

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE ENFERMAGEM

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM DOIS MUNICÍPIOS DA
REGIÃO 29/RS**

Melisse Paloschi

Lajeado, junho de 2016

Melisse Paloschi

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM DOIS MUNICÍPIOS DA
REGIÃO 29/RS**

Monografia apresentada na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Enfermagem, da Univates, como parte da exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cássia Regina Gotler Medeiros

Lajeado, junho de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Maria e Antonio, que me deram a vida e me ensinaram a lutar por aquilo que desejo e que, apesar das dificuldades, sempre apoiaram a minha vontade de estudar.

Ainda, dedico à minha madrinha, Lêda, um exemplo de mulher a ser seguido, que contribuiu muito, de diversas maneiras, para que eu alcançasse o objetivo de cursar a graduação.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por sempre me apoiar na concretização do objetivo que é alcançado com esta monografia, e por nunca ter me desestimulado, apesar das dificuldades. Aos meus pais, por possibilitar, a mim e a minha irmã, a oportunidade de estudar, chance essa que eles não tiveram, e por nos apoiarem independente de qual fossem as nossas escolhas. À minha irmã Mariani, que, sem dúvida, me motivou para chegar até aqui. Ao meu namorado Tiago, que sempre esteve ao meu lado, pelo apoio e paciência, e por compreender o estresse do momento. Aos meus padrinhos Lêda e Nilso, pelo apoio e incentivo, e por me acolherem em sua casa, contribuindo – vocês não imaginam o quanto – para a realização deste objetivo. Não tenho palavras para agradecer-lhes. A essas pessoas, a quem tenho um amor incondicional e de cuja convivência tive que me ausentar por inúmeras vezes, em decorrência deste trabalho e devido as demais exigências que a graduação nos faz.

Aos meus amigos, pelos momentos compartilhados nas pausas das atividades acadêmicas, proporcionando descontração e recuperação de ânimo para continuar em busca deste objetivo. À amiga e colega Morgana, pela amizade, apoio e auxílio nas dificuldades com a informática.

Ao Centro Universitário UNIVATES e ao corpo docente da Instituição, pela contribuição na minha formação e aprendizado. À professora e orientadora, Cássia Medeiros, exemplo de docente, por seus ensinamentos e paciência ao longo das orientações e por confiar em mim no desenvolvimento deste trabalho. À professora Arlete, coordenadora do curso de Enfermagem, pela atenção que tem com os alunos

e pelos conselhos fornecidos ao longo desses anos de estudo.

Aos dois municípios que me acolheram e que aceitaram o desenvolvimento deste trabalho, em especial às gestoras municipais e às auxiliares administrativas pela sua disponibilidade e apoio para que esta pesquisa fosse realizada. Às professoras da banca de avaliação do projeto e do trabalho final, pelas considerações que certamente contribuíram para a qualidade deste estudo.

A cada uma dessas pessoas que contribuiu para concretização deste objetivo, o meu muito obrigada!

“Como grãos de areia que compõe imensas dunas, como pequenas gotas que formam as chuvas, gestos de compreensão, ternura e respeito são partes de um amor maior” (Autor desconhecido).

*“A água de boa qualidade é como a saúde ou a liberdade:
Só tem valor quando acaba.”
(João Guimarães Rosa)*

RESUMO

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. Esta monografia objetivou descrever a rede de atenção à saúde das pessoas com as principais doenças crônicas não transmissíveis em dois municípios de pequeno porte da região 29/RS, conhecer quais os fluxos de acesso e utilização desses serviços e comparar as informações obtidas com os parâmetros de atendimento preconizados pelo Ministério da Saúde através da Portaria 1.631(BRASIL, 2015). A pesquisa é do tipo exploratório e descritivo, com base em dados secundários e entrevistas, constituindo-se como qualitativa. Foram entrevistados os secretários de saúde de cada município e informantes-chave indicados por estes. Também foram buscados dados secundários nos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Verificou-se que, embora exista a regionalização dos atendimentos, a oferta de serviços de média e alta complexidade das principais doenças crônicas é insuficiente. Nesses casos, por vezes, o próprio usuário financia os serviços para ter acesso a eles, principalmente com relação às doenças cardiovasculares. Esse fato fere a equidade, já que é feita uma seleção, em que aqueles com melhores condições financeiras têm prioridade no atendimento. Constatou-se, portanto, dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade, em especial às doenças cardiovasculares e Diabetes.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Doença crônica. Serviços de saúde. Utilização.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHOS –	Sistema de Administração Geral dos Hospitais
CRS –	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS –	Departamento de Informática do SUS
DCNT –	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM –	Diabetes Mellitus
ESF –	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS –	Sistema de Informação da Atenção Básica
GEDESS –	Grupo de Estudos em Desenvolvimento de Sistemas de Saúde
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS –	Ministério da Saúde
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PIES –	Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica à Saúde
PA –	Pressão Arterial
RAS –	Redes de Atenção à Saúde
SISReg –	Sistema Nacional de Regulação
SUS –	Sistema Único de Saúde
UNACON –	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES	47

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho está integrado à pesquisa *Governança e Tecnologias de Gestão e Cuidado nas Condições Crônicas*, que está sendo realizada pelo Grupo de Estudos em Desenvolvimento de Sistemas de Saúde (GEDESS), o qual vem investigando as condições crônicas na Região de Saúde 29 do Rio Grande do Sul. Um dos objetivos dessa pesquisa é realizar apoio matricial e institucional a dois pequenos municípios da região, que foram o foco deste estudo.

O apoio matricial em saúde tem como objetivo propiciar retaguarda especializada a equipes e a profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde, considerando as necessidades de cada local e oportunizando a troca de saberes, por meio do subsídio de conhecimentos de uma equipe de trabalho à outra (CAMPOS; CUNHA, 2011). Já o apoio institucional é direcionado à gestão, e proporciona a ampliação da capacidade de análise das equipes, enquanto busca incluir os colaboradores no trabalho, facilitando a reflexão acerca das dificuldades daquele ambiente. Assim, o apoio institucional auxilia na análise da Instituição, buscando novos modos de operar as organizações (BARROS; DIMENSTEIN, 2010).

As condições crônicas se caracterizam por ter uma duração longa, e em alguns casos, são definitivas e permanentes, evoluem lentamente e apresentam diferentes causas, incluindo fatores hereditários, estilo de vida, fatores fisiológicos e ambientais. Essas condições podem levar ao aparecimento de outros sintomas e de dificuldades no desenvolvimento de atividades diárias (MENDES, 2012).

Convém mencionar que a situação atual de saúde no Brasil configura-se por

uma transição demográfica acelerada, em que o número de jovens está diminuindo e o de idosos aumentando, acarretando, conseqüentemente, o aumento das doenças crônicas. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 2008, 60 milhões de pessoas eram portadoras de doenças crônicas e 5,9% da população possuía três ou mais dessas doenças (MENDES, 2012).

Para superar o problema da incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, Mendes (2012) destaca a implantação de redes de atenção à saúde. Visando melhorar a atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em 2013, foi lançada a Portaria nº 252 do Ministério da Saúde (MS), que instituiu a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Portaria objetiva mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da atenção integral mais qualificada, ampliando as ações de promoção à saúde e buscando prevenir o aparecimento e as complicações das doenças crônicas (BRASIL, 2013b).

Para que, efetivamente, melhore a atenção às pessoas com doenças crônicas, se faz necessário que estas tenham acesso e possam usufruir dos serviços ofertados pela rede. Travassos e Martins (2004) referem que, no conceito de acesso, prevalece a ideia de que este integra o desempenho dos sistemas de saúde relacionado à oferta. Já o uso de serviços pode ser uma medida do acesso; contudo, para que o acesso seja concretizado, não basta apenas o uso dos serviços.

