

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde

Elderly health care: the referral and counter-referral system in health services

Cuidado de la salud del anciano: el sistema de referencia y contra referencia en servicios de salud

Maria da Conceição Coelho Brito ¹, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas ², Maria Josefina da Silva ³,
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque ⁴, Maria Socorro de Araújo Dias ⁵

ABSTRACT

Objective: this study aimed to analyze elderly health care in clinical networks through the referral and counter-referral system, considering the principle of comprehensiveness in the Unified Health System (SUS). **Method:** constructivist assessment was adopted as a method, responsive, with a hermeneutic dialectic approach, named fourth generation assessment, conducted with 10 nurses who work in the management of health services in a town at the North Zone of the state of Ceará, Brazil, between March and May 2011. **Results:** the results denote that nurses' speeches provided information portraying the weaknesses and deficiencies of the referral and counter-referral system at the local levels of health care, with fragmented and disconnected clinical practices. **Conclusion:** we found out that there is a need to rethink the practice pervading the clinical health care networks, since the elderly person lacks more effective health actions. **Descriptors:** elderly, health care, referral and counter-referral system.

RESUMO

Objetivo: o objetivo deste estudo foi analisar a atenção à saúde do idoso nas redes assistenciais por meio do sistema de referência e contrarreferência, considerando o princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** adotou-se como método a avaliação construtivista, responsiva, com abordagem hermenêutica dialética, denominada avaliação de quarta geração, realizada com 10 enfermeiros que atuam na gestão de serviços de atenção à saúde de um município da Zona Norte do Ceará, entre março e maio de 2011. **Resultados:** os resultados denotam que os discursos dos enfermeiros proporcionaram informações que retratam as fragilidades e deficiências do sistema de referência e contrarreferência nos níveis locais de saúde, com práticas assistenciais fragmentadas e desconexas. **Conclusão:** Constatou-se ser necessário repensar a prática que perpassa as redes assistenciais de saúde, uma vez que o idoso carece de ações de saúde mais efetivas. **Descritores:** idoso, atenção à saúde, sistema de referência e contrarreferência.

RESUMEN

Objetivo: este estudio tuvo como objetivo analizar la atención de salud del anciano en las redes clínicas a través del sistema de referencia y contra referencia, teniendo en cuenta el principio de la integralidad en el Sistema Único de Salud (SUS). **Método:** se adoptó la evaluación constructivista como método, responsiva, con abordaje hermenéutico dialéctico, denominado evaluación de cuarta generación, realizada con 10 enfermeros que actúan en la gestión de servicios de atención de salud en un municipio en la Zona Norte del estado de Ceará, Brasil, entre marzo y mayo de 2011. **Resultados:** los resultados denotan que los discursos de los enfermeros proporcionaron informaciones que retratan las fragilidades y deficiencias del sistema de referencia y contra referencia en los niveles locales de salud, con prácticas clínicas fragmentadas e inconexas. **Conclusión:** se constató que hay una necesidad de repensar la práctica que impregna las redes clínicas de salud, ya que el anciano carece de acciones de salud más efectivas. **Descriptores:** Anciano, Atención de Salud, Sistema de Referencia y Contra Referencia.

Artigo elaborado a partir da monografia "Assistência de enfermagem ao idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde de Sobral, Ceará". Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE. 2011.

¹Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente no curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente no curso de Enfermagem da UVA. ³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente no curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente no curso de Enfermagem da UVA. ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente no curso de Enfermagem da UVA.

INTRODUÇÃO

Convenções sociodemográficas atuais mostram que o envelhecimento e a condição de ser idoso estão diretamente relacionados à qualidade de vida que os países e seus governos oferecem aos seus habitantes.¹ Assim, ser idoso é o resultado final de um conjunto envolvendo o envelhecimento, que é um processo, e a velhice, que compõe uma das fases da vida.²

O índice de envelhecimento, no Brasil como um todo, expressa rapidez nesse processo. Em 2025 esse índice será, provavelmente, 3 vezes maior do que o observado em 2000. Isso demonstra que na população brasileira haverá, então, mais de 50 adultos \geq 65 anos por cada conjunto de jovens $<$ 15 anos, estimando que, em 2045, o número de pessoas idosas ultrapassaria o de crianças.³ Portanto, o Brasil está se tornando um país da terceira idade e precisa voltar suas atenções às necessidades dos senescentes.

