

## FLUXOS E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: mobilidade dos usuários de média complexidade<sup>a</sup>

Adriana ROESE<sup>b</sup>  
Tatiana Engel GERHARDT<sup>c</sup>

### RESUMO

A organização dos serviços de saúde, em redes ou não, devem responder às demandas populacionais resultantes da complexa conjugação de fatores sociais, individuais e culturais. O objetivo deste estudo é construir um perfil socioeconômico e demográfico dos usuários, de forma a ilustrar a utilização de dois serviços de saúde de média complexidade, por meio do mapeamento dos fluxos de usuários de municípios da Metade Sul do Estado do Rio Grande do Sul. O estudo é descritivo, transversal, com 150 usuários dos referidos serviços. Foram utilizadas análise estatística univariada e bivariada e análise espacial. A análise dos fluxos revelou um descompasso entre o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) e a prática dos usuários, sendo que os recortes propostos pelo Estado não respondem às suas reais necessidades de movimentação no espaço local (territorialidade). Evidencia-se o inevitável engajamento político em prol da regionalização, observando-se a mobilidade dos usuários e a construção das trajetórias terapêuticas como um novo desafio à Saúde Pública.

**Descritores:** Serviços de saúde. Regionalização. Sistemas locais de saúde. Acesso aos serviços de saúde.

### RESUMEN

*La organización de los servicios de salud debe responder a las demandas poblacionales resultantes de la compleja conjugación de factores sociales, individuales y culturales. El objetivo de este estudio es elaborar un perfil socioeconómico y demográfico de los usuarios, para así ilustrar la utilización de dos servicios de salud de mediana complejidad, por medio del mapeo de los flujos de usuarios de municipios de la parte sur del Estado de Rio Grande do Sul, Brasil. El estudio es descriptivo, transversal, con 150 usuarios de los referidos servicios. Se utilizaron análisis estadístico y espacial. El análisis de los flujos reveló un desajuste entre el Plan Director de Regionalización y la práctica de los usuarios, siendo que las reducciones propuestos por el Estado no responden a las reales necesidades de movimiento en el espacio local. Se evidencia el inevitable involucramiento político a favor de la regionalización. Se observa la movilidad de los usuarios y la construcción de las trayectorias terapéuticas como un nuevo desafío para la Salud Pública.*

**Descriptorios:** Servicios de salud. Regionalización. Sistemas locales de salud. Accesibilidad a los servicios de salud.

**Título:** Flujos y utilización de servicios de salud: movilidad de los usuarios de mediana complejidad.

### ABSTRACT

*The organization of health services must respond to population demands resulting from complex social, individual and cultural factors. The objective of this study was to build the social-economic and demographic profile of the users to illustrate how to intermediate-complexity health services are used by mapping user flows in the southern region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. This was a descriptive and transversal study with 150 users. Statistic and spatial analyses were used. User flow analysis revealed dissonance between the Regionalization Master Health Plan and users' practice because the organization proposed by the State does not correspond to users' real needs of moving in the local space. An inevitable political engagement is evidenced on behalf of regionalization, and users' mobility and building therapeutic trajectories were considered as new challenges to be faced by public health.*

**Descriptors:** Health services. Regional health planning. Local health systems. Health services accessibility.

**Title:** Flow and use of health services: medium complexity users' mobility.

<sup>a</sup> Estudo elaborado com base na dissertação de Mestrado apresentada em 2005 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS), Brasil.

<sup>b</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do PPGENF/UFRGS. Professora Assistente em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde Uruguaiana da Universidade Federal do Pampa, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup> Enfermeira. Doutora em Antropologia Social. Professora Adjunta em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da UFRGS, Rio Grande do Sul, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O estudo da temática de fluxos de utilização de serviços de saúde em Municípios da “Metade Sul” do Estado do Rio Grande do Sul<sup>(1)</sup>, surgiu da problemática do Programa Interdisciplinar de Pesquisa (PROINTER) intitulado “Evolução e diferenciação da Agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do Sul do Brasil”. Esta problemática apontou a necessidade de estudar o acesso e os fluxos de utilização dos serviços de saúde, nos 8 Municípios da área de estudo, os quais carecem de serviços municipais adequados para o atendimento dos usuários. Como são Municípios de pequeno e médio porte, em relação a sua situação econômica e demográfica, alguns recém emancipados, a infraestrutura de saúde ainda é precária, condicionando a busca de atendimento em Municípios vizinhos, cujos serviços de saúde de referência acabam obtendo uma demanda muito elevada. Desta forma, elegeu-se Camaquã como área empírica para o desenvolvimento do estudo. O Município escolhido se configura como um pólo regional de crescimento urbano e pólo econômico mais desenvolvido e dinâmico da área de estudo, com grande concentração de serviços, o que torna o fluxo de usuários bastante intenso, na busca de um atendimento que supra as suas necessidades de saúde.