As mesmas autoras trazem que a utilização dos serviços representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, sendo o processo de utilização dos serviços de saúde resultante da interação do comportamento da pessoa que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema. O comportamento do indivíduo é responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos posteriores.

A transição da situação de saúde é determinada por fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico. Por essa razão, sempre deve haver coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde (MENDES, 2010). A organização da rede de saúde 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 básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social, garantindo atendimento em todos os níveis de complexidade. Além disso, é preciso facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada local (ASSIS; JESUS, 2012).

As doenças crônicas, por terem longa duração e forte relação com os hábitos de vida das pessoas, exigem do sistema de saúde uma nova organização. É necessário adotar de um modelo de atenção que dê conta de um cuidado coordenado, continuado, organizado, proativo, integrado e que possa apoiar a pessoa nas mudanças de vida (MENDES, 2012).

Segundo a Portaria 252, a rede de atenção à saúde deve oferecer atenção de forma integral aos usuários com DCNT “[...] em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde” (BRASIL, 2013b, p. 2). Para concretização dessa proposta, é necessário que o sistema de saúde esteja organizado com foco no usuário, visando qualificar o acesso e utilização dos serviços oferecidos pela rede. Nesse sentido, segundo Medeiros (2013), estudos qualitativos que investigam a organização e a capacidade da rede de atenção à saúde em responder às necessidades dos portadores dessas doenças ainda são escassos.

Conforme estudos do GEDESS, as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na região da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, a qual pertence à região 29, são as neoplasias, doenças cardiovasculares e o Diabetes Mellitus (DM) (MEDEIROS, et al., 2014). Na região, também foi realizado estudo que visou identificar e avaliar a situação e atenção às condições crônicas abordando, no aspecto qualitativo, a descrição e análise das trajetórias assistenciais de pessoas com condições crônicas mais prevalentes na região. Foi verificado que estas procuram pelos serviços de saúde após apresentarem sintomas, ou seja, ao estarem doentes (RAUPP, et al., 2015).

Portanto, a estrutura do sistema de atenção à saúde deve estar em sintonia com a situação de saúde da população para poder responder às demandas e, por isso, é importante conhecer como está constituída a rede de atenção à saúde das

peças com DCNT, assim como investigar o fluxo de acesso e utilização dos serviços oferecidos, visando, se necessário, repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, buscando seu aperfeiçoamento. Dessa forma, este estudo buscou investigar como está constituída a rede de atenção à saúde das pessoas portadoras das principais doenças crônicas não transmissíveis em dois municípios de pequeno porte da Região 29/RS, conhecer quais os fluxos de acesso e utilização dos serviços nessa rede e verificar se as informações encontradas nos dois municípios estão de acordo com o preconizado pelo MS, através da Portaria 1.631 (BRASIL, 2015), que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Descrever a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em dois municípios de pequeno porte da Região 29/RS e conhecer os fluxos de acesso e utilização desses serviços.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar quais os serviços que constituem a rede de atenção à saúde das pessoas com as principais DCNT em dois municípios de pequeno porte da Região 29/RS;
- b) Conhecer os fluxos de acesso e utilização dos serviços que compõe a rede de atenção à saúde das pessoas com as principais DCNT em dois municípios de pequeno porte da Região 29/RS;
- c) Verificar se a oferta de consultas e procedimentos encontrados nos dois municípios está de acordo com os parâmetros e critérios preconizados na Portaria 1.631 (BRASIL, 2015).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis

Atualmente, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. O percentual de pessoas idosas, com mais de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000, e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um aumento relativo das condições crônicas, pois essas condições de saúde afetam a população de maior idade. Os dados de 2008 da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas (MENDES, 2012).

As doenças crônicas apresentam início gradual, sua duração é longa ou incerta e, em geral, têm múltiplas causas. O tratamento envolve mudanças no estilo de vida, além de um processo de cuidado contínuo, que geralmente não leva à cura (BRASIL, 2014). Por conta disso, favorecem o aparecimento de outras doenças que podem causar incapacidades, requerem monitorização contínua, maiores cuidados paliativos, assim como uma estrutura ampliada de suporte de serviços para o seu enfrentamento (FREITAS; MENDES, 2007).

Nessa perspectiva, as condições crônicas contemplam uma categoria

extremamente vasta de agravos. Estão incluídas nessa categoria, as doenças transmissíveis (por exemplo, o HIV), as doenças não transmissíveis (hipertensão, DM) e as incapacidades estruturais (amputações) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS, 2003).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a p. 24), as doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo, tendo “gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias”. No Brasil, correspondem ao problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das causas de morte. Por apresentarem fatores de risco em comum, a OMS definiu como o conjunto das principais DCNT, as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o DM. Seus fatores de risco são classificados em não modificáveis, como sexo, idade e herança genética, e comportamentais, como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e o consumo elevado de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, lançado em 2011, objetiva preparar o país para enfrentar e controlar o aparecimento das DCNT, através do fortalecimento dos serviços de saúde e de políticas públicas efetivas, integradas e sustentáveis, visando diminuir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade. Essas ações são direcionadas ao grupo das quatro principais doenças e seus fatores de risco em comum (BRASIL, 2011a). Considerando esse contexto, o sistema de atenção à saúde precisa adaptar-se à atual situação, reorganizando a forma com que está oferecendo o cuidado à pessoa com doenças crônicas. Visando dar conta dessa reorganização do sistema de saúde, convém trabalhar com redes de atenção à saúde.

Magalhães Júnior (2014) ressalta que estudos apontam que o caminho mais eficiente para concretizar a integralidade no SUS seria a estruturação dos sistemas em redes. Conforme Brasil (2011b), as redes de atenção à saúde (RAS) são definidas como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Da mesma forma, Mendes (2010) acrescenta que as RAS são organizações

que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2013a, p. 9-10).

As RAS podem ser organizadas em vários temas da atenção, sendo que o Ministério da Saúde definiu como prioritárias a Rede Cegonha, a Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, sendo esta última definida e pactuada pelo Ministério da Saúde, em 2012 (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas foi instituída pela Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, e redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014), tendo como finalidade:

Art. 3º [...] Realizar atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013b, p.2).

E como objetivo geral:

Art. 5º [...] Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas implicações (BRASIL, 2013b, p. 2).

O mesmo autor coloca que essa rede deve ser organizada no âmbito de uma região de saúde, de acordo com as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. Sua estrutura é composta pela Atenção Básica, pela Atenção Especializada, pelo serviço ambulatorial especializado, pelo serviço hospitalar, pelo serviço de Urgência e Emergência, pelos sistemas de Apoio Logísticos, pelos componentes de regulação e pela governança.

Segundo a OMS (2003), se, até 2020, as condições crônicas não forem

gerenciadas adequadamente, representarão a principal causa de incapacidade a nível mundial e darão as maiores despesas ao sistema de saúde. Dessa forma, o seu gerenciamento é um dos maiores desafios a ser enfrentado pelo sistema de saúde.

A implantação da RAS das pessoas com doenças crônicas ocorre através da organização de linhas de cuidado específicas, que apresentam diretrizes e princípios que podem auxiliar os gestores e profissionais a repensar o atual modelo de assistência à saúde. Sendo assim, destacam-se algumas diretrizes da Portaria 483: a necessidade de regionalização das ações, a garantia de acesso à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar e a implementação de sistemas de informação para que se possa acompanhar e compartilhar o cuidado à pessoa com doença crônica (NORONHA, 2014).

