

**O acesso de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis à Rede de Atenção à Saúde
em pequenos municípios**

**The access of persons with chronic diseases non-transmissible to the Health Care
Network in small counties**

**El acceso de personas con enfermedades crónicas no transmisibles a la Red de Atención
Médica en pequeños condados**

Recebido: 11/06/2020 | Revisado: 13/06/2020 | Aceito: 15/06/2020 | Publicado: 28/06/2020

Melisse Paloschi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1212-5367>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: mpaloschi@universo.univates.br

Cássia Regina Gotler Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9466-0437>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: cgotlermedeiros@gmail.com

Morgana Salvadori

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3352-2879>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: salvadorimorgana@gmail.com

Resumo

As doenças crônicas apresentam início gradual, com duração longa ou incerta e geralmente têm múltiplas causas, contemplando uma categoria vasta de agravos e exigindo reorganizações do sistema de saúde. A rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas busca promover a atenção integral e ampliação das ações de promoção à saúde e de prevenção do aparecimento de complicações. Este estudo objetivou analisar o acesso das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis aos serviços de saúde, comparando a oferta de atendimentos e procedimentos em dois pequenos municípios da Região de Saúde 29, do Rio Grande do Sul (RS), com os parâmetros estabelecidos pela Portaria 1.631/2015. Trata-se de um estudo transversal e exploratório, com base em documentos das Secretarias Municipais de Saúde e entrevistas com gestores e informantes-chave de dois municípios do RS. Verificou-se que não há dificuldade de acesso aos serviços de saúde na atenção básica; porém,

a oferta de assistência na média e alta complexidade é insuficiente, dificultando o acesso do usuário e induzindo sua participação financeira no custeio do diagnóstico e tratamento. Concluiu-se que é necessário ampliar a oferta de atendimentos de média e alta complexidade, no que se refere às doenças crônicas, cabendo aos três entes federativos estabelecer mecanismos de garantia de acesso a estes serviços, bem como uma regulação qualificada.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Doença crônica; Integralidade em Saúde.

Abstract

Chronic diseases have a gradual onset, with a long or uncertain duration and generally have multiple causes, covering a wide category of diseases and requiring reorganizations of the health system. The health care network of people with chronic diseases seeks to promote comprehensive care and expand actions to promote health and prevent the appearance of complications. This study aimed to analyze the access of people with chronic non-communicable diseases to health services, comparing the provision of care and procedures in two small municipalities in the Health Region 29, in Rio Grande do Sul (RS), with the parameters established by the Ordinance 1.631/2015. It is a cross-sectional and exploratory study, based on documents from the Municipal Health Secretariats and interviews with managers and key informants from two municipalities in RS. It was found that there is no difficulty in accessing health services in primary care; however, the offer of assistance in medium and high complexity is insufficient, hindering user access and inducing their financial participation in the cost of diagnosis and treatment. It was concluded that it is necessary to expand the supply of medium and high complexity care, with regard to chronic diseases, and it is up to the three federative entities to establish mechanisms to guarantee access to these services, as well as qualified regulation.

Keywords: Health Services Accessibility; Chronic disease; Integrality in Health.

Resumen

Las enfermedades crónicas tienen un inicio gradual, con una duración larga o incierta y generalmente tienen múltiples causas, que cubren una amplia categoría de enfermedades y requieren reorganizaciones del sistema de salud. La red de atención médica para personas con enfermedades crónicas busca promover la atención integral y ampliar las acciones para promover la salud y prevenir la aparición de complicaciones. Este estudio tuvo como objetivo analizar el acceso de personas con enfermedades crónicas no transmisibles a los servicios de salud, comparando la provisión de atención y procedimientos en dos municipios pequeños en

la Región de Salud 29, en Rio Grande do Sul (RS), con los parámetros establecidos por la Ordenanza 1.631/2015. Es un estudio transversal y exploratorio, basado en documentos de las Secretarías de Salud Municipales y entrevistas con gerentes e informantes clave de dos municipios en RS. Se encontró que no hay dificultad para acceder a los servicios de salud en atención primaria; sin embargo, la oferta de asistencia en complejidad media y alta es insuficiente, lo que dificulta el acceso de los usuarios e induce su participación financiera en el costo del diagnóstico y el tratamiento. Se concluyó que es necesario ampliar la oferta de atención de complejidad media y alta, con respecto a las enfermedades crónicas, y corresponde a las tres entidades federativas establecer mecanismos para garantizar el acceso a estos servicios, así como una regulación calificada.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Enfermedad crónica; Integralidad en Salud.

1. Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se caracterizam por serem de longa duração e, em alguns casos, permanentes; evoluem lentamente e apresentam diferentes causas, incluindo fatores hereditários, fisiológicos, ambientais e estilo de vida, acarretando diversas complicações metabólicas (Mendes, 2012). As principais DCNT são as doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus (DM) (Brasil, 2008).

Em 1990 a mortalidade proporcional por DCNT, no Brasil, correspondia a 59,6% das mortes, aumentando em 2015 para 75,8%. Neste mesmo ano, as DCV foram responsáveis por 424.058 mortes; as neoplasias, por 236.345; as doenças respiratórias crônicas, por 79.651, e o DM, por 62.466 mortes (Malta et al., 2017).

Visando melhorar a atenção às pessoas com DCNT, o Ministério da Saúde (MS) redefiniu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, através da Portaria 483/2014 (Brasil, 2014), a qual objetiva ampliar ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT e suas complicações. Para tanto, o sistema de saúde precisa qualificar o acesso e a utilização dos serviços oferecidos pela rede, e dispor de fluxos bem definidos, que facilitem o trânsito do usuário entre os serviços (Magalhães, 2014).

O acesso integra o desempenho dos sistemas de saúde, e não pode ser definido somente pela oferta de serviços, mas pelas necessidades do usuário, as quais podem ser representadas pela necessidade de determinado tipo de atenção, resolução da demanda,

atenção que a equipe dispensa ao usuário, localização geográfica das unidades de saúde, disponibilidade de recursos e a credibilidade do serviço perante os usuários (Assis, Villa, & Nascimento, 2003).

A organização da RAS sustenta-se na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas aos problemas trazidos pelos usuários, sendo necessário fortalecer a “porta de entrada” no nível primário da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social (Assis & Jesus, 2012).

Para potencializar a discussão acerca do acesso, cabe trazer a Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015), do MS, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando aproximar procedimentos e consultas às necessidades de saúde da população brasileira. Por meio da referida Portaria, pode-se mensurar e estimar quais as necessidades de atendimento da população.

Este estudo objetivou analisar o acesso das pessoas com DCNT aos serviços de saúde, comparando a oferta de atendimentos e procedimentos em dois pequenos municípios da Região de Saúde 29, do Rio Grande do Sul (RS), com os parâmetros estabelecidos pela Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015). Pretende-se verificar se há estrutura adequada para atender às demandas da sua população, no que se refere às DCNT, considerando as importantes complicações da assistência inadequada a estas patologias, como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, retinopatia, nefropatia, amputação de membros por complicações do DM e óbitos precoces por neoplasias.

2. Metodologia

Este estudo ocorreu em dois municípios localizados na Região de Saúde 29, no Rio Grande do Sul (RS), escolhidos intencionalmente por serem pequenos, característica predominante na região, onde 61% dos municípios possuem menos de 15.000 habitantes. Entre eles, observa-se grande heterogeneidade na capacidade de oferta de serviços, sendo que poucos oferecem atenção integral aos cidadãos no seu próprio território (Medeiros, 2013). O projeto foi apresentado aos gestores municipais, que aceitaram participar, e assinaram uma carta de anuência.

Trata-se de um estudo transversal e exploratório. Os dados foram coletados em 2016, tendo como base documentos das Secretarias Municipais de Saúde, onde buscou-se o número de atendimentos relacionados às DCNT. Analisou-se os dados referentes às DCV e

Neoplasias que apresentam os maiores coeficientes de mortalidade da região, respectivamente 230,06 e 180,89 a cada 100.000 habitantes, no ano de 2017, e DM Tipo II, devido a sua relevância em saúde pública e associação com as DCV (Rio Grande do Sul, 2017).

