

ESTRUTURA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DA 11ª REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

OLIVA, Flávio Alberto¹

RIBEIRO, Maria Lúcia²

Eixo Temático: Política Pública da Saúde.

RESUMO

O presente trabalho analisa a estrutura de atendimento ambulatorial dos 45 municípios que compõem a Rede Regional de Atenção à Saúde, divididos em cinco regiões: Alta Sorocabana, Alta Paulista, Alto Capivari, Extremo Oeste Paulista e Pontal do Paranapanema e uma população de 722.192 habitantes segundo dados do IBGE de 2010.

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa realizado por meio do banco de dados do IBGE, da Fundação Seade e da Divisão Regional de Saúde de Presidente Prudente no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015. Dessa maneira, pretende-se contribuir para que as questões relativas ao serviço ambulatorial, do ponto de vista da estrutura de equipamentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), possam ser discutidas visando a eficiência e eficácia. A caracterização e distribuição espacial dos serviços de saúde serão elementos fundamentais para a construção de políticas públicas em saúde no âmbito local e regional.

Palavras-Chave: sistema único de saúde, atendimento ambulatorial, saúde pública.

¹ Universidade de Araraquara. Doutorando em Desenvolvimento Territorial. flavioaliva@gmail.com.

² Universidade de Araraquara. Doutora em Química. mlucia@iq.unesp.br.

1 INTRODUÇÃO

Foi a partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, que a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, com vistas a reduzir o risco de doenças e outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, os quais devem ser garantidos por meio da adoção de políticas públicas, sociais e econômicas.

A organização da rede de serviços de saúde, de forma regionalizada (municipal, regional, estadual e federal) e hierarquizada (atenção básica, atenção de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar), deu-se com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 pela lei nº 8.080, que define seu funcionamento e o institui legalmente como um sistema dinâmico de organização contínua e crescente das ações de atenção à saúde do povo brasileiro.

Segundo FORTES (2010), integram o SUS as equipes de saúde da família, as unidades básicas de saúde (UBS), os hospitais públicos municipais, estaduais e federais incluindo os universitários, as fundações e os institutos de pesquisa, laboratórios, hemocentros, os serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, além de hospitais e serviços privados de saúde contratados ou conveniados pelo Poder Público.

Todo o esforço da sociedade e dos movimentos populares na obtenção de uma política de saúde mais justa e igualitária foi contemplada na Constituição Federal de 1988, na lei de criação do SUS (lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e na lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários e/ou população na gestão de suas ações e serviços (BORBA, 2011, p.54).

O SUS não é um sistema pronto e acabado, ele está em constante superação de suas formas de trabalho e envolve um gerenciamento com alto grau de complexidade.

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é um elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Assim, torna-se indispensável envolver todos os níveis de complexidade e estruturar uma rede de assistência na

qual os diferentes serviços possam se reconhecer como parte de um todo, referenciar para receber cliente com agravos de alta complexidade, e se contrarreferenciar para encaminhar este cliente no momento de sua alta hospitalar para reabilitação e assistência domiciliar (BRAGA, 2008, p.135).

Viabilizar a distribuição de assistência à saúde de forma hierarquizada, regionalizada e descentralizada requer pactuações regionais, municipais e estaduais, estabelecimento de protocolos de atendimento e implantação de um sistema de regulação médica de urgências para operacionalizar ações previamente estabelecidas. O monitoramento do sistema de integração pactuado é uma ferramenta gerencial fundamental para garantir a acessibilidade e resolubilidade dos problemas ali encontrados (FORTES, 2010, p.110).

Os sistemas voltados para o atendimento das demandas sociais, portanto, de função pública e domínio comunitário, devem se preparar para um rápido processo de mudanças planejadas, inteiramente enxutas na busca do controle e da inteligência da gestão, alternam-se também as expectativas, relacionamentos e fundamentalmente a forma de atendimento, mudando substancialmente os aspectos econômicos e sociais da atenção à saúde.

2 ESTRUTURA AMBULATORIAL DO SERVIÇO DE SAÚDE

O atual cenário brasileiro apresenta desigualdades sociais e escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde, a avaliação é essencial para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população. Desde 1990, tem crescido a pressão da sociedade, de governos e de agências financiadoras por avaliação regular dos resultados das políticas de saúde e dos investimentos na infraestrutura. Não menos importante que pessoal qualificado, a infraestrutura em saúde é determinante no sentido de atender as demandas da sociedade.

