



GESTÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DO ACESSO AO SISTEMA REGIONAL
HEALTH MANAGEMENT: ASSESSMENT OF ACCESS TO THE REGIONAL SYSTEM
GESTIÓN EN SALUD: EVALUACIÓN DEL ACCESO AL SISTEMA REGIONAL

Priscila Balderrama¹, Josué Souza Gleriano², Silvia Helena Henriques³, Janise Braga Barros Ferreira⁴, Larissa Roberta Alves⁵, Lucieli Dias Pedreschi Chaves⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar o acesso ao sistema regional de saúde a partir das ações de atenção aos agravos cardiovasculares. **Método:** trata-se de um estudo misto, descritivo. Coletaram-se dados a partir dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS, armazenados em planilhas Microsoft Excel e analisados utilizando-se estatística descritiva. Posteriormente, selecionaram-se 41 participantes (gestores e reguladores) para responderem um questionário semiestruturado sobre acesso em cardiologia na rede regional. Optou-se pela Análise Temática de Conteúdo para análise dos dados qualitativos. **Resultados:** registrou-se o incremento da produção de consultas e exames, indicando a ampliação da oferta de serviços, a redução das internações clínicas e o crescimento das internações cirúrgicas em Cardiologia. Revelaram-se, em entrevistas, aspectos da organização da atenção no sistema regional que favorecem o acesso à atenção integral em Cardiologia. **Conclusão:** conclui-se que houve uma melhoria do acesso à atenção cardiovascular. Aponta-se que a coordenação do cuidado e a melhoria da resolubilidade da Atenção Básica favorecem o acesso à saúde, que também requer a implantação de estruturas sólidas de gestão, envolvendo planejamento, controle, regulação e avaliação. **Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde; Avaliação em Saúde; Doenças Cardiovasculares; Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde; Regionalização.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the access to the regional health system from the actions of attention to cardiovascular diseases. **Method:** this is a mixed, descriptive study. Data were collected from UHS Ambulatory and Hospital Information Systems, stored in Microsoft Excel spreadsheets and analyzed using descriptive statistics. Subsequently, 41 participants (managers and regulators) were selected to answer a semi-structured questionnaire about access in cardiology in the regional network. The Thematic Content Analysis was used to analyze the qualitative data. **Results:** there was an increase in the production of consultations and examinations, indicating the expansion of the service offer, the reduction of clinical hospitalizations and the increase of surgical hospitalizations in Cardiology. In interviews, aspects of the organization of care in the regional system that favor access to comprehensive care in Cardiology were revealed. **Conclusion:** it was concluded that there was an improvement in access to cardiovascular care. It is pointed out that the coordination of care and the improvement of the resolubility of Primary Care favor access to health, which also requires the implementation of solid management structures, involving planning, control, regulation and evaluation. **Descriptors:** Access to Health Services; Health Evaluation; Cardiovascular diseases; Health Management; Health Planning; Regionalization.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el acceso al sistema regional de salud a partir de las acciones de atención a los agravios cardiovasculares. **Método:** se trata de un estudio mixto, descriptivo. Se recolectó datos a partir de los Sistemas de Información Ambulatoria y Hospitalaria del SUS, almacenados en hojas de cálculo de Microsoft Excel y analizados utilizando estadística descriptiva. Posteriormente, se seleccionaron 41 participantes (gestores y reguladores) para responder un cuestionario semiestruturado sobre acceso en cardiología en la red regional. Se optó por el Análisis Temático de Contenido para el análisis de los datos cualitativos. **Resultados:** se registró el incremento de la producción de consultas y exámenes, indicando la ampliación de la oferta de servicios, la reducción de las internaciones clínicas y el crecimiento de las internaciones quirúrgicas en Cardiología. Se revelaron, en entrevistas, aspectos de la organización de la atención en el sistema regional que favorecen el acceso a la atención integral en Cardiología. **Conclusión:** se concluye que hubo una mejora del acceso a la atención cardiovascular. Se señala que la coordinación del cuidado y la mejora de la resolución de la Atención Básica favorecen el acceso a la salud, que también requiere la implantación de estructuras sólidas de gestión, involucrando planificación, control, regulación y evaluación. **Descritores:** Accesibilidad a los Servicios de Salud; Evaluación en Salud; Enfermedades Cardiovasculares; Gestión en Salud; Planificación en Salud; Regionalización.