Obteve-se demais informações por meio de entrevistas semiestruturadas com os secretários de saúde e integrante da equipe de saúde que possuía informações acerca do fluxo de acesso e utilização nas RAS. Comparou-se os dados com o preconizado pelo MS, segundo Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015). Conforme o Art. 3º desta, os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação destas ações, podendo sofrer adequações de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. Para calcular as necessidades, conforme estes parâmetros, considerou-se a população do Censo de 2010 (IBGE, 2017), sendo que, para cada patologia ou procedimento, a Portaria (Brasil, 2015) prevê diferentes faixas etárias.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número CAAE 53151116.8.0000.5310. Garantiu-se o sigilo quanto à identificação dos sujeitos - nomeados como GMA e GMB (Gestor do município A e B), AAMA e AAMB (Auxiliar Administrativo do município A e B).

3. Resultados e Discussão

3.1. Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis nos municípios analisados

O município A possuía 4.791 habitantes, 100% de cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) - sendo duas unidades de saúde - e um hospital de pequeno porte, com 28 leitos. O município B também possuía 100% de cobertura de ESF e 5.697 habitantes (IBGE, 2017). A população do município B busca por atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), com duas equipes de ESF. Este município não possui hospital.

A Tabela 1 mostra o quantitativo de pessoas com as principais DCNT em cada município, conforme o e-SUS (Sistema de Informação da Atenção Básica), e a estimativa de pessoas com estas doenças, conforme a Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015).

Tabela 1. Número de pessoas com as principais DCNT nos municípios A e B.

	Registro Município A	Estimativa Município A[#]	Registro Município B	Estimativa Município B[#]
Doenças cardiovasculares	206	1.631	Desconhecido**	1.287
Diabetes mellitus	177	263	Desconhecido	263
Neoplasias	28	Sem parâmetros*	Desconhecido	Sem parâmetros

* A Portaria não traz parâmetros que permitam calcular

** O Município não soube informar

[#] Estimativa conforme Portaria 1.631/2015

Fonte: Autores.

Conforme a Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015), dentre as pessoas com DCV no município A, baseando-se no censo de 2010 (IBGE, 2017), estimou-se que 21,4% (816) sejam hipertensas, e, entre elas, 25% (204) seriam classificadas como tendo alto risco para o desenvolvimento de complicações. Ainda, entre as pessoas com DM, 25% (65) seriam classificadas como tendo alto risco para desenvolvimento de complicações relacionadas à doença. No município havia o registro de 28 usuários com neoplasias, porém, nesse caso, a Portaria (Brasil, 2015) não traz parâmetros que nos permitam calcular estimativas.

Solicitou-se ao município o quantitativo de pacientes encaminhados no ano de 2015 para atendimentos nas áreas de oncologia, cardiologia e endocrinologia - as quais atendem às doenças com maiores coeficientes de mortalidade na região, porém não haviam registros no município. Possivelmente, o número de pessoas cadastradas com DCNT seja menor do que o estimado, por não terem sido diagnosticadas ou por haver falhas do registro no e-SUS. Igualmente, o fato de não ter disponível este número sugere a falta de acompanhamento adequado dos usuários que são encaminhados para os serviços de referência em outros municípios.

No município B, segundo a Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015), entre as pessoas com DCV, estimou-se que, conforme Censo de 2010 (IBGE, 2017), 984 (21,4%) sejam hipertensas, entre as quais, 246 (25%) teriam alto risco de desenvolvimento de complicações. Entre as pessoas com DM, 79 (25%) teriam alto risco de desenvolvimento de complicações relacionadas à doença. Solicitou-se ao município o quantitativo de usuários com DCNT cadastrados no e-SUS, contudo, não se teve acesso às informações. Logo, levanta-se a hipótese de que a forma como ocorre o cadastramento não proporciona a geração desses relatórios ou não há conhecimento das funcionalidades do sistema. Consequentemente, não foi possível comparar as estimativas trazidas pela Portaria para definir o número de pessoas que teriam DCNT com a realidade do município. Ao se pensar a gestão em saúde, o município não tendo essas informações, podem haver dificuldades no planejamento e a

implementação de políticas de cuidado nas condições crônicas.

A gestora municipal de saúde do município A possui ensino médio, assumiu o cargo em novembro de 2015, e não possui experiência prévia em gestão da saúde. Com relação aos serviços hospitalares, sua postura é de não envolvimento com a administração do hospital.