O impacto das DCNT pode ser revertido com intervenções de promoção à saúde para redução dos seus fatores de risco, detecção precoce e tratamento oportuno (BRASIL, 2011a). A rede, composta por vários serviços, deve ser uma trilha para facilitar o caminhar dos usuários de um serviço para o outro (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Dessa forma, o acesso e utilização dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde das pessoas com DCNT precisam estar garantidos, com fluxos bem definidos.

2.2 Acesso e utilização dos serviços de saúde

A implantação do SUS pretendeu garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde, conforme preconiza a Constituição Federal, de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 133).

A palavra “acesso”, segundo o dicionário Michaelis (2009), significa “ato de ingressar, entrada, ingresso, possibilidade de chegar a, aproximação”. Jesus e Assim (2010) estabelecem uma interessante relação da definição desse termo com os serviços de saúde. O sentido depreendido dessa aproximação leva a uma porta de entrada, ou a um local de acolhimento do usuário no momento em que sentir alguma necessidade relacionada à saúde, ou então reporta-se aos caminhos que ele irá

percorrer tendo em vista a resolução dessa necessidade.

Jesus e Assis (2010), assim como Assis, Vila e Nascimento (2003), citam a discussão de Giovanella e Fleury (1995), os quais trazem que a questão do acesso aos serviços de saúde deve ser vista sobre várias dimensões: visão econômica, que trata da relação de oferta e demanda; visão técnica, relativa à organização da rede de serviços; visão política, que se refere ao desenvolvimento de consciência sanitária e da organização popular; dimensão simbólica, sendo esta as representações sociais sobre a atenção e o sistema de saúde. Assis, Vila e Nascimento (2003) acreditam que o acesso não é definido pela oferta, mas pelas necessidades do usuário, as quais podem ser representadas de diversas maneiras, como a necessidade de determinado tipo de atenção, a resolução da queixa, a atenção que a equipe dispensa ao usuário, a localização geográfica das unidades de saúde, a disponibilidade de recursos para a resolução dos seus problemas e a credibilidade do serviço perante os usuários.

Para contribuir nessa discussão sobre o acesso aos serviços de saúde, vale ressaltar as ideias de Cecílio (1997 apud JESUS; ASSIS, 2010), ao falar sobre os modelos tecnoassistenciais em saúde, quanto aos fluxos dos usuários. O autor apresenta o modelo círculo como sendo uma estratégia para melhorar as portas de entrada dos sistemas de saúde, buscando alcançar espaços de acolhimento, vínculo e responsabilização no cuidado com a saúde do usuário. Para isso, propõe a construção de protocolos assistenciais e a adscrição de clientela como instrumentos técnicos de reorganização dos fluxos.

Importa salientar, ainda, que o acesso é uma característica importante para explicação do padrão de utilização dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), podendo ser confundido com a utilização dos serviços, quando só se quer analisar a obtenção do cuidado pelo indivíduo que dele necessitar (VIEIRA DA SILVA, 2005).

Conforme o dicionário Online de Português (2015), o termo “utilizar” significa “fazer uso de”, “empregar”, “usar”. O processo de utilização dos serviços de saúde resulta da interação do comportamento do indivíduo que procura os cuidados com os profissionais responsáveis pelos contatos subsequentes, sendo que o que determina a utilização dos serviços de saúde são os fatores relacionados às necessidades de

saúde dos usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Na opinião de Travassos e Martins (2004), o conceito de acesso é complexo, mas, apesar das divergências, prevalece a visão de que se relaciona a características de oferta de serviços. Já o uso de serviços pode ser uma medida do acesso, mas não se explica somente por ele, pois resulta de fatores individuais, contextuais e relativos à qualidade dos cuidados recebidos. Cabe mencionar que Sanchez e Ciconelli (2012) concordam que ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à saúde, descrevendo-o como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado desses serviços.

Estudos que relacionam desigualdades sociais às diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde têm sido desenvolvidos, sendo constatado que o uso desses serviços é afetado pelas condições de renda, escolaridade, utilização ou não de plano de saúde e dificuldades geográficas encontradas pelos usuários (COMBOTA, 2012; TRAVASSOS et al., 2002). Nesse sentido, o acesso ao serviço de saúde e sua utilização refletem as diferentes formas de desigualdades sociais e de seus impactos na saúde (ROESE, 2005).

Ainda, em se tratando da utilização dos serviços por portadores de doenças crônicas, há discussões acerca do uso dos serviços por idosos portadores dessas doenças e as dificuldades encontradas pelos mesmos para acessá-los, considerando que a utilização desses serviços é consideravelmente maior entre idosos do que entre a população em geral. São relatados problemas quanto às condições de acesso por esses usuários, como o distanciamento geográfico, transporte, fornecimento de medicamentos e materiais, assim como a não continuidade dos programas oferecidos pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) (RODRIGUES et al., 2009; CARREIRA; RODRIGUES, 2010).

Entretanto, Assis e Jesus (2012) entendem que, para alguns grupos de risco, a própria evolução agressiva da patologia ou o grande potencial de contágio exige diferenciadas condições de acesso aos serviços de saúde, como, por exemplo, nas doenças sexualmente transmissíveis. As patologias crônicas, como a Diabetes e a Hipertensão, também necessitam desse atendimento diferenciado, devido às consequências produzidas se não forem controladas (ASSIS, JESUS, 2012).

A organização da rede de saúde depende da capacidade dos serviços de saúde em dar respostas às demandas dos usuários. Para isso, é necessário fortalecer a “porta de entrada” no sistema, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir da demanda epidemiológica, sanitária e social e garantindo o atendimento nos diversos níveis de complexidade. Também é necessário facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território, integrando os serviços por meio da referência e contrarreferência na rede SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

Para potencializar a discussão acerca do acesso aos serviços de saúde, cabe trazer a Portaria 1.631 (BRASIL, 2015), lançada pelo MS em outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, buscando a definição de aproximações de procedimentos e consultas às necessidades de saúde da população brasileira. Através da referida Portaria, pode-se mensurar quais as necessidades de atendimento para a população de cada município, dentro de diferentes áreas temáticas, incluindo as DCNT.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Minayo (2007), os procedimentos metodológicos representam a explicação minuciosa e detalhada de toda ação desenvolvida no projeto de pesquisa. Nesta etapa, serão explicados a classificação da pesquisa, os procedimentos técnicos utilizados, os sujeitos da pesquisa, o universo e a amostra, o instrumento empregado para coleta de dados, a análise dos dados e as limitações do método.

3.1 Classificação da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, com base em dados secundários, documentos e entrevistas, constituindo-se como qualitativo. O estudo descritivo envolve a observação sistemática, a descrição e a exploração de aspectos de uma situação (LEOPARDI, 2002). Estudos exploratórios “tem em vista favorecer a familiaridade, o aumento da experiência e uma melhor compreensão do problema a ser investigado” (CHEMIN, 2015, p. 58). Conforme relata Pereira (1995, p. 298), o estudo transversal informa “a situação existente em um particular momento, o que é muito útil em planejamento de saúde”. A pesquisa qualitativa, por sua vez, visa compreender problemas da perspectiva dos sujeitos que os vivenciam, sendo que o conhecimento surge de informações obtidas de pessoas ligadas diretamente ao assunto estudado (LEOPARDI, 2002).

A pesquisa em documentos proporciona que o processo de investigação se acelere, “se valendo de fontes que ainda não receberam organização, tratamento analítico e publicação específica” (CHEMIN, 2015, p. 61). Já a entrevista é uma “técnica de obtenção de informações instantâneas, realizada de forma presencial ou

a distância, em que o investigador formula perguntas para conseguir dados para o seu problema” (CHEMIN, 2015, p. 65).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois pequenos municípios da região onde o GEDESS vem realizando apoio institucional e matricial. Ambos os municípios possuem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma população de aproximadamente 5.500 e 6.000 habitantes.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os secretários de saúde dos dois municípios estudados, além de um informante-chave de cada município, indicados pelos secretários. Esses informantes foram trabalhadores da equipe de saúde que possuíam informações sobre o fluxo de acesso e a utilização da RAS pelas pessoas com doenças crônicas.