A reconfiguração populacional gera novas demandas aos serviços de saúde, uma vez que a transição demográfica desencadeou mudanças nos perfis epidemiológicos da sociedade. Logo, em menos de 30 anos, o Brasil passou de um quadro de morbimortalidade típico de uma população jovem para outro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas.⁴

O Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), baseada no modelo da capacidade funcional, que é abordada de maneira multidimensional.⁵ Cabe destacar que os esforços são pontuais e desarticulados, uma vez que o peso assistencial ainda é preponderante e o notável grau de desarticulação dentro do sistema dificulta a operacionalização de qualquer lógica baseada em uma avaliação multidimensional.⁴

A integralidade, como a organização e articulação entre os serviços, configura-se para ter um sistema que seja integrado em todos os níveis de complexidade. Compreende-se como uma rede de serviços que funcione de modo a possibilitar condições de acesso e que seja resolutiva em relação aos problemas e aos riscos que afetam a qualidade de vida da população,⁶ o que evidencia a fragilidade dos serviços convencionais de saúde, uma vez que estes não saciam as necessidades complexas e peculiares do idoso.⁷

O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração dos serviços de saúde por meio de redes assistenciais. O fluxo assistencial em redes demonstra a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas detém a totalidade dos recursos e competências requeridos para a solução de problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, então, imprescindível desenvolver estratégias de cooperação e coordenação eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual atenda às demandas de saúde individuais nos âmbitos local e regional.⁸

O desafio da integralidade é de suma importância como um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para sua concretização, é indispensável que, de modo articulado, sejam oferecidas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco,

assistência aos danos, e reabilitação, conforme a dinâmica do processo saúde-doença.⁹ Tais ações fluem na rede por meio do sistema de referência e contrarreferência.

Desse modo, há a representação de um maior grau de complexidade, onde os usuários são encaminhados para atendimento em níveis mais complexos, como hospitais e clínicas especializados. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário em relação aos serviços de saúde é mais simples, o que faz com que o cidadão seja contrarreferenciado, indicado a um atendimento mais primário.⁹

Com o exposto, este estudo objetiva analisar a atenção à saúde do idoso nas redes assistenciais de um município da Zona Norte do estado do Ceará, por meio do sistema de referência e contrarreferência, considerando o princípio da integralidade no SUS.

MÉTODO

Trata-se de uma avaliação construtivista, responsiva, com abordagem hermenêutica dialética, denominada avaliação de quarta geração, que é uma forma de avaliação em que as reivindicações, preocupações e questões do grupo de interesse servem de base para determinar a informação necessária, implementada por meio dos pressupostos do paradigma construtivista.¹⁰

Os sujeitos do estudo foram 10 enfermeiros, codificados de E1 a E10, que atuam na gestão dos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde de um município da Zona Norte do estado do Ceará. A coleta de dados foi realizada entre março e maio de 2011, por meio da técnica do círculo hermenêutico dialético (CHD).

Com a utilização do CHD, as primeiras entrevistas foram menos estruturadas, possibilitando que o entrevistado respondesse livremente sobre a atenção à saúde do idoso no nível em foco. Posteriormente, à medida que as entrevistas iam sendo realizadas, a pré-análise possibilitou que fossem identificadas questões expressas nas entrevistas seguintes, tornando as entrevistas cada vez mais estruturadas, sem deixar de permitir que o entrevistado pudesse levantar novas questões, se assim desejasse.

Cada sujeito foi entrevistado individualmente, sendo que, ao final de cada entrevista, as falas gravadas foram ouvidas e transcritas na íntegra, de modo a introduzir questões no CHD para a próxima entrevista. As primeiras entrevistas foram mais curtas (10 a 15 minutos) e as últimas mais longas (20 a 30 minutos), pois estas contemplavam a maioria dos assuntos.

As informações foram analisadas segundo o método da hermenêutica dialética, que consiste na: identificação das categorias de análise; condensação das informações, com base no referencial teórico; e análise das categorias em conformidade com o quadro teórico.¹⁰

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o Parecer n. 357.548.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os discursos dos enfermeiros proporcionaram informações que retratam as fragilidades e deficiências do sistema de referência e contrarreferência nos níveis locais de saúde. Emergiram as seguintes categorias: O sistema de referência e contrarreferência e A contrarreferência e a funcionalidade das redes de atenção à saúde do idoso.

