado. Não é à toa que desde a década de 1990 já se falava em formação e desenvolvimento profissional, que perpetua até hoje. A atuação cotidiana e corriqueira acaba gerando um comodismo para o profissional, impedindo muitas vezes que este se aperfeiçoe e busque novos saberes, técnicas e acompanhe o desenvolvimento tecnológico que envolve toda a área da saúde.

Treinamentos fora do horário de serviço são bastante trabalhados, porém, muitas vezes acabam não sendo resolutivos. Alguns profissionais não são participativos durante a reunião de equipe, pois vão de forma obrigatória e não espontaneamente, o que deixa-o menos produtivo. Por isso, o interesse deve partir de cada pessoa e o profissional que gerencia a equipe deve transmitir o conhecimento e treiná-lo de forma atrativa e não punitiva, como acontece em alguns serviços. Trabalhos exaustivos e falta de tempo em horários de trabalho também são apontados por muitas equipes. Para o Ministério da Saúde, na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), a educação permanente é um caminho capaz de contribuir com metodologias,

tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

3. Insatisfação dos profissionais de saúde

O trabalho na área da saúde é fundamental, pois, representa o cuidado com o ser humano e com seu bem mais valioso, sua saúde. Ele deve ser desenvolvido de forma coletiva e integrado entre gestores, profissionais, usuários dos serviços e seus familiares, com a finalidade de atender todas as necessidades do indivíduo, que podem ser tanto físicas quanto emocionais.

Segundo Lima et al. (2014), o ato de trabalhar representa para o profissional, uma ação transformadora, em que ele utiliza não apenas seus conhecimentos e habilidades, mas ele como um todo é mobilizado e integra-se ao processo. É praticamente impossível ser indiferente frente a algumas situações encontradas na vivência profissional, como por exemplo, a fome, a miséria e os maus tratos e/ou falta de cuidado com pessoas vulneráveis.

O profissional da área da saúde simboliza a base do desenvolvimento e de melhorias, e possui uma enorme força para lutar em favor do sistema de saúde. Contudo, seu trabalho algumas vezes é pouco valorizado e frequentemente se mostra insatisfeito com as condições ofertadas para a realização das atividades laborais. Essa insatisfação pode afetar a saúde física e mental, além de interferir em sua vida social. Nesta situação, vários aspectos tanto pessoais quanto do ambiente de trabalho podem ser prejudicados, refletindo diretamente na qualidade de vida do trabalhador e na qualidade do serviço ofertado (TAMBASCO et al., 2017).

No ambiente de trabalho o bem-estar do profissional é essencial para a sua interação com outras pessoas. Para que ele consiga desempenhar corretamente suas funções, deve haver condições adequadas e uma cultura organizacional livre de retaliações (TAMBASCO et al., 2017).

Salienta-se que ao concluir a graduação, o profissional recém-formado almeja transformar o mundo e resolver todos os problemas que estiverem ao seu alcance, contudo, essa utopia é quebrada no primeiro contato com a realidade. De acordo com Scharader et al. (2012), apesar de passadas mais de duas décadas de constitucionalização do Sistema Único de Saúde Brasileiro, ainda é possível verificar adversidades para que sua implantação torne-se efetiva, como questões de financiamento de gestão e ações de saúde que variam desde a compra de materiais e equipamentos, disponibilidade de profissionais para atender a demanda da população, remuneração conveniente às atividades dos profissionais, dentre outros problemas.

Verifica-se que além dos problemas financeiros e estruturais, o profissional precisa aprender a lidar com alguns gestores de saúde escolhidos por afinidades político-partidárias, que constantemente são despreparados para administrar e principalmente para trabalhar com recursos humanos e saúde. Frequentemente, estes gestores são autoritários, punitivos e desmotivam sua equipe por não confiar na capacidade de exercer um trabalho de forma competente. Desta forma, a gestão perde sua credibilidade, e compromete todo um sistema que deveria trabalhar em consonância.