Atualmente, o País se encontra em fase de mudanças na forma de funcionamento e organização do sistema, por meio da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) que procura garantir o acesso a todos os cidadãos, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988. Após sua promulgação, a implementação do SUS passou por vários processos, sendo que pela Norma de Assistência à Saúde (NOAS), que substituiu as Normas Operacionais Básicas (NOBs), em 2001, foi instituída a regionalização, como macroestratégia<sup>(2)</sup>.

Existem três critérios que estruturam o conceito de regionalização: a polarização, a homogeneidade e o planejamento<sup>(3)</sup>. O processo de regionalização, que consta na NOAS, deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e

serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis<sup>(4)</sup>.

Na mesma norma, também é ressaltada a necessidade da construção do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, com o intuito de servir de instrumento para ordenar o processo de regionalização nos Estados e no Distrito Federal. Esse PDR deve ser criado na perspectiva de proporcionar aos usuários o acesso ao sistema de saúde mais próximo de sua residência, apresentando algumas condições mínimas de assistência, além de possibilitar-lhes o acesso aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde em referências intermunicipais. O PDR do Rio Grande do Sul foi criado no ano de 2002, buscando novas maneiras de “articulação entre os gestores e de organização do controle social”<sup>(5)</sup>.

A discussão referente à regionalização, trazida, tanto no texto da NOAS quanto no do PDR, demonstra que o conhecimento dos fluxos dos usuários aos serviços de saúde é preponderante para a efetiva construção do sistema de saúde, tanto no nível micro, quanto no macro. Neste sentido, a territorialidade torna-se inevitável nesse processo, pois demonstra a mobilidade dos usuários. Por territorialidade, entende-se “um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade-espaço-tempo em vias de atingir a maior autonomia possível, compatível com os recursos do sistema”<sup>(6)</sup>. A territorialidade reflete as relações de poder e interações do sujeito coletivo existentes no espaço e em determinado tempo.

A partir da análise de alguns autores sobre o tema, uma importante constatação é a de que “não é possível compreender qualquer território sem partir das territorialidades, sem conhecer os fluxos espaciais e temporais, sem identificar as relações à distância, sem compreender as relações de poder e os interesses em disputa, sem, enfim, incorporar o movimento e a política”<sup>(7)</sup>.

Neste contexto, vale relembrar os conceitos de fluxos e de utilização dos serviços de saúde. Desta forma, conceituaram-se os fluxos de utilização dos serviços de saúde, pelos usuários, como a busca por uma ação terapêutica e/ou a trajetória percorrida por eles à procura do atendimento, estando este fluxo vinculado a todos os esforços realizados para alcançar a resolutividade<sup>(1)</sup>.

“A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde”<sup>(8)</sup>. Em linhas gerais, os determinantes de sua utilização podem ser descritos como fatores relacionados: à necessidade de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização, e à política<sup>(9)</sup>. O conceito de uso compreende todo contato direto ou indireto com esses serviços<sup>(8)</sup>, devendo levar em conta, não somente o resultado da “interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde”<sup>(9)</sup>, mas, também, o comportamento individual, independente do sistema, ou seja, de acordo com suas necessidades e situações de vida que o levem a elaborar estratégias de enfrentamento de seus problemas cotidianos, sejam eles de saúde ou não<sup>(10)</sup>.

Resta o desafio de associar o individual e o coletivo na compreensão do processo de utilização de serviços, cuja organização em redes, ou não, devem responder às demandas populacionais, resultantes das complexas conjugações de inúmeros fatores sociais, individuais e culturais. Desta forma, torna-se importante para o planejamento e a organização desses serviços, conhecer o perfil socioeconômico e demográfico de seus usuários e a mobilidade existente na utilização dos serviços de saúde de média complexidade.