Essa forma de organização do processo de trabalho, por sua vez, dificulta o monitoramento e avaliação dos atendimentos realizados no hospital com recursos do SUS. Conforme estudo realizado na região, verificou-se que o posicionamento da maioria dos gestores, no processo de planejamento, é de expectador e não de protagonista, sendo este um entrave para uma gestão de qualidade e para participação efetiva no planejamento regional (Medeiros *et al.*, 2017). O Sistema Nacional de Saúde espanhol também apresenta como fragilidade a nomeação política dos cargos de responsabilidade na gestão em saúde, divergindo de países mais avançados da Europa, como o Reino Unido e Itália, onde a gestão e níveis gerenciais se caracterizam como apartidários, técnicos e estáveis. Existe o desenvolvimento de uma cultura de gestão, porém ainda desacompanhada de reflexão e decisões acerca do bom governo do sistema espanhol (Freire, 2006).

A gestora do município B possui ensino superior, ocupa o cargo há 12 anos, e possui amplo conhecimento dos processos de trabalho e dos fluxos de atendimento.

Em ambos os municípios, a demanda por atenção básica é atendida no próprio território, mas a de média e alta complexidade são encaminhadas para serviços de referência regional em outros municípios da região, ou para serviços de saúde na Capital. Observa-se que a maior parte da demanda de atendimento tem sido suprida na Região 29, sendo poucos os encaminhamentos para a Capital, fato que vem ao encontro de uma das diretrizes propostas pelo SUS: a regionalização.

A regionalização é uma característica dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar acesso e diminuir desigualdades. Porém, existem dificuldades na consolidação de regiões de saúde diante da insuficiência no financiamento, frágeis políticas de gestão do trabalho e constrangimentos na oferta de serviços, além de influências do setor privado no SUS, as quais fragilizam a gestão do cuidado integral (Santos & Giovanella, 2016). A regionalização também é observada nos países europeus com Sistema Nacional de Saúde, estruturados a partir da delimitação territorial e populacional e de regiões sanitárias que operam em níveis de complexidade, sendo sua principal característica estarem baseados na Atenção Primária em Saúde (Freire, 2006).

3.2. Fluxos de acesso e utilização dos serviços

No município A, os usuários com DCV realizam os procedimentos de baixa complexidade no próprio município, mas a demanda de média e alta complexidade é encaminhada, em sua maioria, para o serviço de referência regional (SRR) em cardiologia, localizado em outro município, e para outras duas cidades da região quando se trata da realização de exames como tomografia e ultrassonografia. A escolha pelo não encaminhamento dos usuários ao SRR, segundo a gestora do município, acontece em consequência do alto custo dos serviços oferecidos neste local, pois o município complementa a tabela de procedimentos do SUS.

Na Tabela 2 observa-se a oferta de atendimentos disponível em cada município e qual seria a necessidade de cada um deles de acordo com os parâmetros apresentados na Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015).

Tabela 2. Disponibilidade de atendimentos nos municípios A e B e parâmetros da Portaria nº 1.631/2015.

Procedimentos/ Consultas	Preconizado Município A	Disponível Município A	Preconizado Município B	Disponível Município B
Consultas DCV	220/ano	12/ano	226/ano	48/ano
Exames laboratoriais	700/mês*	712/mês**	800/mês	R\$3.500,00/mês***
Raio X	34/mês*	100/mês**	32/mês	Não disponibilizado pelo município
Tomografia	SP	4/mês	SP	5/mês
Ressonância	SP	6/ano	SP	8/ano
Consultas oftalmológicas	SP	15/ano	SP	10/mês
Consultas oncologia	SP	Desconhecido	SP	10/mês

*Estimativa para DCV.

**Disponibilizado para todas patologias, não apenas as do estudo

*** O município B coloca um valor financeiro como limite para exames laboratoriais

Desconhecido: o município não soube informar qual a disponibilidade do atendimento.

SP: Sem Parâmetros pela portaria

Fonte: Autores.