Categoria 1 - O sistema de referência e contrarreferência

Esta categoria retrata o sistema de referência e contrarreferência e os motivos que direcionam os idosos pela malha assistencial.

O envelhecimento populacional envolve novas formas de adoecimento, com o predomínio de doenças crônico-degenerativas; isso induz uma readequação dos sistemas de saúde para um atendimento mais qualificado das demandas surgidas na população idosa. Portanto, os sistemas de saúde dispõem de um dispositivo que organiza o fluxo assistencial nas redes de atenção à saúde, denominado *sistema de referência e contrarreferência*.

Diversos são os motivos que levam os idosos a procurar os serviços de saúde, como verificado nas falas dos sujeitos, desde processos agudos a crônicos de adoecimento. Exceto nos casos de urgência e/ou emergência, a porta de entrada dos serviços de saúde é a atenção básica, pois a saúde da família é considerada como uma das principais estratégias de reorganização do SUS e da reorientação da atenção primária, em particular no que concerne ao resgate das diretrizes e do princípio do SUS e das práticas de atenção.¹¹

Até meados do século passado, as principais causas de morte eram as doenças infecciosas e parasitárias. Porém, atualmente, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade em indivíduos > 50 anos, além das doenças osteoarticulares, as que causam maior dependência e declínio da qualidade de vida, devido à dor crônica.¹²

De acordo com os relatos, os encaminhamentos dos idosos para níveis de atenção de maior complexidade ocorrem, em sua maioria, nos casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes e fraturas em razão de quedas, principalmente no domicílio.

A referência é quando se trata de um idoso com alguma doença, seja ela crônica ou aguda, e se ele necessita de uma assistência da atenção secundária ou terciária [...] as consultas são cardiologia, internação, pneumologista. (E1)

[...] alguns casos de diabetes, né, elevada, que precisam ficar internados e, na maioria dos casos, é caso de fraturas mesmo, expostas, alguns idosos acabam caindo em casa, no domicílio acabam sofrendo acidentes [...], a gente não pode encaminhar o paciente sem a referência. (E2)

[...] no que diz respeito à referência, a gente encontra mais pacientes com pressão, com picos hipertensivos, e com a glicemia alterada. (E3)

A gente encaminha [...] muitos são pressão alta, sentindo dor, dor no peito. (E4)

[...] a gente referencia pra um hospital e, quando não é urgência ou emergência, a gente referencia pra um especialista. (E5)

[...] paciente que não conseguem resolver o problema na atenção básica, ele é referenciado. (E6)

Nota-se por meio das falas que a heterogeneidade é uma característica muito particular do envelhecimento. Assim como há idosos institucionalizados com uma série de incapacidades e doenças, há ainda, em outro extremo, idosos da mesma faixa etária ativos e absolutamente independentes. Essa diferença deve-se principalmente à presença das comorbidades, que têm papel fundamental na qualidade de vida do idoso. Dentre as comorbidades mais prevalentes entre os idosos pode-se citar obesidade/baixo peso, disfunção tireoidiana, depressão, déficit cognitivo, incontinência urinária, hipertensão arterial e quedas,¹² sendo as duas últimas mencionadas por sujeitos do estudo.

A hipertensão arterial é uma das morbidades mais frequentes em pessoas > 60 anos, cerca de 2/3 dos idosos são hipertensos e essa prevalência aumenta com a idade. No Brasil, seu controle inadequado está relacionado aos altos índices de mortalidade por acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio.¹²

Em relação ao risco de quedas, os mesmos autores indicam que ele aumenta com o envelhecimento, e isso deve ser entendido como indicativo de um problema maior, como alteração de propriocepção ou de equilíbrio. Mais de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano; se uma intervenção precoce não ocorrer, aumentam as chances de fratura de quadril, imobilização e institucionalização.

Quando um profissional de saúde referencia o idoso para um serviço mais especializado, ele precisa ter conhecimento dos procedimentos que o idoso foi submetido, para que possa disponibilizar um tratamento continuado, em conformidade com o processo de saúde-doença do paciente. Contudo, o que se observa são práticas fragmentadas, em virtude do não retorno dos níveis de maior para os de menor complexidade.

As falas dos entrevistados demonstram que a situação mencionada existe e como é problemático oferecer uma assistência de qualidade e resolutiva. É exposto que os casos de contrarreferência são bem sutis e esses casos envolvem as áreas de cardiologia, neurologia e, às vezes, violência contra o idoso.