## METODOLOGIA

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) do Rio Grande do Sul é fruto do esforço de efetivar a regionalização do SUS, no Estado. A sua construção partiu do diagnóstico da situação de saúde, englobando características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas do Estado, com dados oriundos do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O plano também conta com as diretrizes, prioridades e metas de gestão estadual para o ano de 2002, além da efetivação do processo de regionalização<sup>(5)</sup>.

De acordo com a nova organização do Sistema de Saúde do Estado, Camaquã pertence à Macrorregião Metropolitana e à Microrregião Costa Doce Sul. Os Municípios desta microrregião são Camaquã, Amaral Ferrador, Arambaré, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Sentinela do Sul, Dom Feliciano e Tapes. Quanto ao módulo assistencial, esta microrregião possui três Municípios-

sede (Camaquã, Dom Feliciano e Tapes)<sup>(5)</sup>. Esta caracterização inicial do PDR subsidia o entendimento da estrutura do Sistema de Saúde do Estado, possibilitando a compreensão da discussão dos resultados da pesquisa que originou o presente artigo.

A área de estudo compreendeu dois serviços de saúde de Camaquã que tivessem condições de apontar o fluxo de usuários entre os municípios da própria área e do interior do município: 1) o Hospital Municipal que serve de referência na região e que recebe muitos usuários de municípios vizinhos, mesmo os que não estão na área de estudo do PROINTER; 2) o Pronto-Socorro municipal que é uma unidade anexa ao hospital. A escolha ocorreu devido à possibilidade que esses serviços têm de mostrar um maior número de pessoas procedentes de outros locais, que não a sede municipal de Camaquã, proporcionando também a visualização da proposta de regionalização e da dinâmica da territorialidade dessa área empírica.

A amostra foi constituída por 150 usuários dos dois serviços de saúde investigados. Desses, 120 eram referentes aos atendimentos do mês de dezembro de 2002, do referido hospital<sup>(11)</sup> e 30, escolhidos, aleatoriamente, no Pronto-Socorro.

O estudo foi transversal e realizado com usuários internados ou atendidos no Pronto-Socorro. A coleta de dados realizou-se no período de 09/03/2004 a 23/03/2004 por meio da entrevista. A técnica para selecionar os usuários que participaram da amostragem foi a aleatória simples.

Os dados quantitativos foram codificados e inseridos em um banco de dados, elaborado no *software* Epi Info 6.04, sendo realizadas análises univariada e bivariadas. Utilizou-se o teste estatístico qui-quadrado, para verificar as relações entre as variáveis analisadas, sendo considerado o  $p \leq 0,05$  para avaliação da significância estatística. As variáveis em estudo foram: serviços de internação do Hospital Geral investigado, idade, sexo, escolaridade, ocupação, procedência e tempo de moradia do entrevistado. Para a elaboração dos mapas utilizaram-se os *softwares* Idrisi 32, Surfer e Corel Draw 10.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Respeitaram-se as considerações bioéticas quanto ao acesso e análise de dados, sendo que os entrevistados concordaram com a participação, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>(12)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico e demográfico da população em estudo, de consumo de serviços de

saúde de média complexidade, apresentou características que permitiram análises relevantes sobre as demandas e os fluxos de utilização desses serviços (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas, segundo a procedência dos usuários entrevistados. Camaquã, RS, 2004.

Fator*	Sede		Interior		Outros municípios		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Serviços internação</b>									0,51
Clínica	37	49,4	13	48,1	23	47,9	73	48,7	
Cirurgia	07	9,3	03	11,1	07	14,6	17	11,3	
Obstetria	08	10,7	04	14,9	07	14,6	19	12,7	
Pediatria	04	5,3	01	3,7	06	12,5	11	7,3	
Pronto-socorro	19	25,3	06	22,2	05	10,4	30	20,0	
<b>Idade (anos) †</b>									0,43
0 a 14 anos	07	9,5	02	7,4	07	14,6	16	10,7	
15 a 64 anos	45	60,8	20	74,1	25	52,1	90	60,4	
65 anos ou mais	22	29,7	05	18,5	16	33,3	43	28,9	
<b>Sexo</b>									0,21
Masculino	37	49,3	09	33,3	26	54,2	72	48,0	
Feminino	38	50,7	18	66,7	22	45,8	78	52,0	
<b>Escolaridade (anos de Estudo)</b>									-
Analfabetos	2	16,0	02	7,4	10	20,9	24	16,0	
De 1 a 4 anos	32	42,7	16	59,3	15	31,2	63	42,0	
De 5 a 8 anos	15	20,0	06	22,2	15	31,2	36	24,0	
9 anos ou mais	11	14,7	01	3,7	01	2,1	13	8,7	
Outros	05	6,6	02	7,4	07	14,6	14	9,3	
<b>Ocupação ‡</b>									0,10
Empregados	11	14,7	03	11,1	05	10,4	19	12,7	
Inativos	59	78,7	18	66,7	32	66,7	109	72,7	
Autônomos	05	6,6	06	22,2	11	22,9	22	14,6	
<b>Tempo moradia §</b>									0,008
Até 5 anos	18	26,9	10	4,0	09	21,9	37	27,9	
De 6 a 10	08	11,9	01	4,0	05	12,2	14	10,5	
De 11 a 20	17	25,4	01	4,0	04	9,8	22	16,5	
De 21 a 40	20	29,8	08	32,0	10	24,4	38	28,6	
Mais de 40 anos	04	6,0	05	20,0	13	31,7	22	16,5	
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>	