3.4 Coleta de dados

Após a aprovação da pesquisa *Governança e Tecnologias de Gestão e Cuidado nas Condições Crônicas* pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univates em 01 de março de 2016 com número CAAE 53151116.8.0000.5310 a coleta de dados foi iniciada. Primeiramente foi encaminhado ofício ao secretário de saúde de cada município, solicitando autorização para iniciar as entrevistas. Após o aceite deste, a pesquisadora entrou em contato com os secretários para agendamento de horário.

A coleta de dados que forneceu subsídios para descrever a rede de atenção à saúde das pessoas com DCNT e os fluxos de acesso e utilização dos serviços, deu-se de duas formas: entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) com os secretários de saúde e informantes-chave, as quais foram gravadas e transcritas; coleta de dados secundários, realizada tanto nos sistemas de informação do MS, como nos documentos das Secretarias de Saúde, onde as informações foram solicitadas aos informantes-chave (encaminharam à pesquisadora por e-mail), sendo colhidas informações referentes aos atendimentos nos dois municípios (APÊNDICE B).

3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir da leitura das informações coletadas, as quais foram relacionadas com as observações da pesquisadora, com os objetivos do estudo e com o referencial teórico sobre o tema abordado. Cabe destacar que as informações obtidas nas entrevistas e nos documentos disponibilizadas pelos municípios foram analisadas considerando a adequação da rede às necessidades da população. As informações quanto ao número de atendimentos e procedimentos de que os municípios disponibilizam foram comparadas com o que é preconizado pelo MS, conforme a Portaria 1.631 (BRASIL, 2015), que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

3.6. Aspectos éticos

Os aspectos éticos envolvidos na realização desta pesquisa foram observados, tendo sido respeitada a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Primeiramente, foi encaminhado aos responsáveis dos municípios um documento com a apresentação da pesquisa *Governança e Tecnologias de Gestão e Cuidado nas Condições Crônicas*, destacando um de seus objetivos específicos “Descrever a rede de atenção nas condições crônicas e os fluxos de acesso e utilização dos serviços nos municípios que recebem Apoio Matricial” – sobre o qual a presente pesquisa debruçou-se –, a fim de que avaliassem a autorização de sua realização. Após o aceite por parte destes, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES para avaliação e aprovação, e, só depois, foi iniciada a coleta de dados.

Feitos os trâmites anteriores, a pesquisadora entrou em contato com os municípios, explicando o estudo. Após aceitação dos participantes, foi agendada a entrevista e, antes de iniciá-la, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado tanto pela pesquisadora quanto pelo entrevistado, em duas vias, ficando uma via para cada um. Por esse termo, a

pesquisadora garante sigilo da identificação dos municípios em questão, bem como quanto à identidade dos participantes, os quais são aqui nomeados por GMA (Gestor(a) do município A), GMB (Gestor(a) do município B), AAMA (Auxiliar Administrativo do município A) e AAMB (Auxiliar Administrativo do município B). Também foi garantida a possibilidade de receber qualquer esclarecimento ou informação sobre qualquer dúvida que possa vir a surgir durante a pesquisa.

Cumpridos os requisitos éticos junto aos sujeitos do estudo, foi realizada a entrevista individual, em uma sala privativa, que teve duração de em torno de trinta minutos, tendo sido gravada e, após, transcrita. Foi dada ao entrevistado a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, ou mesmo de interrompê-la e continuar em outra oportunidade que lhe fosse mais favorável. Todo o material resultante da pesquisa será armazenado por cinco anos, em local de acesso exclusivo da pesquisadora, e, após esse período, será destruído. Os resultados serão divulgados por ocasião de apresentação do trabalho de conclusão de curso e poderão ser apresentados em eventos ou publicados em periódicos da área.

A principal contribuição desta pesquisa está em conhecer quais os serviços que compõem a rede de atenção à saúde das pessoas com as principais DCNT da Região 29/RS e os fluxos de acesso e utilização desses serviços. A partir disso, é possível verificar se a região está estruturada de uma maneira adequada para atender as demandas da sua população, assim como verificar se a população encontra ou não dificuldades para acessar e utilizar estes serviços.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis

O município A tem uma população de aproximadamente 5.500 habitantes, segundo dados do IBGE, e possui 100% de cobertura de ESF. Segundo registros do município no e-SUS¹, 206 pessoas são portadoras de doenças cardiovasculares, mas, conforme a Portaria 1.631 (BRASIL, 2015), a estimativa de pessoas com doenças cardiovasculares para o município A é de 1.116. Destas, 816 seriam hipertensas e, entre elas, 204 pessoas seriam classificadas como tendo alto risco de desenvolvimento de complicações. Além disso, a referida Portaria estima que 263 teriam DM, e destas, 65 seriam classificadas como tendo alto risco para desenvolvimento de complicações relacionadas à doença, porém, segundo os dados fornecidos pelo município, 177 pessoas têm DM. Ainda, no município há o registro de 28 usuários com neoplasias. Nesse caso, a Portaria 1.631(BRASIL, 2015) não traz parâmetros que nos permitam calcular a estimativa do número de pessoas com neoplasias.

Foi solicitado ao município o número de pacientes encaminhados no ano de 2015 para atendimentos em oncologia, cardiologia e endocrinologia. Essa informação não foi repassada com a justificativa de que não haveria registros do número exato dos usuários encaminhados. Possivelmente, o número de pessoas cadastradas com DCNT seja menor do que o estimado, por não terem sido diagnosticadas ou haver

¹ O Sistema de Informação e-SUS foi idealizado pelo MS para melhorar as notificações relacionadas à Atenção Básica, reestruturando as informações em nível nacional.

falhas do registro no e-SUS. Da mesma forma, o fato de não ter disponível o número de usuários encaminhados, em 2015, sugere que não está sendo feito o acompanhamento adequado dos usuários que são encaminhados para os serviços de referência em outros municípios.

Para atendimento das pessoas com as DCNT mais prevalentes na região – DM, Doenças Cardiovasculares e Neoplasias – o município A conta com um hospital de pequeno porte, que possui 28 leitos e duas ESF. Nas ESF, trabalham os seguintes profissionais: três médicos de clínica geral, um pediatra, uma ginecologista, duas enfermeiras, uma nutricionista, um educador físico e uma psicóloga, além de três técnicos, dois auxiliares de enfermagem e três auxiliares administrativos. Há um serviço de fisioterapia terceirizado, que oferece 95 procedimentos mensais.

São desenvolvidos grupos de educação em saúde na ESF e no interior do município A, sendo a equipe composta por um médico e uma enfermeira, que se desloca para as diferentes comunidades semanalmente. Nessa ocasião, também são realizadas consultas médicas. Foi relatada a oferta de atendimento domiciliar diário aos pacientes acamados, sendo que uma enfermeira da Unidade vai até a residência dos usuários para verificação de sinais vitais e realização de curativos. O município também proporciona atividades de lazer, com a realização de atividades de artesanato e de pintura, conduzidas por uma oficinaira, dentro do projeto das oficinas terapêuticas, que tem o incentivo da Secretaria Estadual da Saúde. A atividade é desenvolvida semanalmente, nas segundas-feiras.

