

ACESSO DOS PACIENTES COM OBSTRUÇÃO BILIOPANCREÁTICA NEOPLÁSICA À REDE ASSISTENCIAL PÚBLICA, HIERARQUIZADA E REGULADA

ACCESS OF PATIENTS WITH BILIOPANCREATIC NEOPLASTIC OBSTRUCTION TO THE HIERARCHICAL AND REGULATED PUBLIC HEALTH CARE NETWORK

PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN DE ACCESO A LA RED PÚBLICA BILIOPANCREÁTICA NEOPLÁSICA ASISTENCIA, JERÁRQUICA Y REGULADO

Adriana Aparecida Ferreira¹

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o acesso dos pacientes com obstrução biliopancreática neoplásica aos serviços de uma rede assistencial pública, hierarquizada e regulada, e analisar as suas implicações. **Metodologia:** Os aspectos relacionados ao acesso à assistência dos pacientes com afecção biliopancreática (ABP) e diagnóstico de colelitíase (COL), litíase na via biliar (LVB) e neoplasia ampolar e periampolar (NAP) encaminhados para um hospital público, universitário e de referência terciária foram estudados, mediante informações obtidas de

prontuários e entrevistas relativas ao histórico do acesso às consultas e tratamento, confiança nos serviços e nos profissionais. **Resultados:** O cenário de rede assistencial hierarquizada e regulada já consolidada, verificou-se que o sistema de saúde ainda não foi capaz de legitimar as suas portas de entrada junto à população (unidades básicas de saúde e regulação médica) e, aquelas que estão disponíveis nas unidades de pronto atendimento, não apresentam a sensibilidade clínica suficiente para lidar com os pacientes portadores de obstrução biliopancreática. **Conclusão:** O tempo de acesso para o tratamento da obstrução biliopancreática de origem neoplásica está muito além do preconizado, o que enfraquece o papel da atenção básica e da regulação da assistência, compromete a qualidade de vida dos pacientes e amplia

¹ aluna de Doutorado (2015) na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UNESP e de especialização em Educação à distância na Estácio/Uniseb. É Mestra em Ciências pela Universidade de São Paulo (FMRP/USP), pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica, na área de Gestão em Saúde e Especialista em Gestão Estratégica de Recursos Humanos pela Pontifícia Universidade Católica de Santos(2007). Graduada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2000). Atua como Coordenadora no curso de Serviço Social e docente - Estácio/Uniseb. Atua como Tutora Pedagógica em cursos de graduação à distância e com Consultoria nas áreas: Responsabilidade Social e de Gestão de Pessoas. Realizou aprimoramento na FMRP/USP no Departamento de Gastro/Cirurgia - Serviço Social. E-mail: dryferreira1@hotmail.com

desnecessariamente a participação assistencial do hospital.

Palavras-chave: Icterícia obstrutiva. Sistema Único de Saúde. Regulação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To characterize the access of patients with biliopancreatic obstruction neoplastic the services of a public health care network, hierarchical and regulated, and analyze its implications.

Methodology: The aspects related to access to care of patients with biliopancreatic disease (BPA) and diagnostic coleletíase (COL), stones in the bile duct (LVB) and ampullary and periampullary neoplasia (NAP) referred to a public hospital, university and reference tertiary were evaluated using information obtained from medical records and interviews concerning the history of access to consultations and treatment, confidence in the services and professionals. **Results:** The hierarchical and regulated care network scenario already consolidated, it was found that the health system has not been able to legitimize their entrance doors to the population (basic health units and medical regulation) and those available in the emergency units, do not have sufficient clinical sensitivity in

dealing with patients with biliopancreatic obstruction.

Conclusion: The access time for the treatment of biliopancreatic obstruction of malignancy is far beyond the recommended, which weakens the role of primary care and assistance regulation, compromises the quality of life of patients and unnecessarily widen participation of hospital care.

Key-words: Obstructive jaundice. Health System. Health regulation.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el acceso de los pacientes con obstrucción neoplásica biliopancreática los servicios de una red de atención de salud pública, jerárquica y regulada, y analizar sus implicaciones.

Métodos: Los aspectos relacionados con el acceso a la atención de los pacientes con enfermedad biliopancreática (BPA) y coleletíase diagnóstico (COL), cálculos en el conducto biliar (LVB) y ampular y neoplasia periampular (NAP) se refirió a un hospital público, universitario y referencia terciaria fueron evaluados utilizando la información obtenida de los registros médicos y entrevistas relativas a la historia de acceso a consultas y tratamiento, la confianza en los servicios y profesionales.

Resultados: El escenario de la red de atención jerárquica y regulado ya consolidada, se encontró que el sistema de salud no ha sido capaz de legitimar sus puertas de entrada a la población (las unidades de salud básica y la regulación médica) y los disponibles en las unidades de emergencia, no tienen suficiente sensibilidad clínica en el tratamiento de pacientes con obstrucción biliopancreática.

Conclusión: El tiempo de acceso para el tratamiento de la obstrucción biliopancreática de malignidad es mucho más allá de lo recomendado, lo que debilita el papel de la atención primaria y la regulación de la asistencia, compromete la calidad de vida de los pacientes e innecesariamente ampliar la participación de la atención hospitalaria.

Descriptores: Ictericia obstructiva. Sistema de Salud. Regulación de la Salud.

1. INTRODUÇÃO

O acesso oportuno dos pacientes com obstrução biliar secundária ao câncer ou a litíase para avaliação e tratamento nos serviços com maior densidade tecnológica do SUS depende, dentre outros fatores, da atuação clínica da atenção básica à saúde, da regulação da assistência e da acessibilidade aos

serviços especializados. O acesso nos tempos desejáveis evita agravamento das complicações da obstrução biliar, sacrifícios pessoais e familiares, reduz a quantidade de procedimentos desnecessários e pode garantir a abordagem terapêutica mais oportuna. É importante a sensibilidade da atenção básica de identificar pacientes com sinais e sintomas de obstrução biliar facilitando o trabalho da regulação da assistência e acesso ao serviço mais apropriado, pois as deficiências nessas etapas da assistência podem acarretar prejuízos pessoais e para a saúde pública repetição de exames, encaminhamentos, filas de espera, além dos limites esperados e superlotação dos serviços secundários e terciários de saúde.

O SUS foi criado em 1988, mantida com recursos públicos para atender ao objetivo de universalizar, de maneira equânime e gratuita, os serviços de atendimento saúde para a população brasileira¹. O Brasil foi um dos primeiros países da América Latina a tornar o acesso aos cuidados de saúde um direito constitucional, mesmo que na realidade, ainda seja uma promessa a ser cumprida². As principais portas de entrada no sistema público de saúde são as unidades básicas de saúde e de pronto atendimento, ou as centrais de

regulação de urgência (Sistema de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU) pelo número 192. No primeiro atendimento, o paciente pode ter o seu problema de saúde resolvido ou ser encaminhado para serviços de saúde com maior densidade tecnológica. O nível secundário de atendimento é representado pelos ambulatórios, clínicas especializadas ou mesmo hospitais de médio porte, onde os pacientes são atendidos por especialistas, após encaminhamento da atenção básica. Por fim, o nível terciário proporciona atendimento para casos mais complexos que requerem tratamentos com medicamentos e procedimentos de elevado custo, tais como cirurgias de grande porte, internações em leitos que contam com maior número de profissionais e equipamentos.

Quando ocorre a demora em conseguir atendimento pode induzir os usuários a buscarem alternativas de entrada no sistema, baseadas em redes de relacionamentos sociais ou políticos³, causada pela preocupação com a piora de sua saúde e a não condição financeira de buscar outros recursos médicos.