Para a maioria dos procedimentos relacionados às DCV, não há um limite de cotas para o município A, assim, não se pode comparar com o que é preconizado pela Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015). No entanto, há limite para as primeiras consultas que são acessadas

via Regulação Regional. Existe, também, limitação no número de exames laboratoriais. Os entrevistados não relataram dificuldade ou falta de cotas nesse caso, porém considera-se que o número de exames necessário somente para usuários com DCV e DM utilizaria praticamente a cota total que o município disponibiliza mensalmente. A cota mensal de exames de Raio X disponível no município A é maior do que o preconizado, no entanto, ressalta-se que esta cota é para todas as situações da população, e não somente para as DCV.

Segundo as entrevistadas, o número de cotas disponibilizadas para tomografias e ressonâncias é insuficiente, havendo, para ressonância, 40 usuários na fila de espera. A gestora relata:

[...] a gente “tá”, na maioria das vezes, optando pela tomografia, que é o que a gente consegue mais né [...] a gente pede para o médico fazer uma nova avaliação e encaminhar uma tomografia (GMA).

Não ficou claro quem determina as prioridades e faz classificação de risco, assim como a validade clínica da substituição da ressonância pela tomografia.

Devido a baixa oferta de procedimentos pelo SUS, a prefeitura firmou um convênio paralelo com o SRR, em que custeia o atendimento da população. Em grande parte dos procedimentos relacionados às DCV, verificou-se que há participação dos usuários no custeio do valor das consultas e procedimentos, ou, em alguns casos, o valor integral é financiado para ter acesso, o que vem de encontro ao que é preconizado pelo SUS não sendo cumpridos os princípios constitucionais da universalidade do acesso e integralidade do cuidado. Estudo que teve como objetivo avaliar a RAS às pessoas com DCV na região da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) aponta que não há conhecimento das necessidades dessa população, ou a determinação de uma oferta de serviços que as atendam, conforme recomendado por diretrizes. Ainda, verificou que a oferta é determinada principalmente pela análise de viabilidade econômica dos prestadores de serviço e, por vezes, pela pressão que a população exerce sobre a gestão municipal (Medeiros & Gerhardt, 2015).

Os usuários com DM realizam os procedimentos de baixa complexidade no próprio município, mas a demanda de média e alta complexidade é encaminhada para o SRR e para outras duas cidades da região, quando se trata de consultas oftalmológicas, ou para serviços de referência em Porto Alegre. Foi referida a dificuldade de agendamento de consultas com endocrinologista, que são realizadas na Capital, havendo 20 pessoas na fila de espera:

É bem complicado para a gente conseguir pelo SUS, é bem complicado, demora uns dois ou três anos, é o endócrino (AAMA).

Uma necessidade dos usuários com DM é a realização de exames oftalmológicos como fundoscopia, retinografia e fotocoagulação. Contudo, segundo os dados fornecidos pelo município, nunca houve encaminhamentos para realização destes procedimentos, o que não está de acordo com a Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015), que preconiza a realização desses exames, em média, uma vez ao ano.

Como alternativa para acessar o serviço mais rapidamente, é oferecido aos usuários, novamente, o convênio entre a prefeitura e o SRR:

Na verdade, a gente tem um convênio, que a maioria das pessoas que tem um pouco de condições acaba pagando a consulta [...] (AAMA).

Ainda, tratando-se de DM, o município possui convênio com médicos endocrinologistas em duas outras cidades da região, em que o usuário paga pela consulta. O valor da consulta é de R\$ 116,00 em uma cidade e R\$ 180,00 na outra.

É o que nós estamos fazendo, oferecendo né, porque a gente sabe que [...] vai demorar [...], que não é via SUS, na verdade a pessoa acaba pagando a consulta (GMA).

Os usuários do município A com neoplasias têm o atendimento de atenção básica realizado no município, porém, para procedimentos de média e alta complexidade, a população é encaminhada para o SRR. A partir do momento em que o usuário é diagnosticado com neoplasia e tem acesso a esse serviço, todos os procedimentos necessários são realizados naquele local, por meio do SUS.

No município B, os usuários com DCV também realizam os procedimentos de baixa complexidade no próprio município e a demanda de média e alta complexidade é encaminhada, em sua maioria, para o SRR, localizado em outro município. Há encaminhamentos para outras duas cidades da região, em se tratando da realização de procedimentos vasculares, tomografia e ecografia Doppler.