O profissional depara-se também, com a falta de comprometimento de alguns colegas, principalmente aqueles que atuam há vários anos na mesma

instituição, e que por vários motivos perderam o entusiasmo e a motivação para exercer suas atividades, sentem-se acomodados e trabalham como se estivessem sendo forçados. Nesta perspectiva, Oliveira et al. (2017), relata que frequentemente projetos bem estruturados que teriam grande potencial e predisposição ao êxito, não conseguem ser executados ou acabam se perdendo.

Infelizmente, existem muitas avarias nos serviços de saúde que podem ser consideradas desmotivadoras para o profissional da saúde, implicando diretamente no seu bem estar e na baixa resolutividade dos serviços. Verifica-se que muitas vezes o profissional percebe as falhas, mas acaba não fazendo nada, pois tem medo de sofrer represálias. Neste contexto, é bastante comum encontrar pessoas frustradas com sua profissão, por terem optado por uma área tão carente em ações de interesses voltadas em mudança, capacitação e comprometimento (OLIVEIRA et al., 2017).

4. Superlotação nos pontos de atendimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracterizado por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; não recebimento de ambulâncias por conta da saturação operacional; alta tensão na equipe assistencial; e grande pressão para novos atendimentos. Todos estes fatores indicam, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT; ORTALE, 2009).

Segundo Bittencourt e Hortale (2009), o aumento do tempo de permanência no SEH é o principal marcador da superlotação, e a falta de leitos para internação é a principal causa. Já o atraso no diagnóstico e tratamento, caracteriza a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade.

A procura pelo atendimento nos serviços públicos hospitalares e de emergência tem aumentado consideravelmente. Estes serviços estão sendo utilizados indevidamente, visto que 65% dos usuários atendidos poderiam ter seu atendimento garantido em ambulatório; destes, 36% não darão seguimento ambulatorial à patologia que motivou o atendimento, aumentando a reincidência e em consequência, o acúmulo de doentes nos serviços de emergência (O'DWYER, 2009).

A Atenção Básica deveria constituir a porta de entrada principal da população aos serviços de saúde, contudo ela está sendo substituída por ambulatórios e serviços especializados de média e alta complexidade. A reduzida ampliação desta atenção e o número diminuído de ações ofertadas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), resultam diretamente na pouca qualidade e baixa resolutividade, não alcançando o objetivo de 85% da demanda neste nível (BRASIL, 2004). É possível que grande parte dos indivíduos acredite que há maior resolutividade de seus problemas de saúde centrada na atenção médico-hospitalar, acarretando o aumento da demanda na rede de média complexidade e nas urgências e emergências.

Brito et al. (2018) trazem que, ao analisar o conceito de saúde na concepção dos usuários e identificar a lógica assistencialista mais relevante para eles, percebeu-se que a maioria destaca o hospital como o serviço de maior importância dentro da RAS, considerando-o como o serviço de maior resolutividade, tendo mais rapidez na realização de exames e procedimentos. Esse fato leva a prejuízos de cobertura, acessibilidade, acolhimento e resolutividade no cuidado prestado. Durante a entrevista, vários pacientes relataram buscar o serviço terciário por sintomas simples, que seriam

facilmente resolvidos na UBS, demonstrando desconhecer os serviços prestados na atenção básica, ou em alguns casos, referiram ausência de Programa de Saúde da Família em funcionamento no seu bairro.

O que se observa é que o modelo de saúde idealizado pela população é hospitalocêntrica, centrada no atendimento médico, representado pelas unidades de emergência, mesmo superlotadas e impessoais, sendo o local que reúne um somatório de recursos: consultas, medicamentos, procedimentos, exames de laboratório e internações, enquanto as redes básicas apenas “consultam”.

