

VIVÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB: UM OLHAR PARA O DISTRITO SANITÁRIO II

Antares Silveira Santos; Victor Mendes de Vasconcelos; Gabriella Barreto Soares; Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, antaressantos@gmail.com

Resumo: A descentralização das ações em saúde é um importante fator de gestão dos serviços e traz melhoria das condições de saúde populacional. E o Distrito Sanitário (DS) é o território estratégico para as ações em saúde. Entretanto, frequentemente reduz-se a um entendimento meramente administrativo, esquecendo-se da capacidade de identificar problemas e desenvolver propostas de intervenção. Assim, objetiva-se com esse trabalho identificar as práticas e processos da rede de saúde de Campina Grande – PB, por meio da vivência de estágio no DS II, buscando verificar o funcionamento dos DS e os níveis de atenção inseridos nesse contexto. Trata-se de relato de experiência proporcionado pelo componente curricular Estágio Supervisionado III.I do departamento de Odontologia da UEPB, realizado por graduandos por meio de entrevistas com as gerentes e apoiadoras dos DS. O DSII possui nove bairros, oito UBSFs, doze ESF e seis ESB, e busca suprir a falta de cobertura com os PACs e encaminhamentos para outros níveis de atenção. Observa-se que existe deficiência na coleta de informações acerca do perfil epidemiológico em relação à saúde bucal e que a necessidade de assistência por estas comunidades é refletida no acolhimento recebido pelas equipes, sendo estas bem recepcionadas em áreas julgadas como de risco. São necessários avanços na Rede de Atenção à Saúde para funcionamento consonante com as diretrizes do SUS e a deficiência no armazenamento de dados do perfil epidemiológico da população sugere necessidade de maior articulação entre gestão e executores para concretizar o objetivo da descentralização das ações em saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Descentralização, Sistemas Locais de Saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a descentralização das ações em saúde vem sendo caracterizada como um importante fator para a gestão dos serviços em saúde (SILVA et. al., 1995). O eixo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) é um componente e instrumento para gerar melhoria das condições de saúde e de vida da população ao buscar novos modelos de atenção e de gestão, observando-se que o Distrito Sanitário atua como um território estratégico para a estruturação das ações em saúde (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

Segundo Cardoso (2013) a descentralização define a responsabilidade municipal pela gestão de serviços e ações de saúde do seu âmbito de estratégia, havendo cooperação técnica e financeira das demais esferas governamentais, e visa à diminuição de desigualdades regionais ao permitir o gerenciamento e organização dos serviços da saúde próximos do perfil epidemiológico e sanitário da região, aproximando o cidadão da execução das ações e serviços de saúde, do planejamento de políticas e

mecanismos que buscam ampliar o acesso aos serviços de assistência à saúde e a otimização dos recursos.

Nessa lógica, Mendes (2011) traz as Redes de Atenção à Saúde que são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar atenção contínua e integral para determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade - e com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população (MENDES, 2011).

Esse modelo de atenção fortalece a estratégia da territorialização que é preconizada por diversas iniciativas do SUS, no entanto, mas frequentemente, acaba por reduzir o conceito do espaço a um entendimento meramente administrativo, utilizando-o para a gestão física dos serviços de saúde e esquecendo-se da capacidade que o conceito do espaço tem para identificar problemas de saúde e desenvolver propostas de intervenção que condizem com as realidades epidemiológicas existentes (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Segundo Bezerra & Bitoun (2017), essas dificuldades provem de problemas na articulação entre as diferentes escalas que pensam e executam esse trabalho, ou seja, aqueles que atuam em escala operacional mais próxima da população, das vulnerabilidades e dos riscos, e aqueles que organizam e distribuem as ações, verificando-se, dessa forma, falta de interação comunicativa entre os executores e gestores dos programas. Portanto, existe a necessidade da elucidação do funcionamento desse processo, afim de identificar os possíveis meios para o desenvolvimento das medidas dos serviços de saúde de forma eficaz.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo identificar as práticas e processos desenvolvidos na Rede de Atenção à Saúde do município de Campina Grande - PB por meio da vivência do estágio dos graduandos de Odontologia no Distrito Sanitário II, buscando verificar o funcionamento dos distritos sanitários nos diferentes níveis de atenção.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência dos alunos do curso de Odontologia junto a gestão do Distrito Sanitário II de Campina Grande – PB proporcionado pelo componente curricular Estágio Supervisionado III.I do departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, no município de Campina Grande – PB. O município de Campina Grande – PB, a segunda maior cidade da

Paraíba, com população superior a 410.000 habitantes, é dividido em oito Distritos Sanitários.