Tabela 1. Estrutura ambulatorial de equipamentos de saúde

	UBS	ESF	UBS c/ EACS	UBS c/ ESF	Total UBS	Leitos	NASF	CAPS	Amb. Espec.	AME	APAE	Cerest
Dracena	1		5	1	7			1	1	1	1	
Flora Rica				1	1	3						
Irapuru		1		1	2	2						
Junqueirópolis	1						1	1				
Monte Castelo				1	1	2						
N. Guataporanga				1	1	9						
Ouro verde		1		1	2	12						
Panorama	1	2			3	4					1	
Paulicéia		1		1	2	3						
Santa Mercedes	1			1	2							
São J. Pau D'Álho				1	1	8						
Tupi Paulista	1	4			5	9	1				1	
Alta Paulista	5	17	5	9	36	61	2	2	1	1	3	0
Alfr. Marcondes				1	1							
Alv. Machado	2	5			7						1	
Anhumas				1	1							
Caiabu				2	2							
Emilianópolis				1	1							
Estela do Norte				1	1							
Indiana	1			2	3							
Martinópolis	1	5		1	7			2			1	
Narandiba		1		1	2							
Pirapozinho		5	1	1	7			1			1	
Pres. Bernardes	1	4		2	7	6					1	
Pres. Prudente	12	11			23	2	1	1		1	2	1
Regente Feijó	3	5			8						1	
Rib. dos Índios				1	1							
Sandovalina				2	2							
Santo Anastácio	1	4			5						1	
Santo Expedito				1	1							
Taciba	1	2			3	9						
Tarabai		2		1	3	12						
Alta Sorocabana	22	44	1	18	85	29	1	4		1	8	1
Iepê	1	2			3	2						
João Ramalho				1	1							
Nantes				1	1	2						
Quatá	1	3			4	3					1	
Rancharia	1	8			9			1			1	
Alto Capivari	3	13		2	18	7		1			2	
Caiuá		1		1	2							
Marabá Paulista		1		1	2							
Piquerobi				1	1	1						
Pres. Epitácio		8	1	1	10				1		1	
Pres. Venceslau	1	7			8			1	2		1	
Extremo Oeste Pta	1	17	1	4	23	1		1	3		2	
Euclides Cunha Pta		3		1	4							
M. Paranapanema		5		1	6							
Rosana	1	7			8	5			1		1	
Teodoro Sampaio		7		1	8						1	
P. Paranapanema	1	22		3	26	5			1		2	
RRAS 11	32	113	7	36	188	103	3	8	5	2	17	1

Fonte: CNES (2015) e banco de dados do município. Org. Oliva (2015).

A Região de Saúde de Presidente Prudente dispõe de 188 Unidades Básicas de Saúde-UBS, o que representa, aproximadamente, uma unidade para cada 3.842 habitantes. O Ministério da Saúde recomenda uma UBS para cada 2.000 habitantes e uma Equipe de Saúde

da Família - ESF - para até 4.000 pessoas. Nesta última, a região dispõe de uma equipe para 6.391 pessoas.

Ainda com relação à deficiência na estrutura, a Organização Mundial de Saúde - OMS - recomenda um leito de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para 10.000 habitantes. Na região, há 8 onde deveria haver 72.

Segundo Carvalho (2012), comparativos dos gastos anuais em saúde de diversos países colocam o Brasil numa situação desfavorável. Verifica-se que enquanto países como Inglaterra, França e Alemanha, que têm sistemas de saúde melhor ajustados às necessidades do cidadão, gastam cerca de 10% de seu PIB no sistema de saúde, enquanto que o Brasil gasta em torno de 6%, considerado o mesmo período. De outro lado, estudos mostram que outros sistemas de saúde, como o americano, que gasta 15% do seu PIB na saúde, apresenta resultados piores do que o dos países já citados, bem como determina a exclusão de parcela importante da população que não dispõe de qualquer tipo de assistência. Assim, ainda que o investimento financeiro no setor saúde seja um fator importante para que o mesmo possa atingir seus objetivos, a qualidade do investimento merece uma análise mais profunda. É importante compreender também onde ocorre esse investimento, especialmente se os mesmos estão alocados nas necessidades da maioria da população com que tem maior vulnerabilidade e dependência do cuidado ou atenção, definição que se dará a partir da escolha do modelo de sistema.