[...] mas cardiologia faz contrarreferência, principalmente se o paciente fica em internação, se for só pra uma consulta [...] o Hospital do Coração faz essa contrarreferência. A neurologia também faz essa contrarreferência. (E1)

[...] pra não dizer que não ocorre, ocorre quando vêm, quando é problema neurológico [...]. A questão, quando a gente fala da violência, também tem contrarreferência, mas, assim, geralmente os casos clínicos raramente têm contrarreferência, fora a neurologia, é muito difícil. (E5)

A população idosa apresenta diversas peculiaridades, que, somadas aos problemas que culminaram no encaminhamento do indivíduo a um especialista ou para uma internação, leva-nos a constatar que muitas pessoas voltam para casa sem condições até para realizar cuidados considerados básicos na continuidade do tratamento, como utilização de medicamentos, alimentação, e adequada atividade física. Assim também acontece em situações que demandam cuidados especiais, como ostomias, feridas, e sondas.¹³

Esse fato ocorre, quase sempre, por falta de orientação e de suporte social e familiar. Cabe ainda mencionar que quem assume a continuidade dos cuidados é algum membro da família do idoso, contudo, muitas vezes, ele não participa desse processo nos serviços de alta complexidade, como o hospital, ficando à mercê de muitos erros.

Enfoca-se, aqui, a necessidade de uma atenção integral à saúde do idoso, direcionada a um cuidado holístico, bem como a possibilidade de manter um fluxo na rede assistencial, conforme suas demandas de saúde. Entretanto, o que se observa são práticas assistenciais reducionistas e fragmentadas, onde um nível de atenção não mantém comunicação com o outro, executando ações isoladas e sem resolubilidade, que acabam por se repetir em diversos pontos da rede, gerando uma duplicidade da demanda em um serviço de saúde.

O sistema de referência e contrarreferência tem por propósito possibilitar a troca de informações entre os serviços de saúde, aspecto que evitaria a duplicação de esforços e, conseqüentemente, levaria uma melhoria na qualidade da assistência e uma redução dos custos assistenciais.¹³

A comunicação na rede assistencial é necessária, pois a saúde do idoso hoje deve ser baseada na continuidade, uma vez que o atendimento médico individual esporádico e restrito às complicações não tem atendido às necessidades dessa população. Para atingir a meta da continuidade da assistência, os profissionais de saúde precisam, portanto, desvencilhar-se do padrão de cuidado isolado, paternalista e autoritário, renovar o método de trabalho e adotar, como filosofia, o trabalho em equipe interdisciplinar, com visão de totalidade do ser humano, de forma que o idoso seja visto como um todo, considerando seu contexto social.¹³

Nesse contexto, observa-se a influência que a inexistência da contrarreferência, ou sua restrita aplicabilidade, exerce sobre o ser idoso, além de influenciar negativamente na funcionalidade das redes de atenção, por estas serem descontínuas, têm fluxos assistenciais fragmentados.

Categoria 2 - A contrarreferência e a funcionalidade das redes de atenção à saúde do idoso

A sociedade hoje está configurada como uma “sociedade em rede”, sendo o conceito de rede utilizado em diversas organizações, como as da saúde. Na organização de uma rede, todos devem reconhecer explicitamente suas dependências e interdependências, não havendo espaço para poderes centralizados, imposições, desnível de mando - todos devem, juntos, construir condições jurídicas, administrativas e informacionais para operar serviços, sistemas e organizações.¹⁴

Consta nas falas dos entrevistados a realidade do sistema de saúde local, no que se refere ao sistema de referência e contrarreferência, que, ao invés de mediador, de conector entre os pontos da rede assistencial, é tido como um empecilho à agilidade do processo, uma vez que é algo a mais para se preocupar, para preencher. Além disso, os serviços de saúde mais densos tecnologicamente não prestam retorno aos níveis mais primários, tornando a rede assistencial um emaranhado de práticas desconexas e pontuais. Ressalta-se, então, a quase inexistência dos contrarreferência.