O Sistema de Saúde criou o Pacto pela Saúde, que garante arranjos que respeitam as necessidades e

especificidades locais e regionais, como também os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), com a tarefa de cumprir o princípio constitucional da “participação da comunidade” e assim assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde dos municípios⁴. Todavia, os CMS também não conseguem atender às suas diretrizes⁵.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), criada para fomentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos dos pacientes com câncer, ainda necessita que as ações do sistema de saúde estejam articuladas entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, como também induziu a criação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) com a função de organizar o atendimento a assistência oncológica no âmbito do SUS. A área oncológica demanda altos recursos financeiros do SUS devido ao custo elevado dos tratamentos, aliado à necessária sofisticação tecnológica dos equipamentos e medicamentos⁶.

Existem também os Protocolos Clínicos e de Regulação (PCR), são roteiros que reúnem a caracterização dos cenários clínicos mais frequentes, diretrizes clínicas a serem adotadas nos

níveis de atenção, assim como definição de critérios e recursos a serem empregados para o encaminhamento dos pacientes entre os serviços da rede assistencial, em busca de organizar e facilitar o acesso rápido e seguro quanto à escolha do melhor encaminhamento médicos. Há consensos e protocolos que recomendam a abordagem especializada para os casos de icterícia obstrutiva, sem febre ou outros sinais de infecção, em serviços terciários no período de duas semanas^{7,8}, com objetivo de evitar agravamento do estado de saúde do paciente.

Uma recente lei federal (12.732) prevê que os pacientes com neoplasia maligna deverão iniciar o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no prazo máximo de 60 dias, contados a partir do diagnóstico. O prazo de 60 dias será considerado cumprido quando o tratamento for efetivamente iniciado. A lei não menciona as dificuldades em conseguir o diagnóstico sintomático para conseguir o encaminhamento ao sistema terciário e iniciar o tratamento adequado⁹.

1.1 Acesso e Acessibilidade à Rede Assistencial

O acesso à saúde comporta várias dimensões como a qualidade da assistência

(escuta/vínculo/responsabilização/resolutividade) e continuidade do cuidado. O acesso à saúde realiza-se na participação dos projetos terapêuticos e de produção de saúde (autonomia e protagonismo do cidadão-usuário e sua rede social) e representa o “valor de uso” e não mercadoria bem como uma forma digna de viver a vida, com autonomia¹⁰. Assim, a acessibilidade é o grau de ajuste entre os fatores geográficos, financeiros e organizacionais, obstáculo para se conseguir a efetivação de cuidados, bem como a capacidade da população em conseguir superar essas condições¹¹.

Não é difícil afirmar, portanto, que os serviços que compõem um sistema de saúde devem ter a sua dimensão determinada pela população de abrangência, distribuídos pela área geográfica necessária, e mantendo uma relação que garanta um fluxo ágil de encaminhamentos e atendimentos eficazes e eficientes. A qualidade da atenção básica que é a porta de entrada para o sistema da saúde, na dimensão do acolhimento dos pacientes é um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, e multidisciplinares. Efetivamente, é necessário que todas estejam comprometidas em responder às necessidades dos pacientes de forma digna, com uma equipe preparada para a

atenção resolutiva, humanizada e acolhedora, com compreensão e inserção dos serviços em rede, e com acesso ordenado em função de necessidades bem estabelecidas¹⁰. Assim, deve haver uma reorientação dos recursos de forma universal, focalizada nos de maior necessidade, em direção à menor exclusão, com consequente fortalecimento da equidade em saúde¹².

1.2 Icterícia Obstrutiva

Entre todos os problemas de saúde que acometem o cidadão brasileiro, o câncer é não apenas a doença que mais cresce, mas também é uma doença cujo diagnóstico é geralmente alcançado quando o indivíduo já está com a doença em estado avançado. O câncer de pâncreas apresenta uma sobrevida muito baixa se comparada a qualquer outro tipo de tumor. Os tumores ampolares e periampolares, englobam aqueles originados do pâncreas, ampola de vater, ducto colédoco e duodeno. A maior parte dos casos de tumores ampolares e periampolares é de origem pancreática (90% dos casos) e localiza-se na região da cabeça do órgão. O tumor na cabeça do órgão tem uma propensão para a obstrução do ducto biliar comum distal e ducto pancreático, resultando em icterícia obstrutiva. Nos

pacientes com doença avançada é frequente ocorrer metástases nos linfonodos, fígados e peritônio¹³.

Os pacientes com alta possibilidade de diagnóstico de obstrução biliar de origem neoplásica, na atenção básica devem ser encaminhados em curto prazo (até 15 dias) para um hospital terciário. Essa sistemática pode encurtar a investigação e os tratamentos em serviços terciários, o que garante a oportunidade de melhor terapêutica e resultados⁷.

Em relação aos pacientes com colelitíase, muitas vezes não apresentam sintomas e nem sequer sabem desta condição. É uma doença causada pela formação de cristais de componentes biliares ou de substâncias anormais na bile. Esses cálculos ficam no interior da vesícula, uma bolsa, localizada sob o fígado. A retirada da vesícula é o tratamento recomendado para a Colelitíase e pode ser realizada por meio da videolaparoscopia, uma técnica minimamente invasiva. A colelitíase quando não tratada pode acometer agravamento a saúde do paciente, podendo ocorrer a colangite e a pancreatite, que são complicações mais graves¹⁴. A Litíase na via biliar é um conjunto de canais que se formam dentro do fígado, confluem no hepatocolédoco e drenam para o

duodeno. Na maior parte dos pacientes, os cálculos da via biliar são provenientes da vesícula biliar, o que é denominado Colelitíase Invasiva¹⁵.

Quando ocorre a evolução para a pancreatite crônica, se torna mais grave sua situação de saúde, se torna crônica e resulta da destruição lenta do pâncreas, podendo causar complicações severas como sangramento, danificação de tecido e infecção. Além disso, enzimas e toxinas podem entrar na corrente sanguínea, danificando o coração, pulmões, rins e outros órgãos. O tratamento consiste da remoção dos cálculos da via biliar por meio de cirurgia endoscópica, laparoscópica ou laparotômica¹⁴, procedimento escolhido deve depender da situação clínica do paciente. Portanto, a avaliação clínica pela atenção básica com a busca de um diagnóstico seguro e a avaliação do melhor encaminhamento para tratamento no SUS é o meio para evitar o agravamento da doença e comprometimento da qualidade de vida dos pacientes.

2. MÉTODOS

A pesquisa tratou-se de dados ex-post-facto, de caráter descritivo e exploratório, com variáveis qualitativas e quantitativas. As pesquisas ex-post-facto caracterizam-se por examinar os

efeitos de eventos que já ocorreram, sem controlar variáveis ou testar tratamentos¹⁶. Este estudo traz amostra proposital, de conveniência, não aleatória, formada por pacientes com afecção biliopancreática atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, portadores de colelitíase (grupo 1= n30), litíase na via biliar (grupo 2= n32) e neoplasia ampolar e periampolar (grupo 3= n53). Foi utilizado um questionário para coletar as informações dos pacientes contidas nos seus prontuários, como: dados demográficos e grau de instrução; diagnóstico definitivo/categorização do grupo; data da primeira consulta, nº de internações relacionado à doença e a data do tratamento definitivo no HCRP, entre outros.

Outro questionário foi desenvolvido para guiar entrevistas estruturadas com os pacientes, de maneira a captar sua impressão sobre: (a) a estrutura do serviço público de saúde em sua interface com o paciente; (b) o tempo de espera experimentado pelo paciente nas diversas fases de acolhimento e tratamento; (c) a qualidade do atendimento de acordo com a percepção do paciente; (d) o nível de confiança que o paciente deposita no sistema uma vez tendo passado por ele; (e) a qualidade de vida

do paciente e (f) outros comentários dos pacientes. Ambas as coletas de dados ocorrem no período de agosto de 2011 até janeiro de 2012.

