

Vivência na oficina de capacitação das Policlínicas: refletindo o impacto desse serviço na rede de saúde

Experience in the Polyclinic training workshop: reflecting the impact of the service on the health network

Gabriella de Carvalho Madureira

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pós Graduada em Vigilância Sanitária pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER).

E-mail: gabriella.madureira@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Relatar a experiência na oficina de capacitação da Policlínica, ocorrida na cidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Metodologia:** O evento foi conduzido por funcionários da Secretaria Estadual de Saúde, onde se explanou sobre o funcionamento desse serviço, discussão do protocolo de encaminhamento da Policlínica e discussão de casos. **Resultados:** Os principais resultados indicam uma boa expectativa sobre o serviço, já que os profissionais acreditam que haverá mais vagas para a população, e também muitas dúvidas sobre o funcionamento, e, se de fato o serviço causará mudanças a longo prazo. O confronto desses resultados com a revisão da literatura científica, aponta resultados pouco animadores, visto que as experiências semelhantes em outros municípios foram pouco exitosas graças a aspectos conjunturais que perduram no sistema de saúde. **Conclusão:** É necessário refletir se o atual contexto da saúde favorece operacionalizar o potencial da policlínica, ou, se essa será mais um ponto da rede de saúde que enfrentará os entraves já existentes.

Palavras-chave: Centros de Saúde; Serviços de Saúde; Assistência à Saúde.

Abstract

Objective: To report the experience in training workshop on Polyclinics, held in the city of Feira de Santana, Bahia, Brazil. **Methodology:** The event was conducted by employees of the State Department of Health, where it was explained about the operation of this service, discussion of the protocol of referral of

the Polyclinic and discussion of cases. Results: The main results indicate a good expectation about the service, since the professionals believe that there will be more vacancies for the population, as well as many doubts about the operation, and if in fact the service will cause changes in the long term. The comparison of these results with the review of the scientific literature shows little encouraging results, since similar experiences in other municipalities were not

very successful due to conjunctural aspects that persist in the health system. Conclusion: It is necessary to reflect if the current context of health favors the operationalization of the potential of the polyclinic, or if this will be another point of the health network that will face the existing obstacles.

Keywords: Health Centers; Health Services; Delivery of Health Care.

Introdução

A noção de rede sempre esteve presente no imaginário popular. Seja ela um instrumento usado para pesca ou para descanso, sua ideia perpassa diferentes gerações. Com o avanço da tecnologia, as redes também evoluíram, como é o caso das redes sociais, da rede de computadores de uma determinada empresa ou simplesmente, a noção de diferentes conexões no mundo virtual, do trabalho, da família e dos amigos.

Em qualquer dessas redes, a essência segue preservada: conexão, interligação, interação entre pontos. Na perspectiva da saúde, as suas redes são conceituadas como ações e serviços organizados de forma a garantir a integralidade do sistema de saúde. Esses arranjos buscam evitar a fragmentação da assistência nos diferentes cenários do país. Funcionam como pontos de interligação entre os diferentes serviços, e assim, operacionalizam a regionalização, no sentido de que esses serviços se distribuem conforme seu grau de complexidade. Assim, haverá pontos na rede de saúde que abarcam unidades de menor complexidade, enquanto que outros agregam

serviços mais complexos. Independente do porte do serviço e da sua densidade, esses devem se comunicar entre si, estabelecendo fluxos nos atendimentos aos usuários e nos processos de trabalho.¹

Algumas reflexões científicas indicam que predomina a chamada fragmentação da saúde: os pontos de atenção dialogam pouco entre si, ou até mesmo, não há diálogo. Pode ocorrer ainda, do serviço não possuir conhecimento da população para a qual trabalha, e conseqüentemente, as ações não são elaboradas nas necessidades daquela clientela. O autor desse estudo salienta que uma boa rede de saúde se destaca por possuir relações horizontais, conhecimento do contexto onde atua, busca o ciclo completo de atenção à saúde, além da variedade de ações: preventivas, curativas, reabilitadoras, de promoção. Destaca ainda a importância de a atenção primária ser a ordenadora desses fluxos dentro das redes.²

O modelo de redes de saúde inglês é caracterizado por serviços domiciliares apoiados

por unidades de saúde (centros de saúde, apoio diagnóstico de internação e de exames). Os centros de saúde se localizam o mais próximo possível da população, e caso haja necessidade, o usuário e sua história clínica são encaminhados para algum centro de maior complexidade, capaz de atendê-lo. As ações (curativas, preventivas, paliativas etc) devem ser coordenadas pela autoridade de saúde de cada área, e manter o contato com os demais pontos. Já o modelo de redes norte americano se caracteriza pela fragmentação: há aquele dirigido para a população idosa de responsabilidade federal, e outro, voltado à população de baixa renda de responsabilidade estadual. Ocorre o pagamento por itens e procedimentos, e a organização de cuidados voltados para os portadores de doenças crônicas e aos pacientes frágeis com alta utilização de serviços.³

Os mesmos autores destacam que as redes de saúde são formas de ampliar o acesso, reduzir desigualdades além de serem instrumentos para garantia ao direito à saúde. Revela que é importante harmonizar as interfaces políticas e técnicas, responsabilizar-se pela saúde da população assistida, juntamente com seus usuários.