A vivência no DS II foi realizada por 03 (três) graduandos de Odontologia durante o período 2017.2 na Secretária de Saúde de Campina Grande. Durante todo o estágio, os alunos foram orientados pelas professoras da disciplina, tendo sido realizadas discussões sobre a temática da descentralização das ações de saúde, Redes de Atenção à Saúde, distritalização e vigilâncias da saúde, bem como atividades práticas relacionadas a esses assuntos, buscando uma maior fixação da temática e tornando a aprendizagem mais dinâmica e prazerosa.

Seguindo a proposta da disciplina, após a abordagem teórica em sala de aula, foi proposta a divisão em grupos, em que, cada grupo, ficaria responsável por realizar a busca pelo funcionamento de um Distrito Sanitário do município de Campina Grande – PB, bem como pela caracterização da realidade epidemiológica do mesmo. Para isso, os alunos entraram em contato com os respectivos gerentes dos distritos, marcando uma entrevista, possibilitando a elucidação e vivência da temática proposta.

Para a coleta das informações necessárias para a construção do trabalho, foi elaborado pela equipe um roteiro informal de perguntas guias (quadro 1), que seriam utilizadas durante a entrevistas com a equipe de gerência do Distrito Sanitário II, objetivando abordar todas as questões relevantes para a caracterização do distrito, de modo a permitir a visualização de todos os pontos propostos pela disciplina.

Quadro 1. Questionário confeccionado para a realização da entrevista.

- O que compõe o Distrito Sanitário II?
 - Quais os bairros abrangidos?
 - Quantas e quais são as UBSF?
 - Quantas e onde estão localizadas as ESF e ESB?
 - Em que locais não há cobertura de saúde? – Como supre a falta de cobertura?
 - Quais são e onde estão localizados os Serviços de Média e Alta Complexidade?
 - Como são realizadas as referências para exame e diagnóstico?
- O Distrito Sanitário II engloba comunidades semelhantes ou distintas em relação as condições socioeconômicas e vulnerabilidade social?
- O que pode ser observado acerca da presença de

doenças infectocontagiosas nas distintas realidades?

- E sobre as doenças crônicas sistêmicas? Como se apresentam?
- As características da saúde bucal possui diferença gritante?
- Como é feito o planejamento para conseguir dar atenção necessária para os problemas prevalentes em cada realidade?
- De que modo são levantadas as informações das condições de saúde da população?
- Quais são os maiores problemas sociais observados?

Fonte:Elaborado pelos autores

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Distrito Sanitário II é composto pelos bairros: Centenário, Bela Vista, Pedregal, Bodocongó, Prata, Serrotão, Universitário, Mutirão e São Januário. Nesse distrito existem 08 (oito) Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo que em 04 (quatro) delas há existência simultânea de 02 (duas) Equipes da Saúde da Família, totalizando na existência de 12 (doze) ESF, e em 02 (duas) delas não há Equipe de Saúde Bucal (Tabela 1) e Centros de Saúde e Hospitais (atenção secundária e terciária).

Tabela 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), Equipe de Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) em relação aos bairros do Distrito Sanitário II.

BAIRROS	UBSF	ESF	ESB
Centenário	UBSF Eduardo Ramos	01	-
Bela Vista	-	-	-
Pedregal	UBSF Adalberto Cesar	02	-
	UBSF Raimundo Carneiro	02	01
Bodocongó	UBSF Bodocongó I	01	01
	UBSF João Rique	02	01
Prata	-	-	-
Serrotão	UBSF Nely Maia	01	01
Universitário	-	-	-
Mutirão	UBSF Mutirão	02	01

A composição da equipe de uma UBSF deve ser de, no mínimo, um médico de família generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo haver a incorporação de outros profissionais à unidade a partir da demanda observada e características da organização dos serviços de saúde locais (BRASIL, 1997). Observa-se a existência de 12 Médicos, 14 Enfermeiros e 12 Técnicos de Enfermagem distribuídos na área de abrangência do DSII, tendo a presença de outros profissionais incorporados a algumas dessas equipes, Assistente Social, Fisioterapeuta, Educador Físico e Nutricionista, proveniente do NASF, que, de acordo com Costa e Carbone (2009), vem para ampliar e aperfeiçoar a atenção na ESF ao influenciar positivamente na resolutividade, apoiando as equipes.

No contexto de trabalho da área de abrangência do DS II, foram identificadas áreas descobertas pela ESF e a apoiadora do DS II justifica da seguinte forma:

Campina Grande está crescendo vertiginosamente e isso deixa áreas descobertas. Para isso possuem os PACS, formados por enfermeiros e ACS. Quando necessita de médico, encaminha para o centro de saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, é uma estratégia para o aprimoramento e consolidação do SUS ao reorientar a assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 2001). Assim, nos locais que não há a ESF, o PACS irá dar a cobertura para suprir as necessidades, existindo o PACS Bela Vista e o PACS Vila Nova da Rainha.