3. RESULTADOS

Foram estudados 115 pacientes com afecções biliopancreáticas; 30 apresentavam colelitíase, 32 litíase na via biliar principal e 53 neoplasia ampolar e periampolar. Do total de pacientes estudados, 67 (58,26%) pacientes eram mulheres. A mediana de

idade dos pacientes foi de 58 anos; no grupo com neoplasia ampolar e periampolar a mediana foi de 64, maior que nos grupos com colelitíase (mediana de 51) e litíase da via biliar (mediana de 53) ($p=0,001$). Em relação à situação civil, 58 (50,43%) pacientes eram casados e 18 (15,66%) solteiros. Noventa e nove (86,09%) pacientes possuíam filhos. A tabela 4 traz as características por sexo e idade nos 3 grupos estudados:

Tabela 1: Distribuição dos pacientes estudados de acordo com a doença, sexo e idade

<i>Grupos estudados</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Feminino/ Masculino</i>	<i>Idade em mediana</i>
Colelitíase	30	18/12	51
Litíase na via biliar principal	32	18/14	53
Neoplasia ampolar e periampolar	53	31/22	64
TOTAL	115	67/48	58

Em relação à procedência, 70 (60,87%) dos pacientes com afecções biliopancreáticas eram de outras cidades do Estado de São Paulo; 40 (34,78%) eram residentes em Ribeirão Preto e 05 (4,35%) moravam em cidades fora do Estado de São Paulo. A procedência dos pacientes nos três grupos estudados está

no gráfico 1. Um paciente tinha nacionalidade estrangeira (Chilena). Dentre os pacientes estudados, 99 (86,09%) tinham filhos, 36 (36,36%) residiam com cônjuges e 50 (50,50%) com cônjuges e filhos. A maioria dos pacientes entrevistados, 102 (88,75%) não residia sozinha.

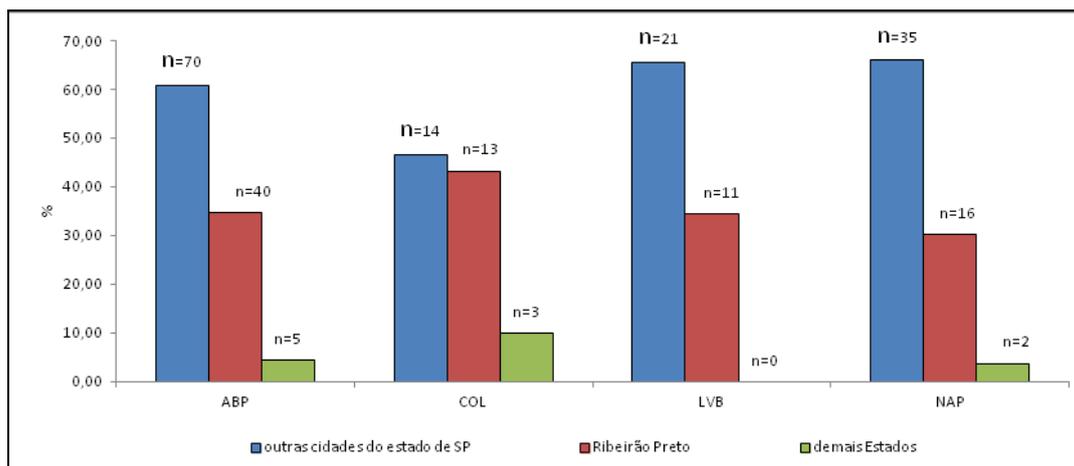


Gráfico 1- Procedência dos pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados no ano de 2012.

Quanto ao grau de instrução, 67 (58,27%) dos pacientes com afecção biliopancreática tinham primeiro grau (completo ou incompleto), 27 (23,48%) tinham segundo grau (completo ou incompleto), 09 (7,83%) optaram por

não responder, 09 (7,83%) tinham curso superior (completo ou incompleto) e apenas 03 (2,61%) eram analfabetos ou semi-alfabetizados. A distribuição do grau de escolaridade nos diferentes grupos de estudo está no gráfico 2.

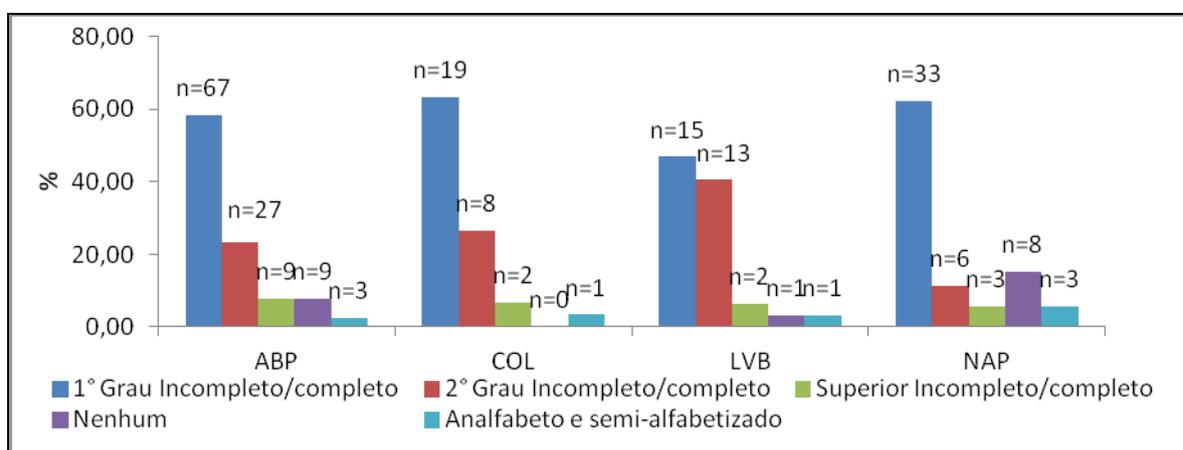


Gráfico 2- Grau de escolaridade dos pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados no ano de 2012.

O tabagismo foi referido por 68 (59,13%) dos pacientes com afecção biliopancreática e o etilismo foi registrado em 45 (39,13%). As

frequências do tabagismo, etilismo e da associação de tabagismo e etilismo nos diferentes grupos estudados estão no gráfico 3.

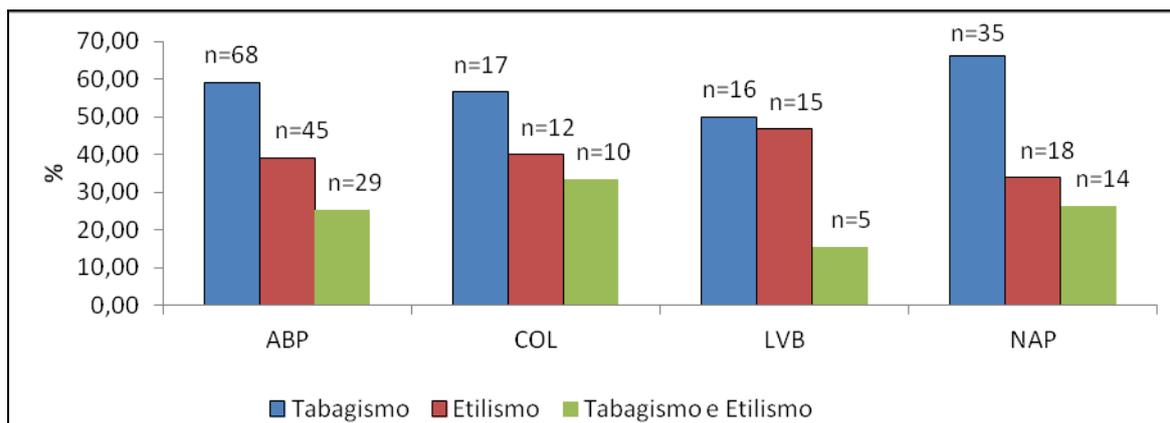


Gráfico 3-Frequências do tabagismo, etilismo e da associação de tabagismo com etilismo nos pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos

A renda de um salário mínimo foi relatada em 26 (22,61%) dos pacientes com afecção biliopancreática, e 38 (33,04%) recebiam até dois

salários mínimos. A distribuição das faixas de renda nos diferentes grupos estudados está no gráfico 4.