\* Todos os cruzamentos foram validados pelo teste  $\chi^2$  exceto o da variável escolaridade.

† Número de indivíduos com dados ignorados para: idade = 1, tempo moradia = 1.

‡ Vínculo empregatício = 33 entrevistados que são empregados.

§ Tempo de moradia = 133 entrevistados. A faixa etária de 0 a 14 anos foi retirada desta análise e o caso ignorado.

Os serviços de internação hospitalar, do total de entrevistados, foram categorizados da seguinte forma (Tabela 1): em primeiro lugar, a internação clínica (48,7%), após, o atendimento do Pronto-Socorro (20%), internação obstétrica (12,7%), internação cirúrgica (11,3%) e, por último, internação pediátrica (7,3%). Remetendo-se à procura desses serviços por residentes na sede e interior de Camaquã e outros Municípios, observa-se que não há diferença, não sendo esta estatisticamente significativa ( $p = 0,51$ ). A utilização das diferentes unidades de internação e de pronto-socorro mostrou

que os usuários de Camaquã e de outros Municípios possuíam a mesma probabilidade de buscarem as diferentes unidades de média complexidade. Pôde-se observar que a internação clínica representava quase a metade dos entrevistados, motivo que se explica pelo fato de o hospital disponibilizar um maior número de leitos clínicos e os mesmos serem muito utilizados pela população. Este resultado corrobora o encontrado no Estado – 36,2% de internações clínicas<sup>(11)</sup>.

É importante considerar que o aumento das internações clínicas se deve, em grande parte, à

transição demográfica, com o envelhecimento da população, o que gerou um crescimento no número de óbitos por doenças crônicas e degenerativas<sup>(13)</sup>. Acredita-se que esta mudança no perfil da população acarrete um acréscimo na utilização e oferta de leitos clínicos no País.

Em estudo realizado segundo níveis altos e baixos de capacitação, necessidade e predisposição para o consumo de serviços de saúde, concluiu-se que os serviços públicos voltados à população de baixa renda deverão se preparar melhor para atender à população idosa, em que se concentram a alta morbidade e as limitações de atividades físicas<sup>(14)</sup>.

Observa-se que os usuários (Tabela 1), em sua maioria, estavam em idade economicamente ativa<sup>(15)</sup>, ou seja, 60,4%, mas eram inativos (72,7%), com baixo grau de escolaridade (58% com até 4 anos de estudo) e residentes no município de Camaquã (68%).

Os aposentados e pensionistas geralmente são pessoas idosas, acometidas de moléstias que exigem internação clínica ou pessoas mais jovens que recebem essa garantia por invalidez. Isso aumenta a probabilidade de serem usuários de serviços de saúde com um maior grau de complexidade, devido a problemas crônicos e degenerativos, e que teriam, supostamente, mais condições de ultrapassar barreiras geográficas e funcionais, pois suas trajetórias seriam mais reduzidas, devido à complexidade de seus problemas de saúde, que exigem internação, promovendo, desta forma, uma diminuição nos fluxos de utilização dos serviços de saúde. Os inativos também podem enfrentar dificuldades em acessar serviços de atenção básica, devido a seus problemas de saúde, optando por procurar os de maior complexidade, o que os distancia de possíveis cuidados preventivos e de promoção da saúde. Essa última situação acaba fazendo com que o acompanhamento contínuo desse tipo de patologia não aconteça e acabe reforçando a utilização de serviços de maior complexidade.