¹Doutora, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Três Lagoas (MS), Brasil. E-mail: priscilabalderrama@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1979-611X>; ²Mestre (doutorando), Universidade do Estado de Mato Grosso/UEMT. Tangará da Serra (MT), Brasil. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5881-4945>; ³Livre-docente, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: shcamelo@eerp.usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2089-3304>; ⁴Doutora, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: janise@fmrp.usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7480-937X>; ⁵Mestranda, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: larissa.roberta.alves@usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1297-0771>; ⁶Livre-docente, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: dpchaves@eerp.usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8730-2815>

INTRODUÇÃO

Aponta-se, por evidências científicas, que as redes de atenção à saúde (RAS) melhoram os resultados sanitários nas condições crônicas, diminuem as referências a especialistas e a hospitais, aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, produzem serviços com mais eficiência de custo e incrementam a satisfação dos usuários.¹

Sabe-se que a avaliação em saúde pode potencializar e qualificar a organização regional, na medida em que auxilia a tomada de decisão mais assertiva, possibilitando proposições que contribuam com a melhoria do cuidado, o que se torna especialmente importante em cenários de austeridade econômica. Permite-se, pelo olhar crítico da avaliação, produzir informações importantes aos interessados e comparar o que está sendo feito ao que deveria estar acontecendo, para favorecer a busca por resultados desejáveis, além de auxiliar a identificação de fragilidades.²

Pontua-se que, na avaliação da qualidade e do acesso a um serviço ou rede de atenção à saúde, os traçadores constituem um referencial preconizado, embasado na ideia de que, a partir da avaliação do cuidado prestado a um conjunto de determinados agravos, se pode inferir a qualidade da atenção à saúde em geral,³ possibilitando a avaliação de serviços de saúde de forma integral.⁴

Verifica-se que a incidência das doenças cardiovasculares na população brasileira e o aporte de recursos assistenciais a esse grupo específico de agravos representam uma expressiva parcela da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), o que torna relevante o estudo da questão, principalmente, em sistemas de saúde universalistas como o brasileiro. Observa-se que, além disso, esses agravos atendem a critérios definidos³ para a seleção de um traçador para avaliação em saúde.

Questiona-se, diante do exposto, considerando-se a relevância desses agravos, bem como a necessidade de articulação dos serviços para atendimento ao usuário: “As ações de atenção aos agravos cardiovasculares, em diferentes serviços do sistema regional de saúde, estão articuladas para favorecer o acesso?”.

Constata-se que este estudo traz, como contribuição, a avaliação do acesso na ótica da integralidade, no cenário da rede de atenção regionalizada, considerando a

relevância da avaliação para a sustentabilidade dos sistemas de saúde no panorama atual.

OBJETIVO

- Avaliar o acesso ao sistema regional de saúde a partir das ações de atenção aos agravos cardiovasculares.

MÉTODO

Trata-se de um estudo misto, descritivo, utilizando-se dados quantitativos e, posteriormente, dados qualitativos. Nota-se que, nesta combinação os achados da abordagem quantitativa podem ser expandidos com a utilização da abordagem qualitativa, que possibilitam melhor entendimento do problema,⁵ sendo os agravos cardiovasculares selecionados como condição traçadora.

O cenário estudado compreende a área de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS) XV de São José do Rio Preto, localizado na região noroeste do Estado de São Paulo, composto por 102 municípios cujas populações totalizam, aproximadamente, 1.591.414 habitantes.⁶ Aponta-se que a opção por analisar uma região com elevado desenvolvimento econômico e alta oferta de serviços garantiu a exclusão de regiões com estruturas tão deficientes que, por si só, não permitiriam, *a priori*, o acesso a níveis de elevada densidade tecnológica.

Realizou-se a etapa quantitativa da investigação a partir da análise da totalidade dos procedimentos referentes à atenção aos agravos cardiovasculares registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2013. Armazenaram-se os dados de interesse em planilhas eletrônicas do formato Microsoft Excel.

Utilizou-se, na análise dos dados, a estatística descritiva das variáveis estudadas e adotaram-se frequências e porcentagens para a construção de séries temporais que indicaram as tendências.

Desenvolveu-se, com a finalidade de aprofundar e compreender os achados quantitativos, a etapa qualitativa, a partir da percepção de gestores e responsáveis pelo serviço de regulação, ampliando o entendimento acerca do objeto de investigação.