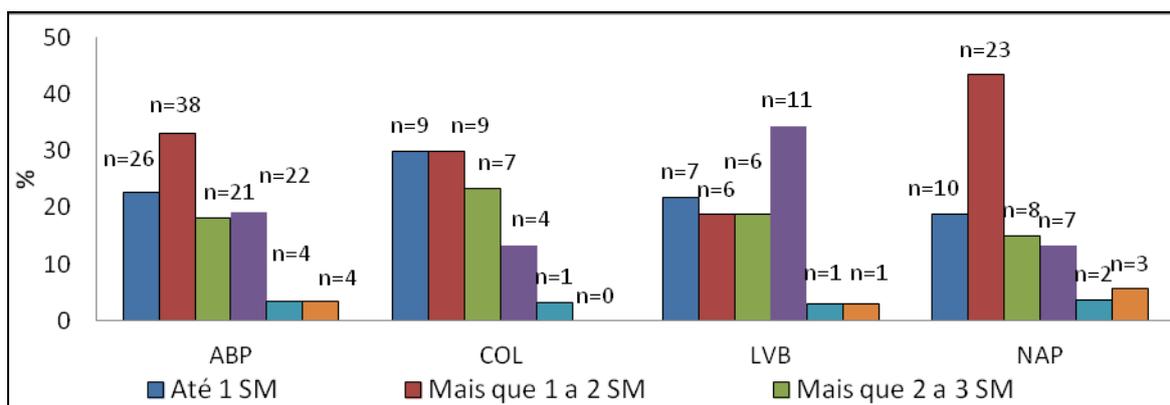


Gráfico 4-Renda familiar em salários mínimos dos pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados no ano de 2012.

Os sintomas colestáticos (icterícia, prurido e colúria) foram referidos por 73 (63,47%) pacientes portadores de afecção biliopancreática, 80 (69,57%) referiam dor, 63 (54,78%) perda de peso e 24 (20,87%) febre. Referiam sintomas colestáticos 10 (33,33%) dos pacientes com colelitíase,

24 (75%) dos pacientes com litíase na via biliar e 39 (73,58%) com neoplasia ampolar e periampolar. A presença de dor foi registrada em 27 (90,00%) dos pacientes com colelitíase, 26 (81,25%) dos pacientes com litíase na via biliar e 27 (50,94%) com neoplasia ampolar e periampolar. A distribuição da

frequência da dor, dos sintomas colestáticos, da perda de peso e febre, nos diferentes grupos estudados, está no gráfico 5. Houve associação

significativa entre sintomas colestáticos e perda de peso nos grupos com Litíase da Via Biliar e Neoplasia Ampolar e Periampolar ($p= 0,0003$).

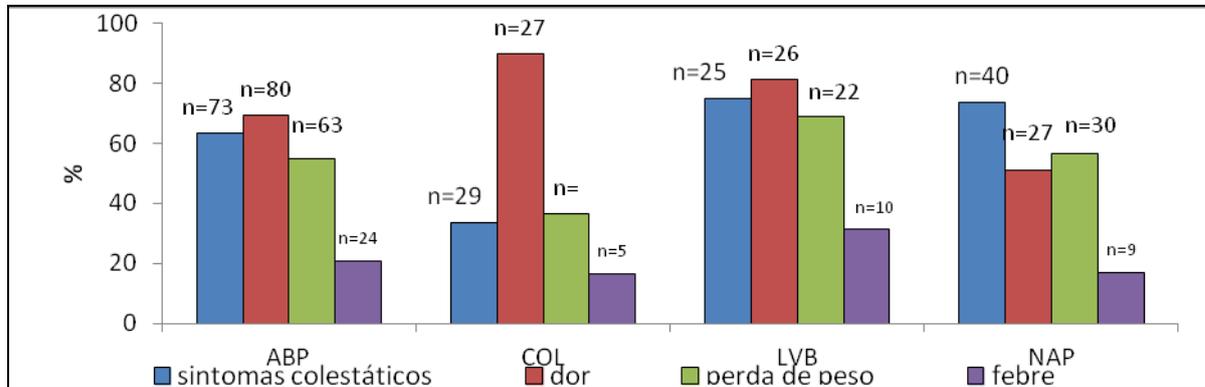


Gráfico 5-Síntomas colestáticos, dor, perda de peso e febre nos pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados

Quanto à ocupação profissional, a maioria dos pacientes com afecção biliopancreática, ou seja, 47 (40,87%) estavam na condição de aposentados/pensionistas, e 28 (24,35%) estavam empregados. Ainda,

16 (13,91%) estavam afastados por auxílio doença e 9 (7,83%) desempregados. A distribuição desses resultados para os diferentes grupos estudados está no gráfico 16.

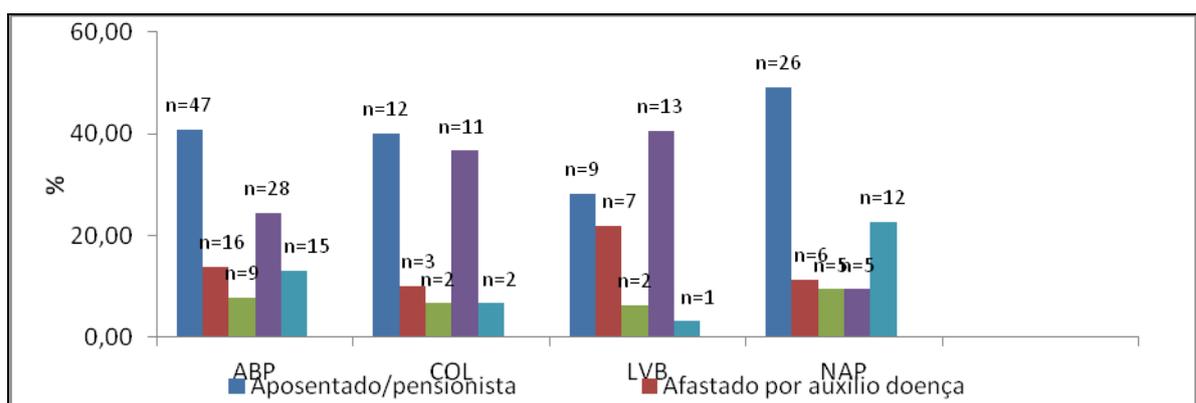


Gráfico 6-Capacidade de trabalhar dos pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados no ano de 2012.

O tempo de espera para o primeiro atendimento médico após o início dos sintomas nos pacientes com

afecção biliopancreática foi menos de 15 dias para 74 (64,35%) casos. O tempos de espera para primeiro

atendimento médico após o início dos sintomas nos diferentes grupos estudados estão no gráfico 6.