O estudo demonstrou que a probabilidade de acessar os serviços de média complexidade dos usuários, de ambos os sexos, é a mesma, independente de seu local de residência. Por outro lado, acredita-se que a proximidade nas proporções da variável sexo se deve, provavelmente, ao fato de haver muitas internações masculinas, na infância e na fase adulta mais avançada, enquanto as mulheres internam mais na idade fértil e na velhice. Em estudo baseado em dados da Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílio (PNAD 98), o consumo de serviços de saúde, em geral, é maior nos homens até os 14 anos; após, essa relação se inverte. O mesmo trabalho revela que as mulheres buscam mais os serviços de saúde por questões preventivas e os homens, por motivo de doença<sup>(16)</sup>.

Quanto à questão do tempo de residência, observa-se diferença significativa, ou seja, quase um terço da população (27,9%) em estudo residia, no mesmo local, por até cinco anos, um grande percentual para esse pequeno intervalo. Este resultado pode indicar uma possível mobilidade residencial de um terço dos entrevistados adultos. Este dado deve ser relativizado pelo fato de poder ser a primeira vez que o entrevistado mudava de residência. O mesmo não pode ser dito dos demais dois terços, que apontam um elevado tempo de permanência no mesmo local, de seis anos em diante.

Observa-se que há uma diferença bastante significativa entre o tempo de moradia e o local de residência ( $p = 0,008$ ), ou seja, existe diferença entre residir em Camaquã (sede e interior) e em outros Municípios. Acredita-se que as pessoas do Interior e de outros Municípios moravam havia mais tempo no local de residência do que as da sede.

As relações estabelecidas no estudo, em sua maioria, não mostraram diferença significativa. Este dado demonstra importantes constatações trazidas pela presente pesquisa, reduzindo determinismos históricos e sociais, referentes a desigualdades de acesso e utilização do sistema de saúde, mostrando que não há uma relação linear entre as desigualdades sociais e de saúde.

Remetendo-se à questão dos fluxos de utilização dos serviços, a Tabela 1 também evidencia que 68% dos entrevistados residiam no município de Camaquã (75 usuários na sede e 27 usuários no interior), enquanto 32% (48 usuários) eram procedentes de outros Municípios e buscavam atendimento de média complexidade neste pólo de atração regional. Quanto aos residentes de Camaquã os números apontam a distribuição da proximidade com a sede municipal e com o centro desta. Quanto aos usuários que residiam no interior do Município, 12,7% moravam próximo da sede e 13,7% mais distantes da mesma, sendo que a distância máxima percorrida era de 60 quilômetros.

Os usuários entrevistados que não residiam em Camaquã representaram 32% do total (Tabela 1), ou seja, 48 pessoas. A distribuição espacial dos

fluxos de utilização de serviços, proposta na figura 1, demonstra que os municípios de Arambaré, Porto Alegre, São Jerônimo, São Lourenço do Sul e Sertão Santana possuíam uma baixa procura (de 1 a 2 representantes por Município) pelos serviços de saúde de média complexidade, em Camaquã, enquanto Amaral Ferrador, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano e Sentinela do Sul possuíam índice médio de procura por esses serviços (de 4 a 7 representantes por Município). Cerro Grande do Sul destacou-se como único Município com alto índice de procura, com 14 representantes.

A análise espacial dos fluxos de utilização dos serviços de média complexidade do município de Camaquã, RS, trazida na figura 1, demonstra que eles eram utilizados, quase exclusivamente, por usuários do próprio Município e, especialmente, dos

Municípios circunvizinhos. Deve-se levar em consideração que parte do padrão de distribuição dos fluxos se deve à variabilidade aleatória dos indicadores utilizados na pesquisa. Os pontos de corte utilizados para a criação das classes devem ser relativizados, pois foram estabelecidos pelas autoras pela discrepância existente nos dados encontrados, ilustrados acima, quando mencionado o número de representantes para cada classe.

A rede de serviços de saúde do município de Camaquã está organizada da seguinte forma: atenção de média complexidade (um Hospital Geral e um de pronto-socorro geral); atenção básica de saúde e outras Instituições com atendimento básico. A rede de serviços está concentrada na sede municipal, enquanto o meio rural conta com o atendimento de uma unidade móvel.