Contribui também para a sobrecarga do sistema de saúde, principalmente no nível hospitalar, uma Atenção Básica desestruturada, com insuficiência de profissionais, desrespeito à carga horária preconizada de trabalho e ausência de medidas eficientes de acolhimento. O acolhimento, em todos os níveis de atenção, está relacionado à resolutividade do serviço. Quando há prejuízos no acolhimento, há repercussões negativas nos processos de humanização dos serviços e no vínculo entre a equipe de saúde e o usuário, contribuindo para que o paciente busque inadvertidamente serviços mais complexos do que o necessário para solucionar seus problemas (BRITO et al., 2018).

Contribuem também para o agravamento da superlotação em todos os pontos de atendimento da RAS: o número insuficiente de profissionais e a falta de treinamento para estes; verba insuficiente; gerenciamento inadequado de recursos; e ausência de seguimento para o tratamento, devido à estrutura deficiente. A emergência necessita além de boa estrutura, profissionais especialistas disponíveis e leitos de UTI, centro cirúrgico e de recuperação (O'DWYER, 2009).

DISCUSSÕES

Diante dos itens que podem influenciar negativamente na resolutividade dos serviços, se faz necessário formular estratégias que possam ser tomadas como possíveis hipóteses resolutivas. Seguindo-se a próxima etapa do Método de Maguerez, elencamos algumas alternativas de solução para o problema estabelecido (a baixa resolutividade), realizada com base na revisão da literatura e pela vivência profissional das pesquisadoras.

1. Dificuldades no sistema de Referência e Contra referência

Como foi visto anteriormente, se faz necessária a tomada de atitudes por parte de todos os envolvidos na rede de atenção para que o sistema de referência e contrarreferência funcione adequadamente, a fim de proporcionar uma atenção integral do cuidado aos pacientes. Desta forma, a implantação deste sistema poderá proporcionar benefícios a todos, tanto aos usuários quanto aos profissionais envolvidos, desde que seja aderido por todos dentro da rede e utilizado da maneira correta.

A referência e a contrarreferência poderá proporcionar aos usuários um atendimento adequado e o caminho correto para percorrer na RAS, pois todos os profissionais que tiverem contato com os pacientes serão informados sobre o seu histórico de saúde e saberão para onde o paciente deverá ir. Isto facilitará na tomada de decisão do profissional e proporcionará maior segurança, tanto para o profissional da saúde quanto para o usuário da rede, de modo que o paciente estará sempre assistido.

Uma alternativa que contribuiria beneficemente para a maior rapidez e eficiência na utilização da referência e da contrarreferência, seria a implantação de um sistema informatizado no setor público, que possibilitasse o preenchimento de um formulário eletrônico único para cada paciente, podendo ser alimentado por cada novo profissional que tivesse acesso ao mesmo. Isto possibilitaria o acesso a todas as informações do paciente, e conseqüentemente a redução de falhas, como por exemplo, quando um serviço de consulta especializada tivesse que contrarreferenciar um paciente à sua unidade de origem, pois todos estariam cientes da atual situação clínica deste, além de facilitar o percurso do paciente, pois ele estaria ciente de sua situação, para onde poderá recorrer e em qual o momento.

Faz-se necessário também o comprometimento de todos os profissionais envolvidos na integralidade do cuidado na RAS. Todos devem estar cientes de que em um sistema, para que os serviços funcionem adequadamente, é necessário empenho, profissionalismo e dedicação com a realização correta dos procedimentos, pois o sucesso do cuidado é de responsabilidade de todos e não um enfrentamento individual apenas dos pacientes. Desta forma, estas atitudes podem contribuir beneficemente com a minimização do sofrimento e com a promoção e a manutenção da saúde das pessoas.

2. Carência de Educação Continuada e Permanente nos serviços de saúde

A educação na saúde, de acordo com o glossário eletrônico da BVS, consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento, para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. O processo de educação permanente deve ser para todos os profissionais da área da saúde, ou seja, de forma multiprofissional, onde devem ter uma formação voltada para propagarem conhecimento e adquirirem formas técnicas e didáticas de transmitir este conhecimento.