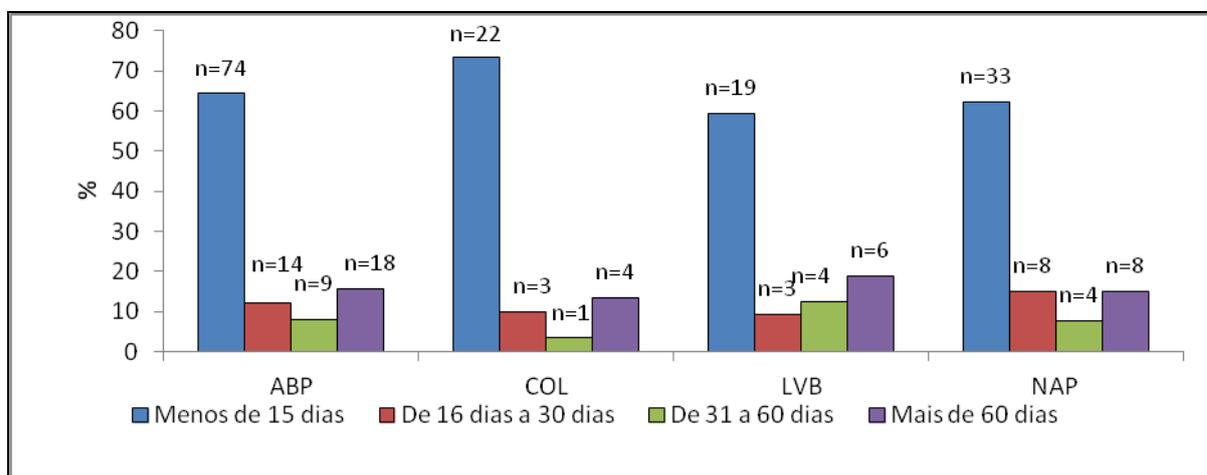


Gráfico 7- Tempo para atendimento médico na AB para pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados no

O pronto atendimento foi o primeiro serviço de saúde procurado por 59 (50,43%) pacientes com afecção biliopancreática e, a maioria dos pacientes dos diferentes grupos estudados também procurou atenção

inicial no pronto atendimento (Gráfico 7). Houve associação significativa entre o acesso ao pronto atendimento como primeiro local de abordagem dos pacientes com colelitíase e litíase na via biliar (p 0,0295).

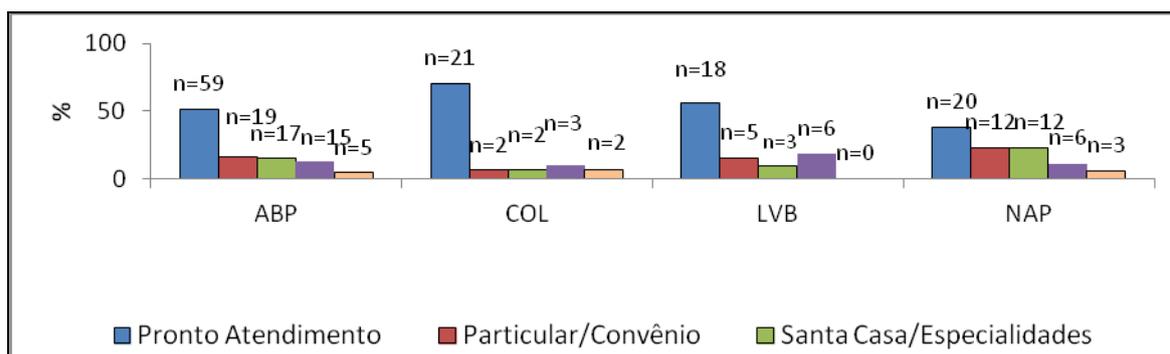


Gráfico 8- Local do primeiro atendimento dos pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados no ano de 2012.

Na consulta da atenção básica, a indicação de exames foi feita para 74 (64,35%) pacientes com afecção

biliopancreática e a prescrição de medicamentos para 45 (39,47%) dos casos. As taxas de indicação de exames, prescrição de medicamentos,

encaminhamento para especialistas e para internação nos diferentes grupos estão apresentadas no gráfico 8. Houve associação entre as variáveis indicações de exames ($p= 0,0233$) e remédios ($p=$

$0,0374$) e grupos estudados. No grupo NAP, houve maior indicação de exame e menor prescrição de medicamentos, na comparação com os demais grupos estudados.

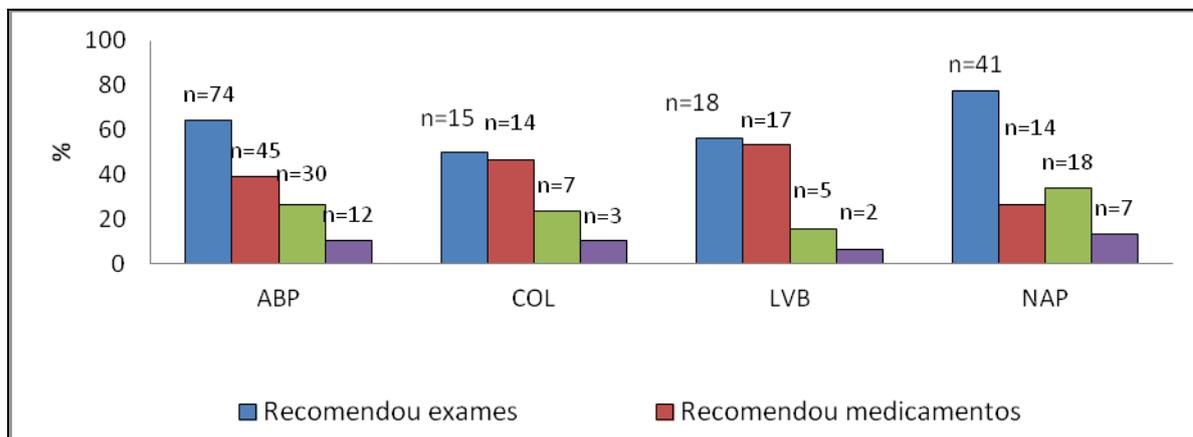


Gráfico 9: Providências adotadas no atendimento na AB (Atenção Básica) para pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados no ano de 2012.

O acesso aos resultados dos exames solicitados na AB em até 15 dias ocorreu em 55 (47,83%) pacientes portadores de afecção biliopancreática; 22 (19,13%) receberam o resultado

entre 16 a 30 dias e 38 (33,04%) em mais que 30 dias. Os tempos para obtenção dos resultados dos exames solicitados na AB para os diferentes grupos estão no gráfico 10.

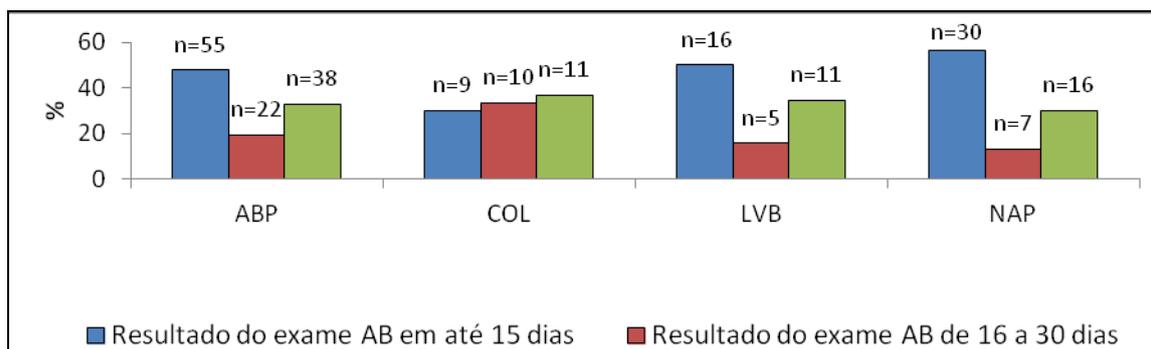


Gráfico 10: Tempo para acesso do resultado do exame solicitado no atendimento na AB (Atenção Básica) para pacientes com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados no ano de 2012.