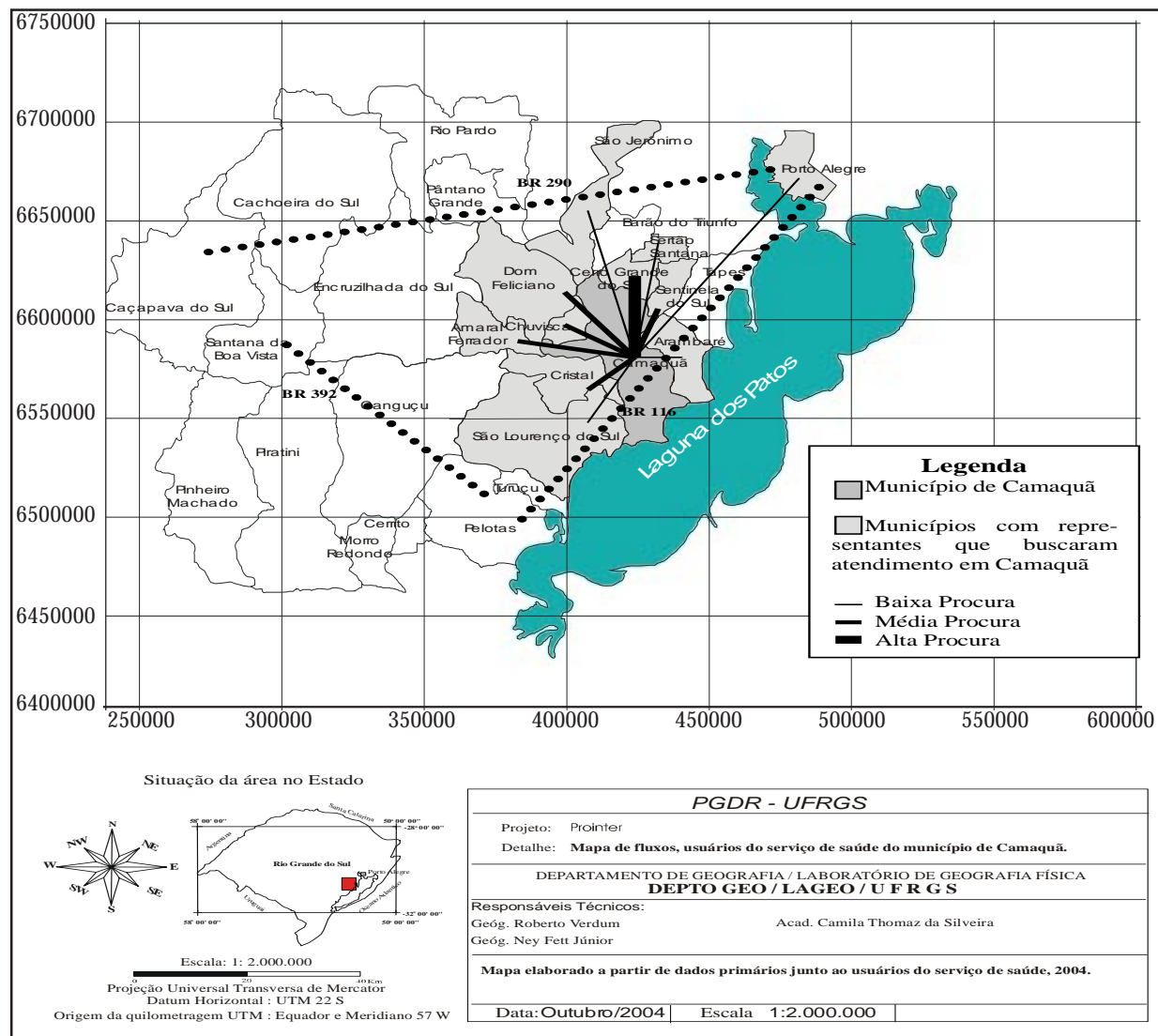


Figura 1 – Fluxos da utilização dos serviços de saúde de média complexidade de Camaquã, RS, por usuários de diferentes municípios, 2004.