Durante a graduação, os futuros profissionais da área da saúde deveriam ser incentivados a participar de projetos e programas que visem à sistematização, pois é a partir daí que durante a carreira profissional irão conseguir efetuar um trabalho planejado e organizado. É de fundamental importância que haja mudanças que levem a uma assistência integral, sendo moldada de acordo com o novo paradigma de educação em saúde inter-relacionado com a autonomia profissional.

A educação continuada e permanente também deveria ocorrer durante o horário de serviço, e não apenas em horários pré-estabelecidos fora do trabalho. Os profissionais deveriam aprender a otimizar o tempo de serviço, ou seja, horários com menor fluxo poderiam ser aproveitados para saciar dúvidas da equipe em geral, ou planejar mudanças de melhoria no atendimento e resolutividade dos problemas, assim como saber identificá-los.

Os profissionais educadores podem se munir de estratégias que visem à participação e entusiasmo da equipe. Punir ou advertir profissionais não participativos não é uma estratégia sábia, pois já se identificou que formas punitivas no trabalho não acrescentam saberes e ainda desestimulam as equipes. Então o educador deve se preparar para garantir que todos sintam a necessidade da educação em saúde e caminhem juntos em prol do mesmo objetivo - a melhoria do serviço e sistema.

Os profissionais da área da saúde podem e também devem exercer um papel de educadores em saúde. Como uma tentativa de propagar o conhecimento e

contribuir na melhora dos serviços prestados por profissionais de saúde, estes precisam planejar e programar estratégias metodológicas para nortear a prática efetiva, sendo permeadas pela valorização do diálogo, pela troca de experiências e pelo respeito à cultura dos sujeitos (CANDATEN; GERMANI, 2012).

3. Insatisfação dos profissionais de saúde

De acordo com Oliveira et al. (2017) apesar de todas as situações negativas vivenciadas diariamente no sistema de saúde, os profissionais não devem utilizá-las como pretexto por todo e qualquer trabalho não desempenhado corretamente.

Sabe-se que a inconstância do cenário mundial acarreta numerosas mudanças políticas, econômicas, sociais e éticas que atingem diretamente os sistemas de saúde e, surge no mesmo instante um grande desafio aos envolvidos com o planejamento e a atenção em saúde (GERBER; ZAGONEL, 2013).

Porém, apesar de todos os problemas, o profissional mesmo insatisfeito, deve tentar manter-se motivado e prezar pela sua ética. Na prática profissional, a ética é construída a partir de atitudes, valores e habilidades. Ela representa responsabilidade, compromisso com o trabalho e com o outro, e também respeito e afetividade às pessoas. É uma capacidade autônoma de percepção e reflexão crítica para adotar a melhor decisão em relação às condutas humanas no cuidado à saúde e à vida. A ética desenvolve-se com a educação, através de docentes capacitados e dispostos a assumir a discussão de aspectos que favoreçam uma formação adequada, para que o conhecimento transmitido ao aluno seja condizente com soluções aos novos paradigmas que estão surgindo no sistema de saúde (GERBER; ZAGONEL, 2013).

A reestruturação dos currículos nas instituições de ensino é fundamental. A interdisciplinaridade proporcionada pela integração de profissionais de várias áreas da saúde atuando juntos possibilitaria a geração de maiores conhecimentos, aumentando a relação interpessoal por meio da atuação mútua e da comunicação, gerando a troca de aprendizados e experiências por meio de práticas interdisciplinares (FILHO; SOUZA, 2017).

A substituição do trabalho focado na cura de doenças, pelo cuidado integral é outro assunto que deveria ser levado em consideração nos serviços de saúde. Esta “troca de cuidado” leva a reflexão sobre a necessidade da atuação multiprofissional, permitindo assim a realização de um atendimento mais completo, através da reformulação da equipe e a articulação dos serviços, a fim de ofertar um modelo de saúde voltado a atender as necessidades da população, gerar bem-estar social e consolidar a saúde coletiva (FILHO; SOUZA, 2017; OLIVEIRA et al., 2017).