Dentre os pacientes com afecção biliopancreática, 48 (41,74%) obtiveram acesso ao HCFMRP-USP por

meio de apoio em rede própria de relacionamento social (médicos, gestores de saúde, parentes e amigos);

nessas circunstâncias, o tempo de espera para atendimento entre a AB e o HCFMRP-USP variou de zero a 1568 dias, com mediana de 119 dias. Por outro lado, no acesso por meio da regulação da assistência, o tempo de espera para atendimento entre a AB e o HCFMRP-USP variou de 1 a 1705 dias

com mediana de 134 dias. Os tempos de espera para atendimento entre a AB e o HCFMRP-USP, com as respectivas médias e medianas para os diferentes grupos estudados estão na tabela 5 e nos gráficos 10, 11,12 e 13. Não houve diferença significativa entre os grupos estudados (P= 0,2).

Tabela 2: Tempo de espera, em medianas para acesso da AB ao HCFMRP-USP, mediante regulação

Grupo/variável	N	Varição, em dias, entre atendimento na AB e no HCFMRP-USP	Mediana
ABP/Acesso via rede social	48	0-1568	119
ABP/ Acesso via regulação	67	1-1705	134
COL/Acesso via rede social	11	1-679	156
COL/ Acesso via regulação	19	1-1687	113
LVB/ Acesso via rede social	9	53-859	206
LVB/ Acesso via regulação	23	38-1705	141
NAP/ Acesso via rede social	28	6-1568	91
NAP/ Acesso via regulação	25	1-1524	134

Da assistência ou utilização de rede de relacionamento social para os pacientes com ABP: Afecção Biliopancreática; COL: Colelitíase; LVB: Litíase na Via Biliar e NAP: Neoplasia Ampolar e Periamplar.

Dentre os pacientes com afecção biliopancreática que obtiveram

acesso ao HCFMRP-USP por meio de apoio em rede própria de relacionamento social, o tempo de espera para tratamento variou de 1 a 411 dias, com mediana de 39,50 dias. Por outro lado, no acesso por meio da regulação da assistência, o tempo de espera para tratamento no HCFMRP-

USP variou de 0 a 562 dias com mediana de 42,50 dias. Os tempos de espera para tratamento no HCFMRP-USP, com as respectivas médias e medianas para os diferentes grupos

estudados estão na tabela 6 e no gráfico 11. Não houve diferença significativa nos tempos de espera entre os grupos estudados ($p=0,3$).

Tabela 3: Tempo de espera entre o atendimento e o tratamento definitivo no HCFMRP-USP para os pacientes com ABP: Afecção Biliopancreática; COL: Colelitíase; LVB: Litíase na Via Biliar e NAP: Neoplasia Ampolar e Periapolar.

<i>Grupo/variável</i>	<i>N</i>	<i>Varição, em dias, entre atendimento e tratamento no HCFMRP-USP</i>	<i>Mediana</i>
ABP/Acesso via rede social	48	1-411	39,50
ABP/ Acesso via regulação	61	0-562	42,50
COL/Acesso via rede social	11	1-185	41,00
COL/ Acesso via regulação	19	1-279	35,50
LVB/ Acesso via rede social	9	2-298	71,00
LVB/ Acesso via regulação	23	1-562	78,00
NAP/ Acesso via rede social	28	4-411	32,50
NAP/ Acesso via regulação	25	0-376	29,00

Os parâmetros empregados para verificar a qualidade e a confiança no atendimento na AB dos pacientes com afecção biliopancreática receberam

conceito muito ruim e ruim na AB e de bom a muito bom no HCFMRP-USP (gráfico 11).



Gráfico 11: Qualidade de atendimento e confiança na atenção básica (cor vermelha) e no HCFMRP-USP (cor azul) referida pelos pacientes com Afecção Biliopancreática, segundo os parâmetros: Reputação do profissional que atendeu; tempo para explicar queixa ao profissional; Profissional explicou bem; Entendeu bem as explicações sobre medicação; Entendeu bem as explicações sobre o tratamento; NG-nota geral para o profissional; Confiança no atendimento.

A internação para tratamento etiológico da afecção biliopancreática foi necessária em 106 (92,17%) dos pacientes, pois em 10 casos o tratamento foi realizado em regime ambulatorial. A internação antes do atendimento no HCFMRP-USP foi referida por 61 pacientes (53,04%), totalizando 105 internações. Por outro lado, no HCFMRP-USP, foram necessárias 197 internações para conclusão do tratamento. Dessa forma, no total, ocorreram 302 internações para tratar 115 pacientes com ABP. A

distribuição do número de internações antes e depois do atendimento no HCFMRP-USP para os diferentes grupos estudados está no gráfico 14. O número de internações antes do atendimento no HCFMRP-USP para os pacientes dos grupos LVB e NAP foram maiores ($p < 0,0001$) que o grupo de coletíase. Após atendimento no HCFMRP-USP, o número de internação no grupo de neoplasia ampolar e periampolar foi maior em relação aos demais grupos ($p < 0,0001$).

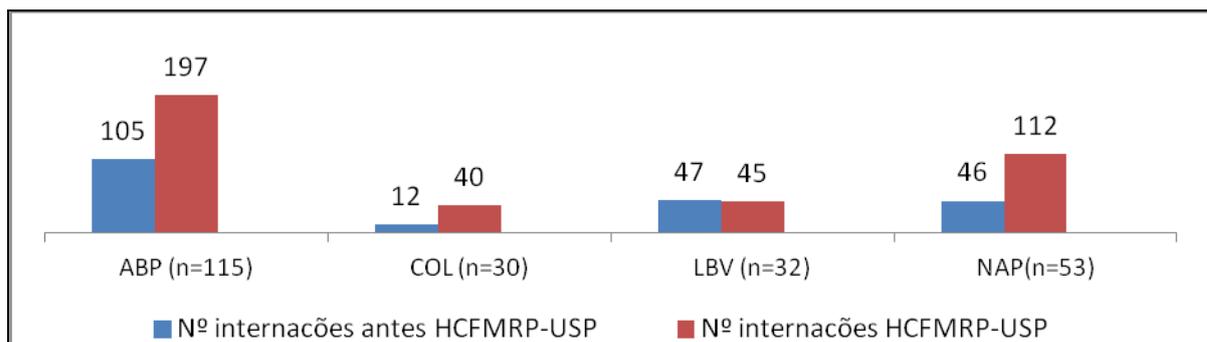


Gráfico 12: Número de internações antes do atendimento do HCFMRP-USP e nesse Hospital com Afecção Biliopancreática (ABP) e suas diferentes etiologias: Colelitíase (COL), Litíase na Via Biliar (LVB) e Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), atendidos no HCFMRP-USP e estudados no ano de 2012.

Dentre os 53 pacientes com NAP, 14(26,4%) foram submetidos a tratamento cirúrgico com intenção curativa (Cirurgia de Whipple), os casos remanescentes foram submetidos a

tratamento paliativo dos sintomas obstrutivos, preferencialmente, por via endoscópica e, excepcionalmente, por meio de cirurgia.

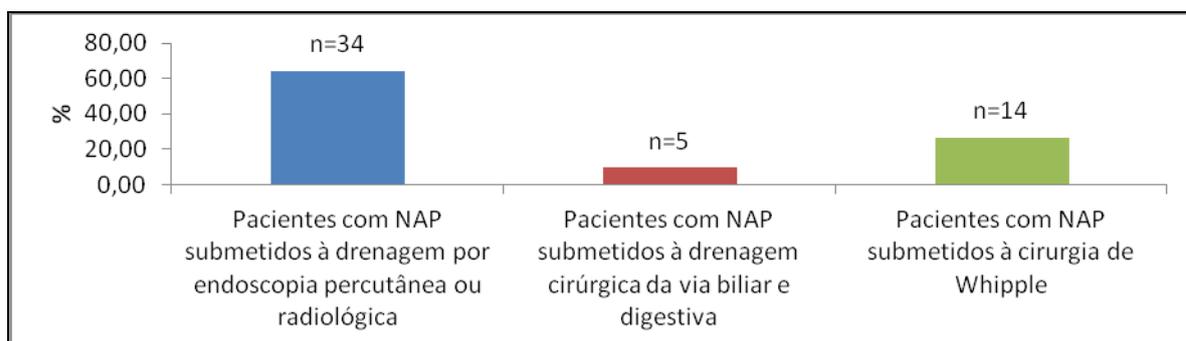


Gráfico 13: Modalidade de tratamento empregada para os pacientes com Neoplasia Ampolar e Periampolar atendidos no HCFMRP-USP e estudados no ano de 2012.