A atual gestora municipal de saúde do município A possui ensino médio e assumiu o cargo em novembro de 2015. Por não ter experiência anterior na área, observa-se ainda a falta de domínio das atividades inerentes ao seu cargo. Quando questionada com relação aos serviços hospitalares do município, refere que “*Tem o hospital, mas o hospital é mantido pela prefeitura e eu não me envolvo com a administração do hospital*” (GMA). Essa fala mostra o desconhecimento da responsabilidade do gestor municipal de saúde em relação ao monitoramento e avaliação dos atendimentos realizados no hospital, que é financiado com recursos do SUS. Segundo Santos e Andrade (2009), o gestor municipal é fundamental na avaliação e planejamento dos serviços em seu município, podendo ampliar a oferta de assistência à saúde no momento em que se torna independente para reconhecer

as necessidades de saúde local e articula com gestores estaduais a alocação de recursos para as comunidades.

Pode-se observar a rotatividade de gestores de saúde no município. A permanência do penúltimo gestor foi de dois anos e cinco meses e, do último, de somente cinco meses. O mesmo fato foi observado em toda a Região, segundo estudo realizado por Medeiros et al. (2010), que analisou a rotatividade de enfermeiros e médicos, constatando também altos índices de rotatividade de gestores. Cecílio et al. (2007), em estudo com gestores de 20 municípios do estado de São Paulo, observou uma grande rotatividade destes no período do estudo, sendo que um dos municípios teve três gestores em um ano. Esse fato, segundo os autores, somado ao despreparo e ao descompromisso ideológico com o SUS enquanto política, é um importante problema a ser enfrentado. Os autores ressaltam que, principalmente nos municípios pequenos, os gestores não contam com uma equipe com capacidade para planejar, implantar políticas e avaliar os impactos da gestão em saúde, fato que acaba dificultando o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários.

O município B também conta com cobertura de ESF para 100% da população residente, que é de aproximadamente 6.000 habitantes. Segundo a Portaria 1.631 (BRASIL, 2015), a estimativa de pessoas com doenças cardiovasculares nesse município é de 1.287. Destas, 984 seriam hipertensas, entre as quais, 246 teriam alto risco de desenvolvimento de complicações. Com DM seriam 263 pessoas, destas 79 tendo alto risco de desenvolvimento de complicações relacionadas à doença. Foi solicitado ao município o número de usuários com DCNT cadastrados no e-SUS. Contudo, não se teve acesso a essas informações, com a justificativa de que não seria possível gerar um relatório com esses dados. A partir disso, levanta-se a hipótese de que o cadastramento não vem sendo efetuado de modo a proporcionar a geração desses relatórios ou existe a falta de conhecimento das funcionalidades do sistema. Dessa forma, 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 fato de o município não ter essas informações pode vir a dificultar o planejamento e a implementação de políticas de cuidado nas condições crônicas.

A população do município B busca por atendimento na Unidade Básica de Saúde, que conta com duas equipes de ESF, as quais se deslocam para atendimento

nas comunidades. A Unidade disponibiliza dos seguintes profissionais: quatro médicos de clínica geral, uma ginecologista, um pediatra, um médico psiquiatra que estava em fase de contratação, dois psicólogos, fisioterapeuta, dentista e quatro enfermeiras, além de uma nutricionista, cinco técnicos de enfermagem e sete auxiliares administrativos.

O município B não possui hospital, que foi desativado no ano de 2013. No local, hoje, existe uma clínica geriátrica que atende, na sua maioria, pacientes com Alzheimer e idosos que não dispõem de outros cuidadores. A clínica presta assistência, também, a pessoas com neoplasias, que recebem cuidados paliativos. Assim, a demanda de urgência e emergência é encaminhada para o serviço de referência regional, em outro município.

A gestora municipal de saúde ocupa o cargo há doze anos e possui Ensino Superior. Observou-se, por meio da entrevista, que ela possui vasta experiência e conhecimento das atividades inerentes à sua função, assim como dos processos relacionados aos fluxos de atendimento.

Em ambos os municípios estudados, a demanda por atenção básica é atendida no próprio município, mas a de média e alta complexidade é encaminhada para serviços de referência regional em outros municípios da região, ou para serviços de saúde em Porto Alegre. 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. Entendida como um processo de organização das ações de saúde numa determinada região, a regionalização visa à equidade, à integralidade e à resolubilidade da assistência e do acesso universal aos serviços de saúde. Para que isso aconteça, a regionalização abrange o mapeamento das referências, sendo que, quando os municípios estiverem impossibilitados de oferecer determinados serviços de saúde à comunidade, devem interagir com outros municípios, a fim de a população receber a assistência necessária (REMOR, 2003).

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) desencadeou, em 1999, um processo de descentralização e regionalização do SUS, visando fortalecer fluxos, instrumentos e práticas institucionais que fossem capazes de consolidar, de forma integrada, a atenção regionalizada, a gestão descentralizada e a participação e o controle social (MEDEIROS, 2013).

O processo relatado acima se consolidou a partir do Decreto 7.508 (BRASIL, 2011), que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde, no que diz respeito à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, estabelecendo a organização do SUS em Regiões de Saúde, instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios, objetivando garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde.

4.2 Fluxos de acesso e utilização dos serviços

No município A, os usuários com doenças cardiovasculares 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 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 encaminhamento dos usuários para duas outras cidades da região, e não ao serviço de referência regional, segundo a gestora do município, acontece em consequência do alto custo dos serviços oferecidos neste local, pois complementa a tabela de procedimentos do SUS.

Para a maioria dos procedimentos relacionados às doenças cardiovasculares, não há um limite de cotas para o município e, dessa forma, não se pode comparar com o que é preconizado pela Portaria 1.631 (BRASIL, 2015). No entanto, há limite para as primeiras consultas, com a oferta de uma consulta por mês, ou seja, 12 consultas ao ano, para toda a população, acessadas via Regulação Regional. Conforme parâmetros da Portaria citada acima, o número de consultas necessárias nessa área, em serviço de média e alta complexidade, seria de aproximadamente 220 por ano. Existe, também, limitação no número de exames laboratoriais, que, no município, é de 712 exames por mês para a população, em todas as áreas clínicas. Verificou-se que para as doenças cardiovasculares, conforme a Portaria citada, seriam necessários em torno de 700 exames laboratoriais por mês, e para cada usuário portador de DM, aproximadamente 4 exames laboratoriais por mês. Os entrevistados não relataram dificuldade ou falta de cotas nesse caso, porém

considera-se que o número de exames necessários somente para usuários portadores das duas doenças crônicas citadas utilizaria praticamente a cota total de exames que o município disponibiliza mensalmente.

O município A também limita a 100 cotas mensais os exames de Raio X, que são realizados no hospital da cidade, sendo este o número disponibilizado para toda população. Conforme os parâmetros de atendimento trazidos pela Portaria 1.631(BRASIL, 2015), somente para usuários portadores de doenças cardiovasculares, seriam necessários aproximadamente 34 exames mensais, o que corresponde a um terço do que o município oferece.

Outra limitação existente no município A, com relação às doenças cardiovasculares, é o número de tomografias, sendo disponibilizados quatro exames por mês. Assim como nas ressonâncias e na demanda de alta complexidade em geral, o número de cotas disponibilizadas pelo SUS é insuficiente, segundo a gestora e a auxiliar administrativa entrevistada. Para ressonância são disponibilizadas apenas seis cotas anuais, havendo entre 30 e 40 usuários na fila de espera. Muitas vezes, segundo as entrevistadas, o município “opta” por oferecer uma tomografia ao usuário, em substituição à ressonância, para que ele não fique tanto tempo esperando pelo atendimento: “[...] 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). Apesar do grande número de usuários em espera, a gestora relata que estes casos seriam de menor gravidade, e que poderiam aguardar pelo atendimento, sendo priorizado os casos de maior risco. Ressalta-se, aqui, que a gravidade e as complicações das doenças devem ser estabelecidas pelos profissionais da equipe.