[...] é bem sutil, é muito pouco, precisarei que ele seja mais utilizado [...] eu acho precário, muito precário, tem que ter uma conscientização dos profissionais da sua importância. (E1)

Na realidade, eles não têm a sensibilidade de tá retornando o paciente com essa contrarreferência para as unidades de atenção primária, na realidade, eu não sei se eles não têm tempo, que tem muita gente pra eles atenderem, e não dá pra dar a resposta, ou se eles não acham mesmo importante. (E2)

Referenciar idoso, a contrarreferência é quase nula, não existe um retorno... (E3)

Não, eu acho que tem muita falha na contrarreferência, muitas falhas mesmo [...] nós do PSF [Programa Saúde da Família] somos muito cobrados [...] aí, se não for atrás, pedir pro agente de saúde ir atrás [...] parece que a atenção básica fala uma coisa e a atenção secundária e terciária já vê outra coisa, totalmente diferente. (E5)

[...] a contrarreferência que eu acabei de citar ela é quase que inexistente. (E6)

O conceito de integralidade da assistência à saúde conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações. A integralidade é resultado da visão sistêmica da vida, a qual compreende que somos totalidades integradas, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente.¹⁵

Contudo, segundo as falas dos sujeitos, os sentidos da integralidade no que se refere ao atendimento da pessoa idosa ainda são desarticulados em termos dos esforços envolvidos na atenção ao idoso, pontuais e desconexos.¹⁶ Isso vai de encontro com as propostas da PNSPI, que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, destacando o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional.

Resolvendo o problema aqui, estamos conversados. (E7)

Não há conexão [...] a contrarreferência, a meu ver, ela não ocorre. (E8)

A rede de serviços de saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.¹⁷

Essa desarticulação da rede e a inexistência ou desconhecimento dos serviços de retaguarda disponíveis, além de comprometer a resolutividade da atenção básica, desgastam os profissionais ao acrescentar às suas múltiplas incumbências a de contornar os problemas do sistema.¹⁸ Esse aspecto é retratado na fala de um entrevistado, quando indica que o agente comunitário de saúde (ACS) funciona como um compensador da desarticulação do sistema.

[...] a gente se quer saber o que ocorreu com o idoso, a gente pergunta o agente de saúde, né, através, realmente, da visita domiciliar. (E3)

Nesse campo ainda deixa muito a desejar, porque se a gente quer saber o que ocorreu com o idoso, a gente pergunta o agente de saúde, né, através, realmente, da visita domiciliar [...] há mesmo uma quebra, o serviço não funciona. (E4)

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e não comunicados uns com os outros que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adstrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. A atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.¹⁹

Quando os serviços não fornecem a contrarreferência aos níveis mais primários de saúde, estes se veem forçados a criar estratégias de resolução momentânea. A atenção básica conta com o auxílio do ACS para tentar fornecer um cuidado integral ao idoso, com o qual esse profissional, por meio de suas visitas domiciliares, procura ficar ciente dos procedimentos aos quais os idosos foram submetidos, bem como seus diagnósticos e o processo terapêutico.

O ACS tem um papel singular, ao constituir um “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde, atuando de forma condizente com atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, à promoção da qualidade de vida e bem-estar da população.²⁰ Contudo, apesar de poder contribuir no encaminhamento das necessidades da população, o ACS tem limitações na avaliação e compreensão da complexidade dos problemas que idosos e familiares podem vivenciar nesse momento de vulnerabilidade que é o processo de adoecimento.¹³

Essa fragmentação assistencial, como visualizado nas falas anteriores, demonstra que os sistemas de atenção à saúde vivenciam uma crise contemporânea, que se manifesta em maior ou menor grau em todos os países do mundo, e decorre de uma incoerência entre uma situação de saúde de transição demográfica e epidemiológica completa nos países desenvolvidos, e uma dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento, além do modo como se estruturam as respostas sociais deliberadas às necessidades das populações.¹⁹

As redes de saúde são integradas com o propósito de fornecer a população serviços de saúde contínuos e com um fluxo organizado. Contudo, se o sistema de referência e contrarreferência não funcionar, há uma quebra significativa na assistência ao idoso. Isso é observado nas falas seguintes, onde a contrarreferência é tratada como uma satisfação que um nível de atenção dá a outro; além disso, elas também mencionam o retrocesso assistencial quando a rede é falha, em virtude da integralidade deficiente, ou mesmo ausente, e, com isso, uma repetição de eventos e adoecimentos pela malha assistencial.

[...] Uma satisfação ao PSF do que aconteceu aqui, só se o paciente se encarregar de dar, porque escrito num vai não. (E9)

Essa funcionalidade [...] é precária, a meu ver, mas [...] porque ainda não existe uma rotina específica para isso, não tem feedback, [...] é necessário uma interação dos serviços. (E10)

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por essa população.²¹

Esse sistema organizacional em redes não deve ser atribuído somente como uma resposta, satisfação entre os níveis de saúde, mas um retorno ao indivíduo, com o qual este tenha garantido o acesso a serviços de saúde resolutivos e humanos que tornem o cliente idoso o foco real da assistência.