Tabela 2. Unidades de Urgência e Emergência

Região de Saúde e Município	TIPO DE UNIDADE			
	PS ISOLADO	PS HOSPITALAR	URGÊNCIA PSQUIÁTRICA	P.A. 24 HORAS
Dracena	1			
Junqueirópolis	1			
Panorama	1			
Tupi Paulista	1			
Total da Alta Paulista	4			
Álvares Machado		1		
Martinópolis		1		
Pirapozinho				1
Presidente Bernardes		1		
Presidente Prudente		1	1	1
Regente Feijó		1		
Santo Anastácio		1		
Total da Alta Sorocabana		6	1	2
Iepê		1		
Rancharia		1		
Total do Alto Capivari		2		
Presidente Epitácio		1		
Presidente Venceslau		1		
Total do Extremo Oeste Paulista		2		
Rosana		1		
Teodoro Sampaio		1		
Total do Pontal do Paranapanema		2		
Total da RRAS 11 Pres. Prudente	4	12	1	2

Fonte: CNES (2015) e banco de dados dos municípios. Org. Oliva (2017).

A região dispõe de uma estrutura de urgência e emergência relativamente tímida. Estão sediados, em Presidente Prudente, dois hospitais credenciados para atendimento terciário de urgência e emergência. Nas demais cidades, ocorre o atendimento primário ou secundário, e não existe ainda o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Percebe-se, neste caso, a fragilidade da atenção aos atendimentos de urgência e emergência requeridos pela população, principalmente para os municípios mais distantes de Presidente Prudente.

Há entendimento de que o que ocorre no âmbito do financiamento do sistema não é a falta de recursos, mas sim a má gestão dos recursos existentes. Essas opiniões apontam para a importância de uma correta e justa aplicação dos recursos já disponíveis, o que resolveria, em grande parte, os problemas da saúde que são referidos de forma persistente. Justifica-se que os problemas são recorrentes e já poderiam ter sido corrigidos desde que adequadamente enfrentados com a priorização dos investimentos.

Tabela 3. Hospitais Gerais por porte e natureza

Região de Saúde e Município	HOSPITAL GERAL – CONVÊNIO SUS						Gestão	Natureza
	< 50 Leitos		51 a 200 Leitos		> 200 Leitos			
	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS		
Dracena			143	108			Municipal	Filantrópico
Junqueirópolis			52	26			Estadual	Filantrópico
Panorama			65	45			Municipal	Filantrópico
Tupi Paulista	48	30					Estadual	Filantrópico
Alta Paulista	48	30	260	179				
Álvares Machado	20	18					Estadual	Filantrópico
Martinópolis			66	41			Estadual	Filantrópico
Presidente Bernardes			51	40			Municipal	Filantrópico
Presidente Prudente					626	534	Estadual	Filantrópico Estadual
Regente Feijó	24	17					Estadual	Filantrópico
Santo Anastácio			56	37			Estadual	Filantrópico
Alta Sorocabana	44	35	173	118	626	534		
Iepê	20	20					Municipal	Municipal
Rancharia			98	70			Estadual	Filantrópico
Alto Capivari	20	20	98	70				
Presidente Epitácio			78	68			Estadual	Filantrópico
Presidente Venceslau			97	75			Municipal	Filantrópico
Extremo Oeste Paulista			175	143				
Rosana			66	58			Estadual	Filantrópico
Teodoro Sampaio			58	52			Municipal	Filantrópico
Pontal do Paranapanema			124	110				
RRAS 11 Presidente Prudente	112	85	830	620	626	534		

Fonte: CNES (2015). Org. Oliva (2017).

A região dispõe de 1.858 leitos gerais conveniados com o SUS, para uma população geral estimada de 577.754 habitantes (população SUS dependente, IBGE 2010). De acordo com parâmetros da Portaria GM 1101/2002, a qual estipula 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes, considerando os leitos especializados, a região mantém 3,23 leitos/1000 habitantes, o que configura a suficiência de leitos hospitalares para atendimento público (Tabela 4).