Conforme o Caderno de Atenção Básica número 37, que apresenta estratégias para o cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica, a partir da estratificação do risco, selecionam-se indivíduos com a maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas (BRASIL, 2013). Em se tratando das doenças cardiovasculares, como é o caso da Pressão arterial (PA), há classificação de alto risco

Quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como Infarto

Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Ataque Isquêmico Transitório, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletiva (BRASIL, 2013, pg 41).

No caso das especialidades médicas, foi relatado pela auxiliar administrativa que o município encontra dificuldade no agendamento de consultas com neurologista, por ser um processo regulado pela 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS): *“Mas assim, como é regulado, esse processo de neuro é bem complicado. A gente manda para a 16ª, eles regulam os pacientes de maior risco, eles marcam, e o resto fica na lista de espera aguardando”* (AAMA). Apesar do depoimento de demanda reprimida, não foi informado pelas entrevistadas o número de pessoas que aguardam por esse atendimento, apenas foi referido que *“também é uma lista de espera grande”* (AAMA).

Segundo relato da auxiliar administrativa do município A, o sistema utilizado para agendamento de exames, quando se refere a processos regulados pela 16ª CRS, é o Sistema Nacional de Regulação (SISReg)². Constatou-se a utilização desse mesmo sistema no estudo de Almeida et al. (2010), o qual verificou que, além de regular o acesso e a marcação de consultas e exames, a implantação do SISReg possibilitou o monitoramento *on-line* das filas de espera para atenção especializada, permitindo, assim, que as equipes de saúde da família acompanhem o percurso do usuário.

Buscando suprir essa baixa oferta de procedimentos oferecidos pelo SUS, a prefeitura firmou um convênio paralelo com o serviço de referência regional, em que custeia, com recursos próprios, o atendimento da população, para que o usuário não fique tanto tempo aguardando o atendimento. Em grande parte dos procedimentos relacionados às doenças cardiovasculares, verificou-se que há participação dos usuários no custeio do valor das consultas e procedimentos, ou, em alguns casos, o usuário financia o valor integral para ter acesso, o que vem de encontro ao que é preconizado pelo SUS. Um dos princípios do SUS é a universalidade, que caracteriza

² O Sistema Nacional de Regulação é um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório vindo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição como um direito de todos e um dever do Estado. Esse princípio abrange a cobertura, acesso e atendimento da população nos serviços de saúde, tendo o Estado o dever de prestar esse atendimento à toda a população brasileira. Já a integralidade é o princípio que traz o direito da população de receber atendimento de forma plena em função das suas necessidades, mediante a articulação de ações nos três níveis de assistência (PONTES et al., 2009).

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 serviço de referência regional e para outras duas cidades da região, quando se trata de consultas oftalmológicas, ou para serviços de referência em Porto Alegre. Existem 15 cotas mensais para realização de consultas de oftalmologia. Foi referida a dificuldade de agendamento de consultas com endocrinologista, que são realizadas em Porto Alegre, havendo entre 15 e 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). Outra necessidade dos usuários com DM é a realização de exames oftalmológicos como fundoscopia, retinografia e fotocoagulação. Contudo, segundo os dados fornecidos pelo município, nunca tiveram encaminhamentos para realização destes procedimentos, o que não está de acordo com a Portaria 1.631 (BRASIL, 2015), que preconiza que pessoas com DM realizem esses exames, em média, uma vez ao ano. Pode-se observar, dessa forma, que não vem sendo feito o acompanhamento adequado dos usuários com DM no município A, no que se refere ao cuidado com a visão.

Como alternativa para acessar o serviço mais rapidamente, é oferecido aos usuários, novamente, o convênio entre a prefeitura e o serviço de referência regional: *“Na verdade a gente tem um convênio, que a maioria das pessoas que tem um pouco de condições acaba pagando a consulta [...]”* (AAMA). Ainda em se tratando de DM, foi referido que o município possui convênio com médicos endocrinologistas em duas outras cidades da região, em que o usuário paga a consulta com recursos próprios. 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 lá pelo AGHOS³ vai demorar [...], que não é via SUS, na verdade a pessoa acaba pagando a consulta” (GMA).

Com relação aos usuários com neoplasias do município A, estes têm o atendimento de atenção básica realizado no município, porém, novamente, para procedimentos de alta e média complexidade, a população é encaminhada para o serviço de referência regional. 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.

Observa-se a dificuldade no diagnóstico e tratamento das doenças quando se busca acesso em outros municípios, porém não são relatadas dificuldades de acesso aos serviços dentro do município. Devido à baixa oferta de alguns serviços pelo SUS, ocorrem irregularidades no oferecimento da atenção à saúde da população, pois, em várias situações, é o usuário quem financia o seu atendimento para garantir o acesso aos serviços de saúde.

No município B, os usuários portadores de doenças cardiovasculares 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 serviço de referência regional, 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 doenças cardiovasculares, não há um limite de cotas para o município B e, 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 (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

³ Sistema de Administração Geral dos Hospitais: Sistema utilizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul com o objetivo de modernizar e agilizar o processo de marcação de consultas e exames especializados pelo SUS.

aproximadamente 800 exames laboratoriais por mês para os usuários com doenças cardiovasculares e DM. Os entrevistados não relataram dificuldade ou a existência de demanda reprimida nesse caso.

Diferentemente do que acontece no município A, o município B não disponibiliza de cotas para realização de exames de Raio X, pois eles são custeados pela população, que precisa se deslocar até o serviço de referência regional para receber esse tipo de atendimento. O mesmo acontece com as ultrassonografias e ventriculografias, exames que não são oferecidos pelo SUS.

Outra limitação de atendimentos existente no município B para as doenças cardiovasculares refere-se à realização de tomografias, necessitando os pacientes se deslocarem até o serviço de referência regional ou até outra cidade da região. São disponibilizadas cinco tomografias por mês para a população. Foi relatado pela auxiliar administrativa entrevistada que havia dificuldades para o agendamento de tomografias quando havia só um serviço de referência, mas há pouco tempo, depois de ter aberto mais um serviço, em outra cidade da região, não há mais fila de espera.

No caso de cirurgias vasculares, o município disponibiliza de dez cotas por mês para encaminhamento dos usuários a outros dois municípios da Região. Já o número de consultas cardiovasculares é ainda menor, sendo realizados quatro atendimentos mensais, ou seja, 48 atendimentos anuais, número bem abaixo dos parâmetros indicados pela Portaria, que é de aproximadamente 266 consultas anuais para os usuários portadores de doenças cardiovasculares do município. Segundo a auxiliar administrativa, 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).

Dias (2010), ao avaliar o sistema de referência e contrarreferência no estado de São Paulo, verificou que um dos grandes problemas encontrados atualmente são as grandes filas de espera, que inviabilizam, de certa forma, o princípio do SUS da acessibilidade, sendo esta o meio para que seja alcançada a cobertura universal da população. Conforme Medeiros (2013), a limitação do acesso leva à permeabilidade

entre o serviço público e o privado e à ilegalidade da participação do usuário no financiamento dos serviços.

O aumento de demanda referido pela profissional do município B tem como uma das causas o que refere Noronha (2014), quando diz que o perfil demográfico do Brasil atualmente é caracterizado pelo aumento constante do número de idosos 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.

São disponibilizados oito exames de ressonância anuais, o que não é suficiente para a demanda do município, pois existem em torno de 35 pessoas na fila de espera. Como a Portaria 1.631 (BRASIL, 2015) não traz um parâmetro de oferta de ressonâncias, não foi possível a comparação com o que o município B oferece, não sendo possível afirmar se há excesso de solicitações de ressonância ou se a oferta está abaixo do necessário.