Optou-se, nesse contexto, por eleger a Comissão Intergestora Regional (CIR) de São José do Rio Preto, microrregião de maior aporte populacional, maior concentração de

serviços, consultas, exames e internações e, conseqüentemente, uma alta cobertura das ações para a traçadora escolhida. Ressalta-se que uma característica relevante dessa CIR é ser composta, majoritariamente, por municípios de pequeno porte, com populações inferiores a dez mil habitantes.⁶

Selecionaram-se, como participantes do estudo, na abordagem qualitativa, gestores (regionais e municipais) e responsáveis pelos serviços de regulação (regional e municipal), totalizando 41 participantes de diferentes categorias profissionais e formações acadêmicas. Adotou-se, como critério de inclusão, entrevistar apenas profissionais que atuassem em gestão ou regulação há, pelo menos, um ano.

Utilizou-se, para a entrevista semiestruturada, um roteiro composto por questões abertas sobre o acesso à atenção cardiovascular. Gravaram-se e, posteriormente, transcreveram-se as entrevistas individuais, realizadas no ano de 2016. Optou-se pela Análise Temática de Conteúdo com base na regularidade das afirmações, denotando, dessa forma, as estruturas de relevância nos discursos.⁷

Identificaram-se, a partir da análise do material das entrevistas, os fatores que favorecem o acesso à atenção integral em Cardiologia, entendidos como possibilidades de ampliar o enfoque de experiências exitosas, uma vez que as dificuldades e limitações do acesso a serviços do sistema de saúde são amplamente divulgadas.

Tabela 1. Consultas realizadas na Atenção Básica, Serviços de Urgência e de Cardiologia, pelo SUS, nos municípios do DRS XV - São José do Preto com distribuição percentual, segundo o tipo de consulta. São José do Preto (SP), Brasil, 2000-2013.

An o	Consultas							
	Atenção Básica		Urgência		Cardiologia		Total	
	N	%	N.	%	N	%	n	%
2000	2.844.940	5,56	1.064.011	4,44	141.477	7,13	4.050.428	5,25
2001	3.173.996	6,20	1.229.711	5,13	131.384	6,62	4.535.091	5,88
2002	3.441.377	6,73	1.274.828	5,32	132.467	6,68	4.848.672	6,29
2003	3.415.362	6,67	1.234.986	5,15	114.002	5,75	4.764.350	6,18
2004	3.788.329	7,40	1.312.827	5,48	124.741	6,29	5.225.897	6,78
2005	3.865.234	7,55	1.420.080	5,92	127.187	6,41	5.412.501	7,02
2006	3.692.800	7,22	1.505.588	6,28	152.497	7,69	5.350.885	6,94
2007	3.401.504	6,65	1.521.851	6,35	129.938	6,55	5.053.293	6,55
2008	4.252.945	8,31	2.000.294	8,35	143.099	7,21	6.396.338	8,29
2009	4.048.307	7,91	2.025.795	8,45	211.567	10,67	6.285.669	8,15
2010	3.453.431	6,75	2.082.319	8,69	148.606	7,49	5.684.356	7,37
2011	3.935.762	7,69	2.257.162	9,42	144.234	7,27	6.337.158	8,22
2012	3.625.271	7,08	2.193.510	9,15	142.273	7,17	5.961.054	7,73
2013	4.230.200	8,27	2.845.877	11,87	140.117	7,06	7.216.194	9,36
Total	51.169.458	100	23.968.839	100	1.983.589	100	77.121.886	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Registra-se que, em relação ao tipo, as consultas de Atenção Básica (AB) e de urgência apresentaram um expressivo incremento absoluto e as consultas de

Criaram-se, visando a garantir a confidencialidade dos participantes, identificações fictícias, sendo os gestores identificados com a letra G e os reguladores, com a letra R. Registra-se que, no total, 20 municípios participaram do estudo e cada um recebeu uma identificação numérica aleatória, que variou de um a 20; em relação ao número da entrevista no município, identificou-se, numericamente, de um a cinco, considerando que houve mais de um participante e, no máximo, cinco participantes por município.

Atenderam-se às recomendações éticas, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, CAEE 26811614.1.0000.5393.

RESULTADOS

Apresentam-se, quantitativamente, os procedimentos de atenção aos agravos cardiovasculares, incluindo consultas, exames diagnósticos e internações, nas tabelas 1, 2 e 3, privilegiando o procedimento e a série temporal no contexto do sistema regional de saúde. Articularam-se, a esses dados, as falas dos participantes que permitem qualificar o dado numérico, ampliando o entendimento sobre o objeto de estudo.

Cardiologia, após períodos de oscilação, permaneceram estáveis.

Entende-se que, em uma perspectiva quantitativa de análise, o aumento de

Balderrama P, Gleriano JS, Henriques SH et al.

Gestão em saúde: avaliação do acesso ao...

consultas médicas é um importante indicativo na melhoria do acesso, sem, contudo, permitir análises de questões relativas à resolubilidade e qualidade da atenção em saúde.