Para Scharader et al. (2012), a atuação da equipe multiprofissional é a ênfase do trabalho na atenção básica, pois necessita de relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e as diferentes áreas profissionais. Para a atuação multiprofissional, é necessário que cada integrante saiba qual é o seu papel dentro da equipe, conheça o processo de trabalho, planeje objetivos comuns aos demais profissionais voltados para atender as carências da população. Isso exige um profissional satisfeito com o seu trabalho, interessado e comprometido em fazer a sua parte dentro do grupo. A satisfação do profissional quando inserido em qualquer setor ou instância, reflete diretamente na qualidade do serviço que está ofertando e na resolutividade do mesmo.

4. Superlotação nos pontos de atendimento da Rede de Atenção à Saúde

Muitas vezes o usuário mostra-se perdido na rede, buscando resolver seus problemas de saúde em serviços de acesso mais fácil. Assim, é importante refletir sobre o quão necessário e urgente é a organização do fluxo de pacientes no sistema e a educação em saúde, mediante a expansão do conhecimento acerca da importância da estrutura do sistema de saúde em seus diferentes níveis de complexidade. Além disso, fortalecer a comunidade por meio de atividades educativas que reforcem os direitos e deveres dos usuários do SUS também contempla uma ótima iniciativa, visto que somente assim será possível proporcionar uma atenção mais integral e resolutiva em toda a RAS.

Nesse aspecto, para reverter esse quadro, se faz necessário ainda capacitar os profissionais, otimizar o acolhimento, conscientizar os usuários, e cumprir os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS. A solução para o fim da superlotação hospitalar também está na capacitação dos profissionais para melhorar a qualidade e agilidade dos atendimentos, em implantação de prontuários eletrônicos, gestão de leitos, em um fluxo organizado e planejado para a alta, com redução do tempo de internação.

O Projeto de Investimento de Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS) é uma proposta de intervenção para apoiar a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2009). O QualiSUS nas urgências e emergências tem por finalidade a eliminação das filas através do Acolhimento de pacientes, a realização de Classificação de Risco para dar prioridade aos casos mais graves, a fluidez no atendimento aos usuários a partir de um sistema de sinalização, a informatização, a reorganização dos hospitais e a implantação do Serviço Móvel de Urgência - SAMU (BRASIL, 2004).

Em um trabalho de Silva (2005), este refere-se que a partir de 2002 surgiu o Programa de Internação Domiciliar (PID) no âmbito do SUS, que inclui procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológico e de assistência social, proporcionando cuidado integral aos usuários no seu domicílio. Este programa é uma diretriz do Ministério da Saúde realizada pela rede básica de saúde, no intuito de garantir humanização e conforto a população. Porém, só são contemplados com este serviço os pacientes que apresentarem condições clínicas pertinentes e com a permissão da família. O PID tem como finalidade, promover a desospitalização em parceria com as Equipes de Saúde da Família, que amplia os cuidados aos pacientes mais complexos e aumenta a participação dos serviços comunitários em procedimentos considerados como hospitalares, e desta forma melhorando a efetiva utilização do “cobiçado” leito hospitalar (BITTENCOURT, 2010).

CONCLUSÃO

Através da vivência cotidiana das pesquisadoras, e a partir da observação da realidade atual, elencaram-se alguns problemas enfrentados diariamente na Rede de Atenção à Saúde. Obtiveram-se várias hipóteses cabíveis para a tentativa de resolução do problema escolhido – a baixa resolutividade. Estas alternativas podem servir como guias para nortear a resolutividade dos serviços e beneficiar diretamente os usuários e profissionais nos vários pontos da RAS.