Da mesma forma que o município A, para a maioria dos procedimentos relacionados às DCV, não há um número de cotas disponíveis para o município B, assim, para grande parte

dos procedimentos não é possível realizar a comparação entre o que é oferecido com o que é preconizado pela Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015). Existe limitação no número de exames laboratoriais, já que o município disponibiliza R\$ 3.500,00 por mês para atendimento da demanda. A Portaria citada não traz especificações quanto a valores, mas, conforme os parâmetros apresentados, estima-se que haveria a necessidade de realização de aproximadamente 800 exames laboratoriais por mês para os usuários com DCV e DM. Os entrevistados não relataram dificuldade ou a existência de demanda reprimida nesse caso.

Diferentemente do município A, o município B não disponibiliza de cotas para realização de Raio X, sendo custeados pela população, que precisa se deslocar até o SRR para realizá-lo. O mesmo acontece com as ultrassonografias e ventriculografias, que não são oferecidos pelo município.

Existem limitações no caso de consultas cardiovasculares, estando o número disponibilizado bem abaixo dos parâmetros indicados pela Portaria (Brasil, 2015). Segundo a AAMB, há em torno de dez pessoas aguardando por uma consulta de cardiologia clínica e quatro aguardando consultas de alta complexidade,

Porque a gente não consegue agendar todos de vez e a demanda está aumentando cada dia mais (AAMB).

O aumento de demanda referido pela profissional do município B tem como uma das principais causas a mudança do perfil demográfico do Brasil, atualmente caracterizado pelo aumento constante do número de idosos - a estimativa é de que em 2030 já terá ultrapassado o número de jovens. Esse envelhecimento, associado à queda de doenças transmissíveis agudas, provoca um acréscimo importante na carga de doenças crônicas no perfil epidemiológico brasileiro (Noronha, 2014).

Os usuários do município B com DM são encaminhados principalmente para serviços de saúde em Porto Alegre, ou para o serviço de referência em outra cidade da região, no caso de atendimentos oftalmológicos. Para a maioria dos procedimentos e exames realizados para esses usuários, não há limitação de cotas e, dessa forma, não é possível fazer a comparação com os parâmetros de atendimento preconizados pela Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015). Quando os encaminhamentos são para o serviço de referência em outra cidade há limitação em dez consultas oftalmológicas, sendo que, em alguns meses a oferta de consultas é menor. Contudo, não há essa limitação com encaminhamentos para serviços de saúde em Porto Alegre, pois são públicos.

Os encaminhamentos dos usuários com neoplasias do município B são feitos para o SRR. Não há número de cotas para os exames e procedimentos necessários para essa enfermidade, a não ser para consultas, que são dez por mês. Contudo, segundo os relatos, não há demanda reprimida, havendo sido encaminhados, no ano de 2015, 50 pacientes para consultas de oncologia. Os exames necessários são realizados pelo SRR a partir do diagnóstico de neoplasia, já os exames anatomopatológicos são realizados no município, não havendo limitações ou demanda reprimida. O SRR em oncologia constitui-se em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, assim, tem como uma de suas atribuições realizar o diagnóstico para neoplasia. No entanto, repassa esta responsabilidade para o município.

Neste município, assim como no A, devido à oferta insuficiente de consultas e procedimentos pelo SUS, há convênio com serviços de outras cidades para atendimento da população. O usuário participa, juntamente com o município no financiamento do atendimento, principalmente na assistência às DCV. Por vezes, paga o valor integral do atendimento para não ficar na fila de espera.

A gestora, ao se posicionar com relação aos exames de ressonância, argumenta:

A fila de espera é enorme e o valor é caro. O município não tem como arcar com o valor total, aí acaba os pacientes muitas vezes pagando pelo serviço (GMB).

Sobre os convênios existentes:

A gente tem um contrato lá com o serviço de referência regional, um contrato não, é que eles deixam um desconto para o paciente, mas isso é com eles lá, [...], mas a princípio seria visto como particular então, ou o município paga tudo ou não paga nada (GMB).