A busca na literatura científica mostra que as redes de saúde, sejam na perspectiva nacional ou internacional, possuem vários pontos em comum, a exemplo de se configurarem conforme o perfil da população, ou a necessidade de existir uma boa comunicação entre os pontos, ou se organizarem por diferentes níveis de necessidade e/ou

complexidade. A gestão desse sistema é também um desafio, como o caso do Brasil, em que há grandes diferenças regionais e epidemiológicas. Assim, destaca-se a importância da força humana de trabalho, em tentar fazer da rede um arranjo único, resolutivo e bastante flexível, a partir, por exemplo, da construção do vínculo no território de atuação, da comunicação entre outros pontos e também com o usuário, da apropriação do perfil epidemiológico e construção de ações embasadas nas necessidades levantadas.

Por se tratar de um tema complexo e amplo, o trabalho em saúde não segue um passo a passo preciso. Mas, com certeza, a apropriação da realidade na qual atua, bem como o conhecimento das ferramentas disponíveis, são imprescindíveis para uma assistência mais qualificada, e uso/construção de uma rede fluida e resolutiva.

Conforme exposto, as redes configuram-se como parte da estrutura dos serviços de saúde, e causam impacto sobre o mesmo. Por perceber a importância dessa discussão, construiu-se esse relato de experiência, cujo objetivo é relatar a vivência numa oficina de capacitação sobre Policlínica, em Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Métodos

A oficina ocorreu na cidade de Feira de Santana, durante três dias, no mês de maio de 2018,

numa instituição de educação superior reservada pelo núcleo de saúde do referido município. Os responsáveis em preparar a oficina foram os Apoiadores Institucionais (AI) do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). Esses contaram com o apoio das residentes em Saúde da Família, que fizeram o estágio durante os meses de março a junho de 2018.

Os organizadores entraram em contato com os municípios participantes do consórcio da policlínica, via *e-mail*, para realizar o convite e explicar a proposta da oficina. Após confirmação, as cidades participantes foram divididas em cada sala durante os três dias do evento. O critério para alocação nas salas foi baseado no número de equipes de saúde da família, que foram agrupadas, totalizando cerca de trinta participantes por sala. Nas cidades com maior número de equipes, mais profissionais foram convidados. A divisão realizada baseou-se em mesclar municípios com maior número de equipes, junto com os de menor número, e assim evitar excesso de participantes numa sala, e escassez em outras.

Solicitou-se, via ofício encaminhado por *e-mail*, o comparecimento de profissionais da área médica, da saúde bucal, da enfermagem, da coordenação de atenção básica e da regulação. Para mediar a atividade, escalou-se, aleatoriamente em cada sala, uma residente, dois AI e um profissional do núcleo de saúde. Cada sala abrigou torno de trinta participantes que representaram a realidade dos seus

municípios. O evento ocorreu simultaneamente em três salas durante os três dias planejados.

As salas reservadas para o evento eram climatizadas, possuíam cadeiras móveis e *data show* disponível para os mediadores do evento. Através da SESAB, pastas foram preparadas com folhas de ofício, canetas, lápis e versões impressas do protocolo de encaminhamento, para serem usados na condução das atividades.

No primeiro momento da oficina, houve explanação sobre a estrutura da policlínica, bem como os objetivos, funcionamento e apresentação do protocolo. No segundo momento, foi aberto espaço para esclarecer dúvidas e ouvir comentários do público. O terceiro momento caracterizou-se pela divisão da turma em grupos menores, onde cada grupo recebeu um caso para discussão e um protocolo de encaminhamento. Todos os casos discutidos eram fictícios, e traziam o suposto quadro clínico de uma pessoa com problemas de saúde tratáveis na rede básica e também numa rede de maior complexidade. Após um tempo para reflexão, cada equipe expôs suas considerações, os conhecimentos foram socializados e os mediadores conduziram as discussões.

Valer ressaltar que a construção desse relato de experiência dispensa a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa, pois as informações são refletidas de maneira geral, sem envolver a singularidade dos sujeitos. Salienta-se também que a literatura científica citada respeitou os direitos autorais dos pesquisadores.