A implantação das Equipes de Saúde Bucal na ESF busca a ampliação do acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorando os indicadores de saúde (BRASIL, 2002). Desse modo, a falta de ESB em algumas UBSF ocasiona dificuldade no acesso efetivo da comunidade adstrita, levando a uma piora no quadro de saúde bucal. Segundo a apoiadora do distrito, não são observados impactos significativos na saúde bucal daquelas UBSF que não possuem a ESB, pois são locais em que vive uma população com maior poder aquisitivo. Isso traz à tona duas reflexões importantes: 1) é notória a necessidade de uma maior equidade na assistência a saúde bucal, devendo ter um aumento progressivo no investimento da ESB e

ESF para alcançar aqueles que possuem baixo poder aquisitivo; 2) existe a necessidade de um levantamento epidemiológico para verificar a que ponto esses impactos não são significativos, visto que existe aquela parcela com baixo poder aquisitivo presente no bairro considerado de maior poder aquisitivo.

Além da Atenção Primária, existem os Serviços de Média e Alta Complexidade que compõem a Rede de Atenção à Saúde de Campina Grande. No DSII foi informada a existência de um serviço de Média Complexidade, o Centro de Saúde da Bela Vista. O Ministério da Saúde (2007) define Média Complexidade como um nível de atenção que é composto por ações e serviços que buscam atender os principais problemas e agravos de saúde da população, em que a complexidade da assistência necessita da disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Ademais, o Centro de Saúde da Bela Vista, segundo a apoiadora, além de servir para os encaminhamentos para especialidades Ginecologia e Cardiologia após a passagem pelos profissionais das UBSFs, vão servir, também, para suprir a falta do médico Clínico Geral em determinadas unidades. Para os encaminhamentos para locais que não estão dentro do DSII, são utilizados: Hospital Pedro I, Hospital Universitário Alcides Carneiro, Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). Para suprir a falta de ESB, encaminha-se para o Centro de Saúde Francisco Pinto (para casos mais básicos relacionados a saúde bucal) e aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Esses centros especializados priorizam os atendimentos para as áreas que não possuem a ESF, destinando uma resposta mais rápida para essa parcela da população, como forma de compensar a falta de assistência da Atenção Primária. No entanto, os usuários cobertos pelas ESF apresentam um cuidado mais integral, com criação de vínculo com a UBSF e a equipe de saúde, e isso traz resultados mais positivos para os indicadores de saúde, visto que os clínicos gerais que atendem essa população descoberta na atenção secundária, realizam apenas consultas pontuais, sem a prática de atividades prevenção e promoção de saúde.

Quando indagado se existe diferença entre os bairros em relação a prevalência de doenças infectocontagiosas, afirmou-se que existe uma nítida prevalência de verminoses nas áreas em que a população possui mais baixo poder aquisitivo e de informação (São Januário e Mutirão), bem como a presença da Sífilis. Estudos (VISSER et al., 2011; VIEIRA; BENETTON, 2013) demonstram que aqueles que vivem em áreas de condição precária de moradia e áreas de risco estão se mostrando maiores

alvos para as verminoses, sendo influenciado, também, por hábitos culturais, alimentação e educação.

Para que a meta de eliminação das verminoses seja bem sucedida, a estratégia necessária é a da busca ativa de casos e seus fatores de risco, além de ações educativas que levem a informação de forma eficaz a comunidade, sendo necessário, também, o gerenciamento dos órgãos públicos para a implantação de adequado saneamento básico e planejamento de políticas públicas que visem à melhoria da condição de vida da população (ROJAS, 2015). Dessa forma, verifica-se a necessidade da articulação entre as equipes de saúde da família e a gestão, para que exista a coleta e armazenamento dos dados referentes as necessidades da população, afim de solucionar os problemas encontrados.

Já, quando perguntado sobre a existência de diferenças no perfil da ocorrência de doenças sistêmicas crônicas, foi afirmado que existem muitos casos de Hipertensão e Diabetes, porém segundo a apoiadora: *“Não há diferença entre os bairros, é uma coisa só. A hipertensão e diabetes está impregnado em todo canto”*. Dessa forma, observa-se o importante papel da Atenção Primária para a realização de atividades preventivas e promocionais da saúde, buscando a diminuição significativa dessas doenças que atualmente tem uma grande prevalência.