O município não conta com regulação dos encaminhamentos, o que resulta em um processo que não considera classificação de risco, ocorrendo apenas por ordem de inclusão na fila de espera.

Estudo que analisou o desenvolvimento de instrumentos de coordenação nos vários níveis de atenção nas cidades de Aracaju (Sergipe), Belo Horizonte (Minas Gerais), Florianópolis (Santa Catarina) e Vitória (Espírito Santo), verificou, nos quatro casos, a compra de consultas e exames da rede privada, particularmente nas especialidades com maior

fila de espera, para suprir a deficiência na oferta de atenção especializada, dificultada pelos valores pagos pela tabela SUS, considerados insuficientes pelos prestadores de serviço. Também foi recorrente, neste estudo, a avaliação de que há a insuficiência de financiamento para média complexidade promovida pelo MS e Estado (Almeida, Giovanella, Mendonça, & Escorel, 2010).

Não são relatadas, pela gestão, dificuldades de acesso aos serviços de saúde oferecidos no município, sendo que todos os pacientes são acolhidos pela enfermagem que avalia a necessidade de encaminhamento para consulta médica. O atendimento é conforme livre demanda, não havendo agendamentos para datas posteriores. No entanto, quando se trata de encaminhamentos para outros municípios, na média e alta complexidade, começam a aparecer as dificuldades principalmente em relação ao diagnóstico das patologias.

As condutas dos municípios do estudo não observam os princípios da universalidade e integralidade presentes na Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990). A justificativa mencionada pela gestão municipal é a falta de financiamento pelo Estado e União, principalmente relacionado à média complexidade. O financiamento do SUS precisa ser reavaliado, pois os municípios vêm recebendo menos recursos de transferência federal, tendo cada vez menos poder de ação e mais responsabilidades. Foi observada a diminuição da participação da União e elevação da participação dos estados e municípios no financiamento da saúde (Carvalho & Medeiros, 2011).

Resultados de estudo realizado na região de saúde 29, do RS, indicaram que os óbitos evitáveis por DCNT representaram 41,30% entre os óbitos por todas as causas. Ressalta-se que a limitação no acesso a serviços de média complexidade, encontrada no presente estudo pode ter como consequência esse desfecho (Medeiros *et al.*, 2018).

4. Considerações Finais

Verificou-se que o atendimento de atenção básica é realizado nos dois municípios e a demanda de média e alta complexidade é atendida em outras cidades, sendo que pouco extrapola os limites da região. Quanto ao fluxo de atendimento, a primeira consulta para os usuários é agendada pelos municípios e as subsequentes pelo serviço de referência para onde o indivíduo foi encaminhado.

Em relação aos parâmetros de atendimentos estabelecidos pela Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015) verificou-se uma oferta insuficiente de atendimentos de média e alta complexidade nos dois municípios, aos usuários com DM e DCV. Para dar conta da demanda

os municípios estabeleceram convênios com serviços da região, induzindo o usuário a pagar parte do valor das consultas e procedimentos para ter acesso aos serviços, fato que fere diretamente a legislação do SUS.

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, verificou-se que na atenção básica não há dificuldade, mas sim quando se trata de encaminhamentos para outras cidades, principalmente ao SRR para a média e alta complexidade, não havendo garantia de acesso a esses níveis, o que acarreta importantes lacunas na assistência e falta de garantia da continuidade do cuidado e integralidade da atenção. Ressalta-se que este estudo não avaliou a resolutividade na atenção básica, baseou-se apenas na estimativa de necessidades conforme a Portaria referida. No entanto, é sabido que quanto mais resolutivo este nível de atenção, menor a necessidade de atendimentos de média e alta complexidade. Avaliar a oferta de uma atenção básica ampliada, com profissionais qualificados e disponibilidade de exames necessários aos diagnósticos, pode diminuir as filas de espera para outros níveis de atenção.