Resultados

Posteriormente a explanação do conteúdo (primeiro momento), os profissionais fizeram comentários positivos, no sentido de que acreditam que a policlínica será um serviço de impacto no encaminhamento e acompanhamento dos casos, e esclareceram dúvidas sobre número de vagas disponíveis e marcação. Sobre esses aspectos, vale destacar que os mediadores ratificaram que as vagas pertencem ao município, e que cada cidade possui um número de vagas conforme sua necessidade (princípio da equidade). Assim, podem existir mais vagas de uma determinada especialidade para um local e menos para outro.

Na hipótese de um município não utilizar a vaga disponível, essa pode ser cedida para outra cidade que necessite daquela especialidade, e que já tenha suas vagas preenchidas, mediante acordo entre os gestores e a direção da policlínica. Sobre a marcação, os reguladores expressaram dúvidas sobre o manuseio do sistema, e foi esclarecido que haverá um treinamento específico para esse fim, já que a policlínica possui um sistema próprio de marcação.

Na etapa de discussão dos casos, os profissionais comentaram sobre a importância em vincular o paciente à equipe, para evitar a descontinuidade do tratamento, realizar a busca ativa quando estiver faltoso, realizar uma boa avaliação da situação de saúde, pois isso possibilita tratar o que está ao alcance da rede básica e evita encaminhamento desnecessário.

Os mediadores da oficina levantaram questionamentos sobre dificuldades entre a rede básica e demais pontos de atenção à saúde. Os participantes relataram que em alguns casos não há problemas, pois o município dispõe de alguns especialistas, e quando ocorre de necessitar dessa especialidade disponível, já facilita o encaminhamento do usuário na mesma cidade. Porém, quando não há essa viabilidade, torna-se necessário o encaminhamento e a espera por vaga. Outras dificuldades apontadas referem-se a fatores externos: pressão política e dos pacientes, solicitações desnecessárias e poucas vagas.

Para sanar os entraves relatados, o público sugeriu avaliar o paciente para evitar encaminhamentos desnecessários, melhorar a referência e contra referência, aplicar os recursos disponíveis em prol da estabilidade do usuário.

Algumas críticas foram feitas sobre o funcionamento da policlínica, como por exemplo, a discordância com o protocolo que restringe algumas solicitações de exames pelos profissionais da área médica da rede básica. Os médicos presentes relataram que é mais viável que o exame, se necessário, seja solicitado pelo profissional da rede básica, pois já torna a assistência mais rápida. Além disso, pontuaram que a logística sugerida no protocolo gera um custo maior: o paciente vai para a consulta com o especialista na policlínica, que solicitará o exame, e depois retorna para realização do mesmo. Além de ser mais trabalhoso para o

paciente, gera mais custos para o sistema de saúde e ocupa duas vagas na condução do caso. Segundo os relatos, torna-se menos oneroso se o usuário sair da rede básica com a solicitação em mãos, providenciar a marcação e ingressar na policlínica já com o resultado do exame.

Alguns profissionais alegaram que a participação do seu município no consórcio, não foi uma atitude muito acertada, visto que sua cidade possui vários especialistas atendendo, e por isso é possível resolver os casos a nível local. Quando questionados por um dos condutores da oficina, sobre a frequência desses especialistas, os participantes sinalizaram que os especialistas atendem de um a dois turnos no mês, torno de cinquenta pessoas por turno. Em contrapartida, profissionais de municípios com escassez de médicos especialistas, sinalizaram que a policlínica é um serviço essencial, e acreditam que será muito proveitoso e resolutivo nos encaminhamentos realizados.

Outro comentário que suscitou discussões, foi o questionamento de alguns profissionais da área médica, que, ao se referir a um exame, questionou se os mesmos serão os responsáveis em instruir o paciente sobre o preparo. Os mediadores explicaram que, ao ser solicitado qualquer exame, o paciente já deve ser orientado sobre o pedido e sobre o preparo para o mesmo e ter suas dúvidas esclarecidas, independente de estar sendo atendido numa policlínica ou num serviço da rede básica.

Discussão

A partir da fala dos profissionais e das situações colocadas, notou-se que existe uma sensação de fragmentação do cuidado produzido, pois quando o paciente é encaminhado para outro ponto da rede de cuidados, gera no serviço de origem um sentimento de que o usuário não mais pertence aquela unidade, principalmente pela escassez de contra referência. Apesar de a portaria priorizar a atenção básica como porta de entrada e ordenadora do cuidado, na prática, parece persistir uma fragilidade nesses aspectos.