Na última questão da entrevista, os pacientes fizeram comentários sobre a trajetória do acesso no sistema de saúde e a sua percepção da qualidade e confiança no atendimento. Os depoimentos contribuem para a compreensão dos temas: (1) *Implicações do caminho percorrido no sistema de saúde local:* Os retornos constantes no pronto socorro induziram

a busca de alternativas de atendimento médico fora do sistema público de saúde, gerando mais um custo para a família. (2) *Dificuldades de trabalho:* Os retornos constantes na AB, contribuíram para as faltas no trabalho e desligamentos das atividades profissionais, com sofrimentos físicos, psicológicos, prejuízo na QV e necessidade de ajuda financeira dos

filhos, outros membros da família e até amigos. (3) *Qualidade do atendimento médico*: As dificuldades com o atendimento de saúde na AB, especialmente as decorrentes da atuação dos profissionais. (4) *Acesso e encaminhamento*: A busca de encaminhamento para hospital terciário, através da rede de relacionamento social. (5) *Dificuldades para definição do diagnóstico, superlotação do setor de urgência e o prejuízo da QV*: A gestão clínica aquém do esperado e o ônus para o usuário. (6) *O protagonismo da atenção hospitalar*: O acesso ao hospital de nível terciário é visto como uma grande conquista e o fim da angústia. Por mais que o diagnóstico seja grave, os pacientes mostram-se gratos pela confiança que sentem nesse nível de atenção à saúde.

4. DISCUSSÃO

A percepção da oferta de atenção à saúde aquém do esperado ou do desejado nos sistemas públicos de saúde organizados em redes assistenciais hierarquizadas e reguladas é um fenômeno universal e, no nosso meio, tem motivado a elaboração, a avaliação e a implantação de estratégias para verificação de riscos, vulnerabilidades e necessidades de assistência aos doentes, bem como de

garantia de acesso e acessibilidade ao diagnóstico e tratamento oportunos^{7, 17, 18}.

No presente estudo, realizado em cenário de rede assistencial hierarquizada e regulada já consolidada, verificou-se que o sistema de saúde ainda não foi capaz de legitimar as suas portas de entrada junto a população (unidades básicas de saúde e regulação médica) e, aquelas que estão disponíveis nas unidades de pronto atendimento, não apresentam a sensibilidade clínica suficiente para lidar com os pacientes portadores de obstrução biliopancreática. Nesse contexto, a busca de acesso ao tratamento hospitalar para cerca de 40% dos pacientes, no presente estudo, ainda se fez por meio de rede de relacionamento social, o que, em tese, poderia violar, dentre outros princípios do SUS, a igualdade e a equidade no acesso. Esse fenômeno, felizmente, não foi observado, provavelmente, porque a maioria dos agentes da rede de relacionamento social são profissionais de saúde que atuam no hospital terciário e o fazem com base nas necessidades de saúde. Por outro lado, os tempos esperados e os recursos assistenciais empregados para o manejo da obstrução biliopancreática estão muito aumentados, tomando como base as

recomendações da saúde e da legislação.

Os impactos da espera de 3 a 4 meses para avaliação hospitalar da obstrução biliopancreática decorrente de tumor e, do tempo para tratamento de aproximadamente um mês, podem ser dimensionados no registro das complicações da doença, das entradas nos serviços do sistema de saúde e na vida cotidiana dos pacientes e seus familiares, os tempos decorridos entre a avaliação na atenção básica e hospitalar, os recursos propedêuticos e terapêuticos empregados antes da admissão no hospital e o número de internações para a solução do problema pode auxiliar na compreensão da percepção que a população tem sobre o fraco desempenho da atenção básica no manejo dos casos.

O pior desempenho da atenção básica em comparação à hospitalar, registrado nesse estudo, é coincidente com os resultados detectados na avaliação da atenção básica do município de Ribeirão Preto, em pesquisa recente conduzida pelo Ministério da Saúde¹⁹.

O descompromisso com a elaboração do diagnóstico clínico sindrômico e anatômico da obstrução biliopancreática nas unidades básicas de saúde ou nas unidades de pronto

atendimento, associado à precária gestão clínica e do acesso dos pacientes aos serviços de referência por parte das equipes de saúde contribuem para a solicitação de exames de laboratório e de imagem desnecessários, retardam os encaminhamentos, pioram a condição clínica, afetam o trabalho, a condição social e a qualidade de vida dos pacientes. Essa sequência de eventos adversos no manejo dos casos com obstrução biliopancreática está representada nos resultados observados no presente estudo e pode justificar o conceito desfavorável atribuído à assistência pré-hospitalar.

Dentre os 53 pacientes com obstrução biliopancreática neoplásica estudados, os elementos da história clínica observados: idade mediana de 60 anos, hábito do tabagismo (66%), icterícia (73,5%) e a perda de peso (56,6%) são suficientes para alertar a equipe de atendimento a buscar outros achados do exame físico, como a presença de vesícula palpável que ocorre em cerca de 30%, e, assim, apenas de posse da associação desses dados fazer o encaminhamento da atenção básica para o hospital terciário, sem necessidade de exames de fluídos corporais ou de imagem. Todavia, deve ser destacado que grande parte dos pacientes com NAP (37,7%)

procuraram inicialmente as unidades de pronto atendimento e, apenas 11,3%, foram à unidade básica de saúde.

Dentre os pacientes avaliados nesse estudo, 60,87%, não residiam em Ribeirão Preto, sede do hospital terciário, 22,6% tinham renda de um salário mínimo, 33% recebiam até dois salários mínimos, 58,2% tinham baixa escolaridade, 40,87% estavam na condição de aposentados/pensionistas, 13,91% estavam afastados por auxílio doença e 7,83% desempregados. Esse contexto social impõe atuação articulada para a garantia da integralidade da atenção nos diferentes níveis da rede assistencial, com vistas à redução de agravos das doenças, sequelas e óbito. A saúde como direito que legitima a luta pela redução da iniquidade e alargamento de direitos de cidadania precisa contar, além das competências técnicas e gestoras oportunas dos seus profissionais, também com as ações sociais e políticas para conferir aos usuários a dimensão dinâmica do “direito a ter direitos”.

Nesse estudo 50,43% dos pacientes buscaram o pronto atendimento como o primeiro serviço de saúde. A falta de referência bem estabelecida na atenção básica com unidade de saúde e equipe disposta para acolher, avaliar e estabelecer o

diagnóstico sintomático e anatômico, e coordenar o acesso por meio do complexo regulador da assistência, pode justificar essa opção dos pacientes, bem como a busca de apoio da rede de relacionamento social (41,7% obtiveram acesso ao hospital terciário por meio de apoio em rede própria de relacionamento através de médicos, gestores de saúde, parentes e amigos).