As condições crônicas, pelas características que apresentam, necessitam de ampla estrutura de serviços de assistência para o seu enfrentamento. Dessa forma, na Região 29/RS, é necessário ampliar a oferta de atendimentos de média e alta complexidade, no que se refere às principais doenças crônicas existentes. Dessa feita, cabe aos três entes federativos estabelecer mecanismos de garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Encontrou-se como limitações para o desenvolvimento do estudo a não definição do número de atendimentos para grande parte das consultas e procedimentos. Diante disso, não foi possível realizar a comparação com alguns parâmetros de atendimentos estabelecidos na Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015). Houve, também, grande dificuldade no fornecimento dos dados pelos municípios, pois verificou-se que estes não mantêm registros completos das informações sobre os usuários, demonstrando falhas na gestão e dificultando a continuidade da assistência na atenção básica.

Acredita-se ser importante outros estudos que analisem o disposto na Portaria 1.631/2015 (Brasil, 2015) pois, como neste caso, podem demonstrar as graves dificuldades de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Referências

Almeida, P. F., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., & Escorel, S. (2010). Desafio à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais entre

grandes centros urbanos. *Cadernos Saúde Pública*, 26(2), 286-298. doi:10.1590/S0102-311X2010000200008

Assis, M. M. A., & Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2865-2875. doi:10.1590/S1413-81232012001100002

Assis, M. M. A., Villa, T. C. S., & Nascimento, M. A. A. (2003). Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 815-823. doi:10.1590/S1413-81232003000300016

Brasil. (1990). *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de setembro de 1990, seção 1, p. 18055.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. *Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014*. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. Brasília, 2 de abril de 2014, nº 63, seção 1.

Brasil. (2015). Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015*. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 2 de outubro de 2015, nº 189, seção 1.

Carvalho, G., & Medeiros, J. (2011). Redes de atenção à saúde no SUS: financiamento e alocações. In: Silva, S. F. (Orgs.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. 2. ed. Campinas: Saberes Editora.

Freire, J. M. (2006). El sistema nacional de salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. *Claridad*, 1, 31-45. Acesso: 10 mai. 2020. Disponível: <http://portal.ugt.org/claridad/numero7/freire.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2017). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio Grande do Sul. Acesso em 24 de outubro de 2017, em <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=43>

Magalhães Jr, H. M. (2014). Redes de Atenção à Saúde: Rumo à Integralidade. In: Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral. *Divulgação em Saúde para Debate*, 52, 15-37. Acesso: 10 mai. 2020. Disponível: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

Malta, D. C, França, E, Abreu, D. M. X., Perillo, R. D., Salmen, M. C., Teixeira, R. A., Passos, V, Souza, M. F. M., Mooney, M., & Naghavi, M. (2017). Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Sao Paulo Medical Journal*, 135(3), 213-221. doi:10.1590/1516-3180.2016.0330050117

Medeiros, C. R. G. (2013). *Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios*. Tese, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Medeiros, C. R. G., & Gerhardt, T. E. (2015). Avaliação da rede de atenção à saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde em Debate*, 39, n. especial, 160-170. doi:10.5935/0103-1104.2015S005201

Medeiros, C. R. G., Saldanha, O. M. F. L., Grave, M. T. Q., Koetz, L. C. E., Dhein, G., Castro, L. C., Schwingel, G., & Santos, M. V. (2017). Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde & Sociedade*, 26(1), 129-140. doi:10.1590/s0104-12902017162817

Medeiros, C. R. G., Koetz, L. C. E., Grave, M. T. Q., Raupp, L. M., Salvadori, M., & Freitag, A. L. (2018). Estratégia saúde da família e morbimortalidade por doenças crônicas evitáveis

em pequenos municípios. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 42(1), 59-75. doi:10.22278/2318-2660.2018.v42.n1.a2589

Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Noronha, J. C. (2014). Redes integradas de cuidado e a pesquisa necessária. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 52, 50-53. Acesso: 10 out. 2018. Disponível: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

Rio Grande do Sul. (2017). Secretaria Estadual de Saúde. Portal Business Intelligence. Acesso em 17 de outubro de 2017, em http://bi.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc_Novo.htm?document=Mortalidade%20e%20Nascidos%20Vivos.qvw&host=QVS@foggia&sid=rq3vgrepr4kad119qj8liv4mj5

Santos, A. M., & Giovanella, L. (2016). Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(3), e00172214. doi:10.1590/0102-311X00172214

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Melisse Paloschi – 40%

Cássia Regina Gotler Medeiros – 40%

Morgana Salvadori – 20%