Uma consideração diz respeito ao atendimento em serviços de média complexidade. Observa-se que o Hospital de Camaquã atende à população encaminhada por Municípios circunvizinhos, o que concretiza os princípios da regionalização, visto que Camaquã é uma cidade-pólo. Acredita-se que, com apoio da coordenadoria e dos Municípios da área, Camaquã possa ampliar essa situação, por meio da pronta organização e abertura da Unidade de Terapia Intensiva. Outra alternativa é a construção de uma rede de serviços de assistência especializada, tendo como conseqüência a redução dos encaminhamentos para Municípios maiores, diminuindo, assim, a burocratização do Sistema Público de Saúde e o desgaste pessoal de seus usuários. Isso poderia auxiliar as políticas públicas estaduais, reduzindo o fluxo de usuários para a Capital do Estado, atendendo-os em sua própria região.

Fica evidente a necessidade de uma reestruturação, planejamento e organização, por parte da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e seus Municípios adscritos, a fim de minimizar os diferentes problemas causados pela centralização na Capital, por exemplo, pela “ambulâncioterapia” que se tornou uma “solução de empurra” entre os gestores.

Por outro lado, observa-se que o conceito regionalização, utilizado pelas políticas de saúde, é estático, não levando em conta a diversidade nem a capacidade de atuação dos indivíduos, dentro do espaço geográfico onde os mesmos se encontram. Desta forma, torna-se um conceito difícil de ser operacionalizado, tanto em nível micro (Município), quanto macro (região, área de estudo).

A análise espacial dos fluxos revelou um descompasso entre o PDR e a prática dos usuários do Sistema de Saúde local. A microrregião de Camaquã, ou seja, da Costa Doce Sul, congrega nove Municípios; desses, oito apareceram na pesquisa, ou seja, buscaram atendimento de média complexidade em Camaquã. No entanto, houve procura por usuários de outros quatro Municípios, os quais não pertenciam a esta microrregião. Esta realidade pode estar apontando que os recortes propostos pelo Estado (regionalização) não respondem às reais necessidades de movimentação dos usuários, no espaço local (territorialidade).

A partir desses resultados, pôde-se observar que a proposta de regionalização apresenta alguns limites, além dos político-administrativos, e que, para ultrapassá-los, é necessário considerar a territorialidade, ou seja, observar o movimento/

fluxos dos usuários no Sistema, permitindo que haja flexibilidade entre os serviços de saúde das diferentes coordenadorias, macrorregiões e microrregiões, possibilitando a redução das trajetórias dos usuários em busca da resolutividade de seu problema de saúde.

Acredita-se que o processo de regionalização seja extremamente complexo, pois pensar um Sistema de Saúde embasado num território fechado reflete uma dificuldade na mobilidade individual e coletiva de seus usuários. Questiona-se: a regionalização, tal qual utilizada pelas políticas públicas de saúde, não estará “engessando” (por meio do “modelo da pirâmide”, ou seja, a porta de entrada pela atenção básica) o usuário no percurso de sua busca pela resolutividade? Evidencia-se a importância de ter estudos sobre a construção social do espaço para poder elaborar uma regionalização que não seja meramente burocrática, político-administrativa, mas que leve em consideração a real dinâmica desse espaço geográfico e dos atores sociais e seus impactos na saúde.

## CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou a discussão dos fluxos de utilização dos usuários aos serviços de saúde, estabelecendo uma relação com a regionalização proposta pelo Estado e a territorialidade, evidenciada no período da pesquisa. A partir de alguns dados coletados junto a usuários dos serviços de média complexidade de Camaquã, foi possível construir um perfil socioeconômico e demográfico, o qual verificou que os usuários, em sua maioria, estavam em idade economicamente ativa, mas eram inativos, o que pode demonstrar a sua situação de internação clínica, tinham baixo grau de escolaridade e residiam no município de Camaquã.

O perfil de utilização desses serviços demonstra uma mobilidade de usuários entre os diferentes Municípios que extrapola os limites político-administrativos da regionalização, visto que a utilização de serviços de saúde depende de inúmeros fatores – acesso geográfico, econômico, funcional e cultural, motivos, trajetórias – que são colocados em prática em função da forma como os usuários percebem seu problema de saúde.

A discussão referente à regionalização e à territorialidade, proposta no presente artigo, demonstra a necessidade de contínua revisão do processo de regionalização. Acredita-se que resulta-

dos de trabalhos científicos possam ser utilizados para repensar os fluxos de utilização, pelos usuários dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, neste caso, os de média complexidade. Esse processo de regionalização é dinâmico, não podendo ser visto separadamente da territorialidade, motivo pelo qual a mobilidade dos usuários é um dos novos desafios para a Saúde Pública e Coletiva. Pensa-se que as políticas públicas devam atentar para esta questão, estando em sintonia com a trajetória, os motivos e os fluxos das pessoas que utilizam o Sistema Único de Saúde.