Evidencia-se, pelas falas dos participantes, que há um entendimento da relevância da AB enquanto coordenadora e ordenadora da rede de atenção.

A porta de entrada é a atenção básica, que tem que estar especializada, tem que estar capacitada. Se você não tem essa capacitação, aí, enterra toda a rede. (RM1-2)

A Atenção Básica tenta suprir toda necessidade e atender o paciente, para que ele não adoça. O nosso trabalho é constante em cima disso. Se tiver ferramenta para atender o paciente na atenção primária, ele vai adoecer menos e vai ser encaminhado menos. (GM18-1)

Aponta-se que, na região de estudo, o investimento na reorganização da AB, por meio das linhas de cuidado, tem provocado a melhoria da qualidade e a redução dos encaminhamentos para atendimento especializado, como se verifica nos relatos dos participantes.

Desde 2011, a gente vem tentando fazer a reorganização do serviço com a implantação da linha de cuidado da hipertensão e diabetes. Isso tem garantido o acompanhamento. (GM9-1)

As unidades que fazem a saúde da família fazem o controle, acompanhamento do hipertenso, do diabético, somente aqueles casos mais rebeldes é que eles encaminham para o cardiologista. (RM19-2)

Conclui-se, sobre as consultas em Cardiologia, que, no início do período de estudo, houve a limitação do acesso decorrente do intenso processo de aposentadoria de médicos. Sabe-se que esses profissionais compunham o corpo técnico dos Ambulatórios Regionais de Especialidades (ARE) que ficaram com os seus quadros desfalcados, repercutindo na oferta de serviços.

Não tem aquela demanda. Antigamente, tinha, mas, depois que começou o AME, acabou [...] antigamente, a gente mandava para o ARE, mas, aí, o médico, que era estadual ou federal, aposentou [...]. (RM3-2)

Percebe-se que esse fato parece ter sido revertido após a implantação dos Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME) no DRS XV, que levou a um incremento no quantitativo de consultas em Cardiologia nos últimos anos. Encontra-se um consenso entre os participantes sobre a atual suficiência do atendimento em consultas de Cardiologia no âmbito da região de saúde.

Dentro do DRS, a gente tem, praticamente, um AME por colegiado, tem oferta de cardiologista, todos os nossos AME's têm o profissional cardiologista [...]. (RM1-1)

Ressalta-se, também, a existência da organização para o atendimento nos serviços especializados, o que favorece a operacionalidade e resolubilidade da rede de atenção, em que casos de Cardiologia clínica são atendidos no AME e os casos cirúrgicos ou subespecialidades são atendidos no Hospital de Base (HB), demonstrando a interação e a articulação entre os serviços.

Com o AME, nós não temos dificuldade [...]. Ele passa, nessa consulta, na média complexidade, não tem problema nenhum. Se é necessário ele passar para alta complexidade, o AME mesmo encaminha [...]. (RM2-2)

Compreende-se que a organização para o atendimento da demanda de consultas em Cardiologia, com a estruturação do sistema de regulação implementado que direciona os casos clínicos e cirúrgicos para as referências adequadas, parece ser um diferencial da região, fator que atua como facilitador do acesso.

A gente procura fazer uma triagem, assim, e o que é cirúrgico, ou coisas mais sérias, a gente dá prioridade para essa cota que a gente tem no HB. (RM10-2)

Nota-se uma percepção dos entrevistados sobre a procura dos usuários.

Os pacientes que vão para a emergência são todos atendidos [...]. Se precisar fazer alguma intervenção, eles fazem. (GM8-1)

Pontua-se que a realização de consultas pode demandar a realização de exames, procedimentos, a indicação de tratamentos, de internação hospitalar e até de avaliação e cuidados por outros profissionais de saúde. Ressalta-se, nessa perspectiva, que aumentar a produção de consultas pode levar ao desenvolvimento de ações que favoreçam a integralidade da atenção, principalmente, se acompanhadas de atividades que assegurem o cuidado qualificado e a resolubilidade da atenção.

Tabela 2. Exames diagnósticos em Cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Preto, com distribuição percentual, segundo o tipo de exame. São José do Preto, SP, Brasil, 2000-2013.