CONCLUSÃO

Atuar em redes de atenção à saúde do idoso implica visualizar as reais necessidades de saúde, bem como manter um fluxo dinâmico e contínuo pela malha assistencial, de modo a qualificar a atenção prestada. Contudo, nota-se, no âmbito do sistema local de saúde, práticas assistenciais fragmentadas e desconexas, nas quais o idoso vai e vem dos serviços de saúde sem, muitas vezes, ter uma solução diante de seu processo saúde-doença.

O estudo possibilitou um aprofundamento teórico sobre o SUS, as redes assistenciais, a integralidade, e as fragilidades de um sistema de saúde que ainda não acompanha o processo de envelhecimento na mesma velocidade, onde ações socorristas são muito mencionadas, tanto na prática como na literatura. Esta, por sua vez, apresenta-se escassa e defasada, o que conferiu um viés significativo ao estudo, já que a fundamentação teórica possibilita um distanciamento do simples empirismo.

Diante do exposto, torna-se necessário repensar a prática que perpassa as redes assistenciais de saúde, uma vez que o ser idoso carece de ações mais efetivas sobre a sua saúde, de modo a potencializar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Silva TL, Santos SSC, Pelzer MT, Barlem ELD, Arrieche TA. Conhecimento específico de enfermeiros de um hospital universitário acerca do cuidado ao idoso. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2009 Jan-Mar [acesso em 2010 maio 15]; 14(1): 99-106. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/14122/9493>.
2. Papaleo Netto M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, editoras. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 2-12.
3. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2006 Jan-Jun [acesso em 2010 maio 14]; 23(1): 5-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982006000100002&script=sciarttext&tlng=es>.
4. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [acesso em 2010 maio 14]; 13(4): 1119-26. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n4/07.pdf>.
5. Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. SUS 20 anos. Brasília (DF): Conass; 2009.
7. Veiga KCG, Menezes TMO. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in)visibilidade da atenção à saúde do idoso. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 Dec [acesso em 2010 maio 17]; 42(4): 761-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400020.
8. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso em 2010 maio 20]; 20(supl 2): 331-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>.
9. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2008 Jan-Mar [acesso em 2011 abr 17]; 7(1): 65-72. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4908/3211>.
10. Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface: Comum Saúde Educ* [Internet]. 2009 Oct-Dec [acesso em 2011 jun 3]; 13(31): 343-55. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400009.
11. Brasil. Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
12. Uehara CA, Espin CL, Rodrigues GHP, Bueno PTB. Atenção secundária em serviços de referência. *BIS Bol Inst Saúde* [Internet]. 2009 Apr [acesso em 2011 jun 6]; 47: 61-4. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.

13. Marin MJS, Bazaglia FC, Massaricon AR, Silva CBA, Campos RT, Santos SC. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [acesso em 2011 jun 5]; 44(4): 962-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/15.pdf>.
14. Carvalho G, Magalhães Júnior HM, Medeiros J, Souto Júnior JV, Santos L, Andrade LOM, et al. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas (SP): Conassem; 2008. p. 29-50.
15. Capra F. A teia da vida. São Paulo: Cultrix; 2006.
16. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 May-Jun [acesso em 2010 abr 19]; 43(3): 548-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf>.
17. Santos L, Andrade LOM. Rede interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 Mar [acesso em 2011 maio 20]; 16(3): 1671-80. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000300002&script=sci_arttext&tlng=en.
18. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e atenção ao idoso: experiências de três municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Apr [acesso em 2011 maio 30]; 27(4): 779-86. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n4/17.pdf>.
19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 2011 maio 27]; 15(5): 2297-305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_arttext.
20. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na estratégia saúde da família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 Jan [acesso em 2011 jun 7]; 16(1): 231-40. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

Recebido em: 11/02/2013
Revisões requeridas: 10/05/2013
Aprovado em: 20/05/2014
Publicado em: 01/07/2014

Endereço de contato dos autores:
Maria da Conceição Coelho Brito
Rua Cel. Henrique Rodrigues, 164, apto. 201, Campo dos Velhos,
Sobral - CE. Email: marycey@hotmail.com