O conhecimento da situação epidemiológica das doenças e agravos que acometem a população adscrita nesses Distritos Sanitários é de suma importância para o planejamento e execução das ações da Rede de Atenção à Saúde. No entanto, as falas apresentadas pela gestão do DSII sugerem a dificuldade de articulação entre os gestores e os executores dos serviços de saúde, que se for realizada de maneira mais estreita, facilita o conhecimento da situação de saúde vivenciada e registrada no dia a dia do trabalho dos ACS e profissionais de saúde, pela gestão.

Quando questionado sobre a violência no DSII, se existe diferenças entre os bairros, foi respondido pela apoiadora que:

A violência é global. É a mesma coisa eu estar no Centenário ou no Pedregal, às vezes até me sinto mais segura estando no Pedregal porque lá eu já sei o que vou encontrar e onde. E existe um respeito com a equipe, um cuidado. É onde o pessoal acolhe melhor.

Essa afirmativa pode ser explicada a partir do entendimento de que as áreas consideradas de risco, onde possuem um maior índice de violência, é onde encontram-se as comunidades mais pobres e vulneráveis, fazendo com que o profissional da saúde seja acolhido nesses locais. Além disso, observa-se que o

trabalho humanizado e integral proveniente da Atenção Primária cria vínculos, como mencionado durante a entrevista. Assim, a forma de atendimento diferenciado também irá contribuir para a aceitação da comunidade em relação aos profissionais que estão ali presentes.

A consulta no PSF não é uma consulta como no hospital. Porque se você trabalha numa comunidade, você vai conhecer cada pessoa da comunidade, vai criar vínculo. O atendimento vai ser de acordo com cada pessoa. Se você é uma mãe solteira que tem cinco filhos, eu não vou abordar você como eu abordaria uma senhora que tem marido, é diferente a abordagem. No momento da consulta, além de consultar você, eu já vou orientando sobre os pontos que eu observo necessário. E a partir do vínculo, vai ficando uma relação cada vez mais informal e o indivíduo vai aceitar essas orientações com mais facilidade. A atenção básica é isso, é vínculo. É você se adequar no ambiente que está e vai criando confiança.

CONCLUSÕES

No contexto geral de vivência na Rede de Atenção à Saúde referente ao Distrito Sanitário II de Campina Grande foi possível observar que muito precisa ser avançado na Atenção Primária à Saúde para que os serviços funcionem de forma convergente às diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantindo universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços. Além disso, foi possível verificar que existem deficiências no levantamento e armazenamento de dados que informam o perfil epidemiológico da população adscrita na região por parte da gestão, dificultando a realização do planejamento de medidas preventivas e promocionais de acordo com o perfil de cada comunidade. Por fim, sugere-se que a descentralização das ações em saúde através dos Distritos Sanitários exige uma maior articulação entre gestão e executores para concretizar seu objetivo e melhorar a atenção à saúde da população que reside nessa região de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. Distritos Sanitários: Concepção e Organização São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

BEZERRA, A. C. V.; BITOUN, J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3259-3268, Oct. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da

Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretaria Executiva. Programa agentes de saúde comunitários (PACS)/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

_____. Compreendendo melhor a Saúde Bucal na proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

CARDOSO, S. B. A.; PEREIRA, M. F.; PEREIRA, J. Contribuição do Distrito Sanitário Sul na Gestão da Saúde Pública: análise de coordenadores de Centros de Saúde do Município de Florianópolis. In: PEREIRA, M. F.; COSTA, A. M.; MORITZ, G. O.; BUNN, D. A (orgs.). **Coleção Gestão da Saúde Pública – Contribuições para a gestão do SUS**, v. 9, Florianópolis : Fundação Boiteux, 2013. Cap. 10, p. 186-198.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 898-906, June 2005 .

ROSSO, C. S. W. Perfil dos gestores dos Distritos Sanitários de Goiânia – Goiás. In: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em saúde, 2, Belo Horizonte, 2013. **Anais**. Belo Horizonte: ABRASCO, 2013.

SILVA, L. M. V. O Processo de Distritalização e a Utilização de Serviços de Saúde – Avaliação do Caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 72-84, jan/mar 1995.

TEIXEIRA, C F. et al . O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 79-84, Mar.1993.

VIEIRA, D. E. A.; BENETTON, M. L. F. N. Fatores ambientais e socioeconômicos associados à ocorrência de enteroparasitoses em usuários atendidos na rede pública de saúde em manaus, am, brasil. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 2, p. 487-498, Mar./Apr. 2013.

VISSER, S. et al . Estudo da associação entre fatores socioambientais e prevalência de parasitose intestinal em área periférica da cidade de Manaus (AM, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3481-3492, Aug. 2011 .