Tabela 4. Disponibilidade de leitos

Região de Saúde	Pop. Total	Leitos Existentes	Leitos Pop. 1000 hab.	Pop. SUS Dependente	Total Leitos SUS	Leitos SUS Pop. 1000 hab.	Leitos Complem. Existentes	Leitos Complem. Gerais	Total de Leitos Complem.	Leitos Compl. SUS Leitos Gerais
Alta Paulista	125.690	308	2,45	110.054	209	1,90	10	3,25	10	4,78
Alta Sorocabana	380.077	1854	4,88	279.471	1306	4,67	116	6,26	58	4,44
Alto Capivari	56.088	118	2,10	45.689	90	1,97	7	5,93	7	7,78
Extremo Oeste Pta	92.616	175	1,89	78.733	143	1,82	4	2,29	4	2,80
Pontal Parana-panema	67.721	124	1,83	61.633	110	1,78	2	1,61	1	0,91
RRAS 11	722.192	2579	3,57	575.731	1858	3,23	139	5,39	80	4,31

Fonte: IBGE (2010), CNES (2015). Org. Oliva (2017).

Ao incluirmos a rede privada na disponibilidade total de leitos, a relação sobe para 3,57 leitos/1000 habitantes, conforme tabela 4, evidenciando que, na média geral, a região atende à legislação no que diz respeito ao oferecimento de leitos. Porém, ao observarmos isoladamente as regiões, percebemos que apenas a Alta Sorocabana supera as recomendações da portaria. Isso significa que as demais regiões dependem desta, principalmente do município de Presidente Prudente que dispõe da maior oferta de leitos, inclusive de alta complexidade.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema é resultado de uma expectativa da sociedade e se reflete no que dele será esperado por aqueles que o construíram, sendo realimentado constantemente por construções complementares e reconstruções. Haja vista que cada sistema é único e carrega consigo a representação da história da comunidade e os valores que serviram de base para a busca dos desejos, esse processo deve ser levado em conta para que se possa compreender como se estabelecem as representações do indivíduo e da sociedade nessa relação de interação.

Não há como compreender a forma como o indivíduo percebe a atenção à saúde sem verificar as origens do sistema vivido por ele. É parte de sua percepção o quanto o que ele vê está próximo ou afastado daquilo que entende que lhe é devido. Sua expectativa depende do que o sistema e a política de saúde estabelecem como direito seu. Há uma permanente medição em relação ao que se espera e o que se recebe.

Mais do que as respostas de insatisfação da sociedade, é importante perceber que as políticas, sistemas e serviços de saúde passam por um processo de discussão que faz aflorar a

necessidade de estudar em profundidade esse conjunto, buscando compreender e colaborar com o processo.

A análise em questão evidenciou a necessidade de investimentos e expansão da estrutura de equipamentos em saúde na décima primeira região de saúde de Presidente Prudente.

A melhor estrutura está concentrada na cidade de Presidente Prudente sendo que dela dependem os demais municípios.

Em que pese a importância das discussões que se travam em relação às políticas de saúde, ao sistema de saúde e aos serviços de atenção, especialmente no que se refere aos possíveis motivos que justificariam o estado em que são mostradas as portas de acesso disponíveis para o usuário, é importante que se possa reconhecer que as críticas levadas a público são fundamentadas em uma realidade que se escancara à sociedade.

4 REFERÊNCIAS

BORBA, V. R. **Administração Hospitalar: princípios básicos**. 3.ed. São Paulo: Cedas, 2011.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e previdência: Estudos de política social**. São Paulo: Cebes; São Paulo: Hucitec, 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos básicos em Saúde).

CARVALHO, G. C. M. **O movimento atual do SUS: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Saúde e Sociedade. v.2, n.1, p. 9-24, 2012

FORTES, J. I.; OLIVEIRA, S. de C.; CRUZ, S. C. G. R.; MATSUI, T. (Coord.). **Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP**, 2010

IBGE 2010. Instituto de geografia e estatística. **IBGE Cidades**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em mar. 2017.