A utilização da Metodologia Problematizadora como estratégia de ensino traz vários benefícios quando implantada nos cursos de graduação, pós-graduação e nos serviços de saúde. Ela contribui diretamente para a formação de profissionais críticos e reflexivos no contexto que se encontram, além de estimular os estudantes e profissionais a olharem a realidade de outra forma, e estimular a fazerem a diferença em seus meios, buscando a causa dos problemas vivenciados e a refletir sobre soluções para os mesmos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. L.F.; et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*. Minas Gerais, v.25, n.4, p.469-475, 2015. Disponível em:<<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1859>> Acesso em: jun./2018.
- ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Interface*, Botucatu, v.21, n.60, p.63-76, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150428.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- BITTENCOURT, R. J. *A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional*. Rio de Janeiro. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). 2010. Disponível em:<https://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/25869_bittencourtrjd.pdf> Acesso em: jun./2018.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1439–1454, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 929-934, jul./ago., 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/11.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. 2.ª edição. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. DF, 2006. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf> Acesso em: jun./2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), 2013. Disponível em:<http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html> Acesso em: jun./2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). *Política Nacional de Humanização (PNH). Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 3ª Ed.* Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Operacional de Investimento para Qualificação do Sistema Único de Saúde*. SÉRIE C: Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2009. Disponível em:<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Manual_Operacional_QualiSUS.pdf> Acesso em: jun./2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2010. Disponível em:<http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: jun./2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017. Disponível em:<http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: jun./2018.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *QUALISUS: Política de Qualificação de Atenção à Saúde*. Brasília. Documento de trabalho. Versão 15 de junho de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília - DF, 2009. Disponível em:<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf> Acesso em: jun./2018.

- BRITO, V.; COUTO, M.; GUIMARÃES, N., SANTOS, S. Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v.42, n.2, p.5-14, abr./jun., 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n2/0100-5502-rbem-42-02-0005.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- CANDATEN, A. E.; GERMANI, A. R. M. Educação em saúde: uma proposta educativo-reflexiva na formação do enfermeiro. *Revista de Enfermagem*, Frederico Westphalen, v.8, n.8, p. 192-207, 2012. Disponível em:<<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/486/886>> Acesso em: jun./2018.
- CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. *Caderno FNEPAS*, v.1, p.19-27, 2011. Disponível em:<<http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/13-Formacao-para-o-SUS.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- D'AGUIAR, J. M. M. *O programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no Município de Volta Redonda (RJ)*. Dissertação apresentada no curso de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4648>> Acesso em: jun./2018.
- GERBER, V. K.; ZAGONEL, I. P. S. A ética no ensino superior na área da saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Bioética*, v.21, n.1, p.168-78, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a20v21n1.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- GOMIDE, M.F.S.; et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Revista Interface*. São Paulo, v.22, n.65, p.387-98, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160633.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- LIMA, L.; et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na atenção básica. *Escola Anna Nery Rev. de Enfermagem*, v.18, n.1, jan./mar., 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- O'DWYER, G. O; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.5, nov./dec., 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/30.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- OLIVEIRA, E.A., et al. Atendimento Multidisciplinar ao Paciente de Atenção Primária: Desafios da Integração Multissetorial. *Revista Saúde em Foco*. Edição nº 9, p.120-134, 2017. Disponível em:<http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/013_atendimento_multidisciplinar.pdf> Acesso em: jun./2018.
- POSSUELO, L.; et. al. Tuberculose: um estudo sobre referência em serviços de saúde. *Rev. Epidemiol. Control. Infect.*, v.2, n.3, p.89-93, 2012. Disponível em:<<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2723/2190>> Acesso em: jun./2018.
- SCHRADER, G.; et.al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, v.65, n.2, p.222-228, mar./abr., 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a04.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- SILVA, K. L.et.al., Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.3, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- TAMBASCO, L. P.; et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v.41, p.140-151, jun./2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0140.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- TURRINI, R. N. T.; et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.663-674, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/20.pdf>> Acesso em: jun./2018.
- VILLARDI, M.L.; CYRINO, E.G.; BERBEL, N. A. N. *A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades*. In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos. Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, p.45-52, 2015. Disponível em:<<http://books.scielo.org/id/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626-05.pdf>> Acesso em: jun./2018.