Dentre os 53 pacientes com NAP, o tratamento foi obtido mediante necessidade de 158 internações, o que certamente decorre das consequências do retardo no encaminhamento, visto que alguns pacientes são admitidos com infecção, desnutrição, distúrbios de coagulação e insuficiência renal e precisam ser submetidos a procedimentos de drenagem biliar e tratamento com medicamentos e suporte nutricional, antes da ressecção cirúrgica. Ainda, deve ser lembrado que o hospital terciário também ter gargalos: é frequente a necessidade de internação apenas para fazer avaliação de risco anestésico cirúrgico e realização de exames de imagem, com ressonância nuclear magnética. Em que pese essas adversidades, a taxa de ressecção cirúrgica com intenção curativa (Cirurgia de Whipple) foi de 26,4%, e os casos remanescentes foram submetidos a tratamento paliativo dos

sintomas obstrutivos, preferencialmente, por via endoscópica e, excepcionalmente, por meio de cirurgia. As taxas de ressecção estão dentro dos limites esperados, mas próximas do limite inferior registrado na literatura, que varia de 20 a 40%. As diferenças de desempenho entre os componentes da rede assistencial podem comprometer a avaliação do sistema de saúde e precisam ser consideradas nos investimentos da saúde. A pouca confiança referida por 47,8% dos pacientes com afecções biliopancreáticas na atenção básica, frente à confiança declarada por 96,5% dos pacientes no hospital terciário, pode indicar que o modelo assistencial vigente está a serviço de interesses diversos da população usuária.

Apesar dos princípios organizativos e doutrinários do SUS estarem vigentes há quase 25 anos, a sua regulamentação ter facilitado a implantação de estratégias que contribuem com o aumento da efetividade das ações, a legislação ser favorável para o manejo de situações de saúde mais críticas, a defensoria pública, o ministério público e o judiciário cooperarem na consolidação dessa política pública, o percurso dos doentes, como foi demonstrado nesse trabalho, ainda é sinuoso. Os doentes,

com frequência, são onerados com o sofrimento e riscos (as doenças estudadas produzem sintomas obstrutivos que podem evoluir com inflamação, infecção e perda de funções orgânicas) e por desconhecimento dos seus direitos são induzidos a contrair dívidas para pagar exames e procedimentos, algumas vezes desnecessários. Por outro lado, o sistema de saúde e a sociedade padecem com essa ineficiência, visto que as complicações decorrentes das doenças estudadas encarecem e prolongam demasiadamente o tratamento. Esse cenário é perigoso, na medida em que o papel do estado brasileiro adquire contornos de competência na arrecadação de tributos, mas de supressor, com indiferença ao sofrimento alheio, dos serviços públicos essenciais.

Os depoimentos dos pacientes, apresentados nesse estudo, revelam a preocupação com a qualidade de todos os recursos que envolvem a rede assistencial do SUS, os físicos, tecnológicos e especialmente os humanos. Portanto, as dificuldades quanto ao acesso aos serviços públicos da saúde vão além da necessidade de atendimento rápido e igualitário, mas está também relacionada com a qualidade da atenção. A gestão do SUS

não se limita à compra de equipamentos, material hospitalar, estrutura física e tecnológica, mas se efetiva na humanização do atendimento. A falta de informação e resposta traz insegurança tanto para quem utiliza o SUS quanto para os trabalhadores da saúde. O orgulho institucional e o sentimento de ser capaz de fazer a diferença positiva na vida das pessoas e são fatores significantes na satisfação e dedicação ao trabalho²⁰.

Um sistema público de saúde adequado deve ser eficiente, de fácil transição entre os níveis de atendimento e menos burocratizado, a fim de atender às necessidades da população. É preciso conhecer melhor o impacto da prestação de serviços nos indicadores de saúde de uma determinada população e o seu peso nos resultados alcançados, não por número de ações, mas por efetividade. Os resultados apresentados nesse estudo apontam para a necessidade de garantia do acolhimento e da avaliação de risco na atenção básica, bem como o fortalecimento da regulação da assistência com atuação orientada por protocolos clínicos e regulatórios. Nesse contexto, é possível mitigar as complicações das doenças de abordagem hospitalar, o tempo de espera para o tratamento e a sua duração no ambiente hospitalar, assim como o

prejuízo na qualidade de vida e nas práticas de cidadania.

5. CONCLUSÃO

Com base na metodologia empregada e nos resultados obtidos, pode-se concluir que: O tempo de acesso para o tratamento hospitalar da obstrução biliopancreática de origem neoplásica está muito além do preconizado, o que pode contribuir para:

1. Avaliação desfavorável da atenção básica e da regulação da assistência pelos usuários.
2. Ampliação desnecessária da participação do hospital no tratamento.
3. Comprometimento da qualidade de vida dos pacientes.
4. Comprometimento da efetividade do Sistema de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cohn A, Elias P. Descentralização, saúde e cidadania. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, São Paulo, 1994; 32: 5-16.
2. Ocke-reis CO, Marmor TR. The brazilian national health system: an unfulfilled promise? International Journal of Health

- Planning and Management, Sussex, 2010; 25(4): 318-328.
3. Pontes APM. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? Escola Ana Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2009; 13(3): 500-507.
4. Morita I, Almeida MAS. O estudante de medicina no Conselho Municipal de Saúde: construindo a responsabilidade social. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2008; 32(4): 493-494.
5. Grisotti M, Patrício ZM, Silva A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010; 15(3): 831-840.
6. Lopes SL, Santos JS, Scarpelini S. The implementation of the medical regulation office and mobile emergency attendance system and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a university hospital: a research study. BMC Health Services Research, London, 2007; 7: 173.
7. Santos JS. et al. Clinical and regulatory protocol for the treatment of jaundice in adults and elderly: a support for health care network and regulatory system. Acta Cirúrgica Brasileira, São Paulo. Supplement 1, 2008; 23: 133-142.
8. Paterson WG et al. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. Canadian Journal of Gastroenterology, Oakville, 2006; 20(6): 411-423.
9. Lucera M. Fila para consulta dura até 5 meses em Ribeirão Preto. A Cidade. [citado em 01 nov. 2014]. Disponível em: <http://www.jornalacidade.com.br/editorias/cidades/2011/11/01/fila-para-consulta-dura-ate-5-meses-em-ribeirao-preto.html>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de riscos nos serviços de urgência. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF, 2009.
11. Fraenkel JR, Wallen NE. How to design and evaluate research in education. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1996.
12. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições de Amartya Sen. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2005; 10(1): 129-145.
13. Cameron LJ et al. One thousand consecutive

- pancreaticoduodenectomies. *Annals of Surgery*, Baltimore, 2006; 244(1): 10-15.
- 14.** Navarini D, Vitola SP, Rhode L. Litíase das vias biliares. In: Rohde L, Osvaldt AB. (Eds.). *Rotinas em cirurgia digestiva*. Porto Alegre: Artmed, 2011; 62: 493-499.
- 15.** Bersch VP, Osvaldt AB, Rohde L. Colecistite crônica calculosa sintomática e assintomática. In: Rohde L, Osvaldt AB (Eds.). *Rotinas em cirurgia digestiva*. Porto Alegre: Artmed, 2011; 60: 477-484.
- 16.** Ary D, Jacobs LC, Razavieh A. *Introduction to research in education*. 4th ed. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers, 1990.
- 17.** Santos JS. et al. Protocolo para acesso aos Serviços do Sistema Único de Saúde. In: Santos JS. et al. (Orgs.). *Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- 18.** Ferreira JBF et al. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 2010; 14(33): 345-358.
- 19.** Nalon T. De 0 a 10, índice do governo dá nota 5,4 à saúde pública no Brasil. G1, Brasília, mar. 2012. [citado em 27 out. 2014]. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/de-0-10-indice-do-governo-da-nota-54-saude-publica-no-brasil.html>.
- 20.** Laschinger HKS. et al. Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? *Journal of Nursing Management*, Oxford, 2009; 17(5): 636-646.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-10-06
Last received: 2014-12-08
Accepted: 2015-01-12
Publishing: 2015-05-29