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 (BRASIL, 2015). Quando as pessoas são encaminhadas para o serviço de referência em outra cidade da região há limitação de dez consultas oftalmológicas, sendo que, em alguns meses, a oferta de consultas é menor. Contudo, não há essa limitação quando os usuários são encaminhados para serviços de saúde em Porto Alegre. Para neurologista, são oferecidas duas consultas mensais, porém, há meses em que o município não recebe cota, não podendo oferecer atendimento para a população.

Conforme Dias (2010, p. 131):

A demora no acesso ao especialista certamente há de afetar o vínculo entre usuário e ESF, podendo ser interpretado como descompromisso dos profissionais na resolução do problema deste usuário. Assim, o princípio da integralidade fica comprometido, visto que não está garantido o acesso e continuidade do atendimento para responder às necessidades de saúde da população.

Os encaminhamentos dos usuários com neoplasias do município B são feitos para o serviço de referência regional. 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 serviço de referência a partir do diagnóstico de neoplasia, já os exames anatomopatológicos são realizados no município, não havendo limitações ou demanda reprimida. O serviço de referência regional em oncologia constitui-se em um UNACON⁴ e, como tal, tem como uma de suas atribuições realizar o diagnóstico para neoplasia. No entanto, repassa a 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 paciente participa com o município no financiamento do atendimento, principalmente nas doenças cardiovasculares. Por vezes, paga o valor integral do atendimento para não ficar na fila de espera. A gestora do município, ao se posicionar com relação aos exames de ressonância, argumenta que *“A fila de espera é enorme e o valor é caro. O município não tem como arcar com o valor total né, aí acaba os pacientes muitas vezes pagando pelo serviço”* (GMB). E 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).

Almeida et al. (2010), ao analisar 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,

⁴Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia: Unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes.

considerados insuficientes pelos prestadores de serviço. Também foi recorrente, neste estudo, a avaliação de que há a insuficiência de financiamento para média complexidade promovidas pelo MS e Estado.

Observa-se ilegalidade nas condutas dos dois municípios aqui investigados, que não observam os princípios da universalidade e integralidade presentes na Lei 8.080 (BRASIL, 1990). A justificativa mencionada pela gestão municipal é a falta de financiamento pelo Estado e União, principalmente relacionado à média complexidade.

Diante desse contexto, verifica-se que a desigualdade social está associada à mortalidade precoce por doenças cardiovasculares (ISHITANI et al., 2006), sendo esta a principal causa de mortalidade na região. Conforme constatações deste estudo, pode-se sugerir que uma das causas desse quadro se deve à falta de acesso aos serviços de saúde. Bassanesi, Azambuja e Achutti (2008), ao investigarem a relação entre mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e condições socioeconômicas em Porto Alegre/RS, verificaram que quase a metade da mortalidade por doenças cardiovasculares antes dos 65 anos pode ser atribuída à pobreza.

As dificuldades que o município encontra para agendar os atendimentos estão associadas à situação econômica do país, pois, segundo a gestora, alguns recursos financeiros que eram encaminhados aos serviços deixaram de ser repassados: *“[...] os hospitais pararam de receber um recurso que eles tinham, um reforço, que era o PIES⁵, que era um recurso que vinha para reforçar, e isso não está mais vindo, então assim, cortaram praticamente tudo”* (GMB).

Conforme Carvalho e Medeiros (2011), 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.

⁵ Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES): instituída no RS em 2011, amplia o volume de recursos repassados aos municípios e torna a utilização de critérios de distribuição mais compatíveis com o princípio da equidade, através de um conjunto de medidas articuladas com as políticas federais nesta área.

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 consultas são agendadas com menor dificuldade, mas há a necessidade de espera para a realização dos exames diagnósticos.

Ainda, foi constatado nos dois municípios que os usuários encaminhados para os serviços de referência retornam sem apresentação de contrarreferência, a não ser nos casos em que estes não são atendidos no local para o qual foram encaminhados ou quando necessário o agendamento de transporte para um próximo atendimento. Segundo Dias (2010), o sistema de referência e contrarreferência consiste no encaminhamento de usuários de acordo com o nível de complexidade requerido para resolução dos problemas de saúde. O bom funcionamento desse sistema contribui para uma maior resolubilidade, sendo que os casos só devem ser referenciados após um estudo prévio realizado à entrada do sistema, o que facilitaria a intervenção e reduziria o tempo de permanência na estrutura de referência e, após o atendimento especializado, o paciente deve ser contrarreferenciado à estrutura de entrada que o encaminhou, munido de relatório que descreve a sua condição clínica com recomendações para o seguimento do cuidado. Mediante essa concepção, ressalta-se que nos municípios estudados não ocorre o correto funcionamento desse sistema, havendo a perda de comunicação na rede de atenção, e como consequência, a dificuldade do Serviço de Atenção Básica em dar continuidade ao cuidado e manter o vínculo com os seus usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que, ao se tratar da RAS das pessoas com as principais DCNT, o atendimento da atenção básica nos dois contextos estudados é realizado nos municípios e a demanda de média e alta complexidade é atendida em outras cidades, sendo que pouco extrapola os limites da região. Com relação ao fluxo de atendimento, verificou-se que a primeira consulta para os usuários é agendada pelos municípios e as subsequentes pelo serviço de referência para onde o indivíduo foi encaminhado.

Ao se tratar dos parâmetros de atendimentos trazidos pelo MS através da Portaria 1.631 (BRASIL, 2015), não foi possível realizar a comparação com grande parte dos atendimentos de que os dois municípios disponibilizam, pois para estes, não há definição de cotas ou valores. Pode-se verificar uma oferta insuficiente de atendimentos de média e alta complexidade, nos dois municípios, ao se tratar dos usuários com DM e doenças cardiovasculares. Devido a essa oferta insuficiente de serviços, foi constatada, nos dois municípios, a existência de convênio com outros municípios da região, buscando proporcionar atendimento à população que, muitas vezes, participa no custeio do valor das consultas e procedimentos, ou, em alguns casos, o usuário financia o valor integral para ter acesso aos serviços. A partir dos convênios em que o usuário participa com o município no custeio do atendimento, pode-se considerar, como consequência, uma seleção em que aqueles com melhores condições financeiras conseguem acesso aos serviços de saúde, estando a população de baixa renda restrita aos serviços de atenção primária, oferecidos pelos municípios. Dessa forma, os municípios não estão seguindo os princípios de equidade e acesso igualitário, preconizados pelo SUS.

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, verificou-se que dentro dos municípios não há dificuldade, mas sim quando se trata de encaminhamentos para outras cidades, principalmente ao serviço de referência regional ao que toca 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.

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 disponibilizar um maior número de atendimentos de média e alta complexidade, no que se refere às principais doenças crônicas existentes, que foram o foco deste estudo, em especial às doenças cardiovasculares e DM. Dessa feita, cabe ao MS, por sua vez, 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 a maioria dos parâmetros de atendimentos estabelecidos pelo MS na Portaria 1.631(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.

Acredita-se ser importante outros estudos, semelhantes a esse, fazendo uso do disposto na Portaria 1.631(BRASIL, 2015), nos demais municípios da região verificando a adequação dos atendimentos com o que é preconizado para as principais DCNT. Além disso, pode-se utilizar esse instrumento para as demais patologias, que aqui não foram abordadas, nos dois municípios e nos demais da região. Futuros estudos centrados em avaliações da cobertura da média e alta complexidade, integração das RAS e constituições dos fluxos de atendimento também podem trazer novas contribuições.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.. Desafio à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais entre grandes centros urbanos. **Cad. de Saúde Pública**. v.26, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>> Acesso em: 15 de maio de 2016.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, 2012. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=.++Acesso+aos+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde%3A+abordagens%2C+conceitos%2C+pol%C3%ADticas+e+modelo+de+an%C3%A1lise&btnG=&lr=>>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300016>. Acesso em: 14 ago. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo, 2012.