A análise dos fluxos de utilização dos serviços de saúde de média complexidade demonstra algumas possíveis fragilidades do Sistema Público de Saúde em nosso País, representada no micro-espaço (o Município).

Acredita-se que os resultados apontados na análise espacial e estatística da utilização dos serviços de saúde possam demonstrar o inevitável engajamento político em prol da regionalização, contribuindo, desta forma, para o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde, planejamento territorial de ações de saúde e consolidação do SUS, e, conseqüentemente, reduzindo as desigualdades sociais em saúde, em nível estadual.

Este trabalho buscou contribuir para a qualificação do processo de regionalização empreendido pelo Estado, demonstrando ser importante desenvolver novas estratégias, como promovê-la numa perspectiva territorial, abandonando, aos poucos, o “modelo da pirâmide” que engessa os fluxos de utilização aos serviços de saúde, e organizando o sistema a partir da lógica das necessidades dos usuários, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada<sup>(17)</sup>.

Ressalta-se, como limites do presente estudo, o fato de a amostra contar com usuários de todas as idades que foram entrevistados na Instituição hospitalar e por uma profissional da Área da Saúde, motivos que podem influenciar seu discurso. O período de tempo em que os dados foram coletados também pode ser considerado uma limitação, devido à questão da sazonalidade.

O mapeamento proporcionou a ilustração e a análise espacial dos fluxos de utilização dos serviços de saúde de média complexidade, revelando a movimentação dos usuários do SUS na área de estudo (territorialidade), demonstrando possibilidades de novos recortes regionais (novas regionalizações). Neste sentido, acredita-se que o mapea-

mento e caracterização da rede de serviços de saúde, especialmente na área de média complexidade, seja útil aos gestores municipais e regionais, pois este tipo de análise é inviabilizado pelos sistemas de informação disponíveis que, na maioria das vezes, são vinculados a repasses financeiros e tampouco são suficientes para a análise do processo de construção do território. Discutir estas questões, relativas à reorganização do Sistema, pode, além de dotar os serviços de uma racionalidade mais próxima das necessidades dos usuários do sistema, permitir rever o modelo assistencial e consolidar o Sistema Único de Saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- 1 Roese A. Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no Município de Camaquã, RS [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- 2 Finkelman J. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 3 Toni J, Klarmann H. Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha [página na Internet]. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística; 2005 [citado 2005 jan 21]. Disponível em: [http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/1/mesa\\_3\\_toni\\_klarmann.pdf](http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/1/mesa_3_toni_klarmann.pdf).
- 4 Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, Portaria no 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília (DF); 2001.
- 5 Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre: SEGRAC; 2002.
- 6 Raffestin C. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática; 1993.
- 7 Misoczky MCA. (Re)encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção à saúde. In: Misoczky MCA, Bech J, organizadores. Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: Dacasa / Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde – PDG Saúde; 2002. p. 77-87.
- 8 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública 2004;20(Supl 2):190-8.



- 9 Pineault R, Daveluy C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: Pineault R, Daveluy C, editors. La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies. Montréal: Agence d'Arc; 1986. p. 191-202.
- 10 Gerhardt TE. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003;8(3):713-26.
- 11 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Caderno de Informações de Saúde: informações (DATA SUS) [página na Internet]. Brasília (DF); 2003 [citado 2004 jan 17]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>.
- 12 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 13 Monteiro MFG. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: Barata RB, organizadora. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1997. p. 189-204.
- 14 Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(4):757-76.
- 15 Pereira RS, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre Envelhecimento* 2003;6(1):43-59.
- 16 Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(4):687-707.
- 17 Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública* 1997;13(3):469-78.

---

**Endereço da autora / Dirección del autor /  
Author's address:**

Tatiana Engel Gerhardt  
Rua São Manoel, 963, Campus da Saúde  
90620-110, Porto Alegre, RS  
E-mail: [tatiana.gerhardt@ufrgs.br](mailto:tatiana.gerhardt@ufrgs.br)

Recebido em: 30/07/2007  
Aprovado em: 24/04/2008