A Policlínica Regional de Saúde (PRS) se caracteriza como um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, fruto de um projeto entre o governo do Estado e os Municípios, a fim de ambos custearem um centro de saúde especializado. Esse centro, denominado popularmente de PRS ou apenas Policlínica, busca oferecer atendimento especializado e exames (diagnóstico e de imagem) para a população de uma determinada região. Algumas especialidades são previamente definidas, e podem sofrer acréscimos, conforme o perfil epidemiológico da região. Nesse projeto, o governo estadual custeia integralmente as despesas para a construção das Policlínicas, e a manutenção será compartilhada, sendo 60% assumida pelos municípios consorciados e 40% pelo Estado.⁴

Esse projeto busca favorecer a regionalização da saúde, fortalecer a rede do SUS e oferecer

atendimento integral, através de uma equipe multiprofissional. A lógica de funcionamento deve acontecer a partir do serviço básico: uma vez que a unidade de saúde da família ou unidade básica de saúde detecta a necessidade de encaminhar um usuário, a Secretaria Municipal de Saúde realiza a marcação, e encaminha o usuário para a PRS de sua respectiva região, em transporte próprio e com direito a acompanhante, se necessário. O usuário encaminhado mantém o vínculo com sua unidade de origem, e pode frequentar ambos os serviços, sem prejuízo algum.⁴

A busca na literatura científica revelou alguns estudos que tratam das redes de atenção a saúde, como o realizado em duas cidades do Rio de Janeiro, que buscou avaliar o sistema de referência e contra referência como forma de apoio ao Programa Saúde da Família (PSF). Foi demonstrada fragilidades em todos os aspectos pesquisados, destacando-se, por exemplo, a inexistência ou precariedade de contrarreferência, oferta limitada de consultas e exames, e má organização das atividades de regulação. Outro achado que chamou atenção, diz respeito ao acesso, que, embora seja influenciado por questões de deslocamento, distância geográfica e violência, predomina também, a falta de planejamento das ofertas e a capacidade do sistema de regulação em regular as demandas. Destacou-se a precariedade no sistema de informação, caracterizado pela ausência de sistemas online para gerenciamento das marcações e a falta de implantação do Cartão SUS.⁵

Outros estudos refletem sobre a implantação das Policlínicas Comunitárias, em Niterói, Rio de Janeiro, instaladas com o objetivo de atender demandas mais complexas, com ações articuladas na rede básica. Os autores salientam que a coalizão política foi essencial para o sucesso da integralidade dos serviços, e que a longa permanência do grupo gestor e dos profissionais nos serviços de saúde colaborou para o fortalecimento da rede de saúde. No entanto, alguns fatores prejudicaram esse bom andamento, a exemplo das divergências políticas, hegemonia do modelo hospitalocêntrico, fragilidade de vínculos da rede básica com a comunidade.⁶

Percebe-se que a essência da policlínica é algo já existente, que aparece no cenário da saúde com outros nomes, porém buscando o mesmo objetivo. Os estudos levantam diversos aspectos que entavam a fluidez da rede, e são fatores voltados à logística do funcionamento, aspectos políticos, de infra estrutura e também recursos humanos. Confrontar a experiência vivenciada com a literatura científica, demonstrou uma certa estagnação da integralidade dos serviços, por conta do contexto da saúde apresentar pontos críticos enraizados e que perduram por anos.

A busca científica permitiu notar, por exemplo, uma repetição de problemas em diferentes cidades: a persistência do modelo médico hegemônico, a fragilidade do perfil epidemiológico da população e da rede básica como ordenadora do cuidado, rotatividade de

profissionais, fragilidade de vínculos com a comunidade, ruídos na comunicação entre os serviços de saúde. Embora se tenha feito tentativas de integrar os serviços, com criação de novos pontos na rede, o ambiente da saúde conserva várias características, tidas até então, como nocivas ao desenvolvimento do sistema de saúde.

Considerações finais

Diante da experiência relatada e da reflexão científica, notou-se que a inserção da Policlínica na rede de saúde, para, possivelmente ser bem sucedida, requer uma mobilização política e também de comunicação, a fim de que os diferentes pontos

da rede possam se comunicar de forma fluida, e de fato operacionalizar sua proposta.

No entanto, a busca científica revelou algumas experiências de implantação desses serviços e de unidades de maior complexidade, em que houve um sucesso limitado, ficando aquém das expectativas planejadas. Diante desse cenário, cabem algumas reflexões no sentido de repensar o contexto no qual a Policlínica será implantada, se esse favorece operacionalizar seu potencial, como será a relação desse serviço com os demais pontos da rede, e se a policlínica é realmente um fortalecedor do sistema de saúde ou mais um ponto da rede que enfrentará os entraves já existentes.

Referências

- ¹Ministério da Saúde (BR). Portaria 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
- ²Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(5):2297-2305.
- ³Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(5):2307-2316.
- ⁴Secretaria Estadual de Saúde da Bahia [Internet]. Salvador: Policlínicas Regionais de Saúde; 2018. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/policlinicasregionais/>
- ⁵Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(3):3579-3586.
- ⁶Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(3):523-535.

Submissão: 20/09/2018
Aceite: 15/01/2019