BARROS, S. do C. M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos e Pesquisa em psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 out. 2015.

BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M.I.; ACHUTTI, A. Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da Evidência a Ação. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 90, n. 6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000600004>. Acesso em 26 mai. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/constituicao%20federal.htm>>. Acesso em: 28 ago.

2015.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Brasília, 2011b. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=Portaria+n.+7.508%2C+de+28+de+junho+de+2011&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 14 mai. 2016.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília. DF. Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 11 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, 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.** Brasília (DF), 2015. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 28 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. **Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF), 2013b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL. 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.** Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 01 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, 2013a. p. 9-10. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/noticias/acoes>>

_estrategicas.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRASIL. 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. Brasília: Ministério da Saúde. 1. ed. V. 8, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em 20 ago.2015

CAMPOS, G. W. de S.; CUNHA, G. T. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n.4, p. 961-970, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013. Acesso em: 30 out. 2015.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.6, 2010 nov./dez.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000600010&lang=pt >. Acesso em: 22 ago. 2015.

CECÍLIO, L. C. de O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 200-207, 2007. Disponível em:<<http://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/903/1546> >. Acesso em: 12 mar. 2016.

CHEMIN. B. F. **Manual da Univates para Trabalhos Acadêmicos**: planejamento, elaboração e apresentação. 3 ed. Lajeado: Univates, 2015.

COMBOTA, J. N. **Desigualdades Sociais na Utilização de cuidados de Saúde no Brasil e seus determinantes**. Tese (Doutorado em Economia). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012. 108p. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=Desigualdades+Sociais+na+Utiliza%C3%A7%C3%A3o+de+cuidados+de+Sa%C3%BAde+no+Brasil+e+seus+determinantes&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a&channel=fllb&gfe_rd=cr&ei=rw_aVeH9C6uX8Qe2zK6ADQ>. Acesso em: 22 ago. 2015.

DIAS, C. F. **O sistema de referência e contrarreferência na estratégia saúde da família no município de bauru: perspectiva dos gestores**. 2010, 258p. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Faculdade de Medicina de Botucatu.

Dicionário Online de Português. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/utilizar/>>. Acesso em: 3 out. 2015.

FREITAS, M. C. de; MENDES, M. M. R. Condição Crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 4, jul/ago 2007. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=.+Condi%C3%A7%C3%A3o+Cr%C3%B4nica%3A+an%C3%A1lise+do+conceito+no+contexto+da+sa%C3%BAde+do+adulto&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt>

=0%2C5>. Acesso em: 9 ago. 2015.

ISHITANI, L. H. et al. Desigualdades sociais e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.40, n. 4. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500019>. Acesso em: 26 mai. 2016.

JESUS, W. L. A.; ASSIS M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100022&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 ago. 2015.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia na pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. e atual. Santa Catarina, 2002.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: Rumo à Integralidade. In: **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/tag/revista-divulgacao-em-saude-para-debate/>>. Acesso em: 9 Ago. 2015.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, p. 1521-31. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064>. Acesso em: 29 abr. 2016.

MEDEIROS, C. R. G. et al. Condições crônicas na 16ª Regional de Saúde RS. In: **Anais do IV Simpósio Interdisciplinar de Saúde e Ambiente, X Semana Interdisciplinar em Saúde e III Seminário de Educação Permanente em Saúde**. Lajeado: Univates, p. 31-32, 2014. Disponível em: <<http://www.univates.br/editora-univates/publicacao/73>>. Acesso em: 9 nov. 2015.

MEDEIROS, C. R. G. **Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios**. 2013. 201p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 02 abr. 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15 n. 5 p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005>. Acesso em: 16 de ago. de 2015.

MENDES, E. V. **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, 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 07 set. 2015.

Michaelis. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 04 out. 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NORONHA, J. C. de. Redes Integradas de Cuidado e a Pesquisa Necessária. In: **Divulgação em Saúde para Debate.** Rio de Janeiro, n. 52, p. 50-53, out. 2014. . Disponível em: <<http://cebes.org.br/tag/revista-divulgacao-em-saude-para-debate/>>. Acesso em: 9 Ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 13, n.3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07> >. Acesso em: 29 abri. 2016.

RAUPP, L. M. et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 615-634, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200615&lng=pt&nrm=iso&tlng=en > . Acesso em: 07 out. 2015.

REMOR L. C. **Controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde:** atividades de regulação e fiscalização. Florianópolis: Papa-Livro, 2003.

RODRIGUES, M. A. P. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400006&lang=pt>. Acesso em: 15 Ago. 2015.

ROESE, A. **Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde** 2005. 262 p. Tese (Escola de Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 07 abr. 2005.

SANCHEZ R. M.; CICONELLI R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 3, 1n.3, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300012&lang=pt >. Acesso em: 19 Ago. 2015.

SANTOS, L.; ANDRADE, LOM. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Saberes Editora, 2. ed. 2009.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v.1, n. 5, 2002. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=.+Utiliza%C3%A7%C3%A3o+dos+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde+no+Brasil%3A+g%C3%AAnero%2C+caracter%C3%ADsticas+familiares+e+condi%C3%A7%C3%A3o+social&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official &client=firefox-a&channel=fllb&gfe_rd=cr&ei=aBLaVYCYDaqX8QfZgoiQDQ>. Acesso em: 19 Ago. 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lang=pt>. Acesso em: 19 Ago. 2015.

VIEIRA DA SILVA, L. M. et al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista semiestruturada

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:
2. Código de identificação:
3. Município:
4. Idade:
5. Escolaridade:
6. Função/Cargo:
7. Profissão:
8. Tempo de trabalho neste município:

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Quais são os serviços de saúde que o município oferece?
2. Que tipo de atendimento profissional está disponível para os usuários com DCNT (no caso de DM, neoplasias e doenças cardiovasculares)?
3. Quais são os serviços de saúde que o município acessa em outras cidades (para cada doença)?
4. Qual o tempo de espera em cada situação?
5. Existe dificuldade de acesso aos serviços no município e fora dele, para essas pessoas? Em quais situações?
6. Existe demanda reprimida? Qual? Em quais situações?

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados

DADOS QUANTO ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES, NEOPLASIAS E DIABETES			
	Realizado no Município? Qual o Local de Realização?	Tem cota? Se sim, qual o número de cotas?	Se não tiver cotas, é feito à vontade? O município ou o usuário financia?
Cateterismo cardíaco			
Cintilografia miocárdica			
Consultas com Endocrinologista			
Consultas com Neurologista			
Consultas com Oftalmologista			
Consultas especializadas para doenças cardiovasculares			
Ecocardiografia de estresse			
Ecocardiografia transesofágica			
Ecocardiografia transtorácica			
Ecografia Dopler			
Eletrocardiograma			
Exames laboratoriais (nos três casos, Doenças Cardiovasculares Diabetes e Neoplasias)			
Fotocoagulação			
Fundoscopia			
Holter			

Número de cirurgias Cardiovasculares			
Numero de cirurgias para Diabetes			
Raio X			
Retinografia			
Teste de esforço			
Teste ergométrico			
Tomografias			
Ultrassom de artérias carótidas			
Ultrassom de artérias vertebrais			
Ultrassonografia			
Ventriculografia			
PARA NEOPLASIAS			
Consultas especializadas			
Ultrassonografias			
Endoscopias			
Colonoscopias			