Exames	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	Ano	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2000	56.089	4,00	13.383	4,73	4.740	2,83	1.551	2,79	1.204	1,03	180	0,86	77.147	3,77
2001	65.941	4,70	13.542	4,78	5.173	3,08	1.549	2,78	712	0,61	604	2,90	87.521	4,27
2002	69.482	4,95	12.714	4,49	7.152	4,27	1.263	2,27	659	0,57	816	3,91	92.086	4,50
2003	43.672	3,11	11.695	4,13	8.516	5,08	2.277	4,09	1.669	1,43	1.199	5,75	69.028	3,37
2004	44.490	3,17	12.225	4,32	6.808	4,06	1.640	2,95	10.836	9,31	1.670	8,01	77.669	3,79
2005	61.805	4,40	12.781	4,51	7.511	4,48	1.989	3,57	23.411	20,11	1.822	8,74	109.319	5,34
2006	76.881	5,48	10.666	3,77	7.651	4,56	1.885	3,39	22.675	19,47	1.700	8,15	121.458	5,93
2007	86.436	6,16	14.973	5,29	9.180	5,47	2.339	4,20	23.167	19,90	2.217	10,63	138.312	6,76
2008	117.918	8,40	16.452	5,81	12.371	7,38	3.093	5,55	5.245	4,50	1.881	9,02	156.960	7,67
2009	130.737	9,31	28.609	10,11	18.181	10,84	5.239	9,41	3.636	3,12	1.535	7,36	187.937	9,18
2010	145.596	10,37	31.523	11,13	19.121	11,40	6.321	11,35	4.715	4,05	1.538	7,38	208.814	10,20
2011	160.611	11,44	34.099	12,04	20.340	12,13	7.733	13,89	5.035	4,32	1.824	8,75	229.642	11,22
2012	168.502	12,01	34.025	12,02	20.148	12,02	8.856	15,90	5.277	4,53	1.811	8,69	238.619	11,66
2013	175.378	12,50	36.420	12,86	20.791	12,40	9.947	17,86	8.198	7,04	2.051	9,84	252.785	12,35
Total	1.403.538	100	283.107	100	167.683	100	55.682	100	116.439	100	20.848	100	2.047.297	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Destaca-se que o crescimento expressivo dos exames de eletrocardiograma (ECG), no âmbito do DRS XV, em especial, a partir do ano de 2005, deu-se por se tratar de um exame utilizado tanto em serviços especializados em Cardiologia, quanto em serviços de urgência e, pelo fato de esse exame também ser realizado em algumas unidades de AB, os reguladores o entenderam como um qualificador da assistência nesse nível de atenção.

O acompanhamento da estratégia da família é muito bom, é raio X, se precisar, eletrocardiograma, tudo é feito por aqui [...]. (RM12-2)

Entende-se, embora não se tenha um depoimento específico, que o crescimento do quantitativo das consultas em urgência também possa justificar a ampla utilização do ECG, uma vez que não houve um aumento expressivo de consultas de Cardiologia, no período. Sugere-se que a disponibilização desse exame, tanto em serviços de AB, quanto em serviços de urgência, pode sinalizar que o usuário tem mais acesso a este tipo de tecnologia que, se utilizada em tempo oportuno, pode impactar favoravelmente os indicadores de morbimortalidade cardiovasculares.

Percebe-se, também, o acréscimo no quantitativo de ecocardiograma a partir do ano de 2008. Sabe-se que esse exame é utilizado para ampliar a acurácia diagnóstica em Cardiologia e, portanto, realizado apenas em serviços especializados, fato que pode significar tanto um maior acesso a exames especializados, quanto o aprimoramento do processo de referência de usuários da AB para serviços especializados em Cardiologia.

Faz-se interessante ressaltar que, de todos os municípios participantes, aqueles que não possuem médico cardiologista negam dificuldades para a realização de exames que consideram “mais simples”, como eletrocardiograma, ecocardiograma, holter e teste ergométrico. Atendem-se, segundo os relatos dos participantes, todas as necessidades no serviço especializado.

Nós temos acesso a exames, vamos dizer, corriqueiros, um teste ergométrico, eletro... esses exames nós temos facilidade para fazer. (RM22)

Na Cardiologia, a gente não tem problema. Tudo o que aparece encaminha. Faz os exames todos por lá. (RM3-2)

Aponta-se que o contrário é referido pelos municípios que possuem cardiologista; estes relatam dificuldades para acesso aos mesmos

exames citados anteriormente, como é possível verificar.

No município, nós temos duas cardiologistas e nem tem demanda para tanto. Eu consigo encaminhar paciente com facilidade para o AME e o HB, mas os pacientes que ficam no município para a cardiologista clínica normal, eu não consigo realizar [...]. (RM5-2)

Tem o problema dos exames que, por ter o cardiologista aqui, geram muitos exames. Muito embora tenha tentado se organizar, a gente tem visto a regional fazer distribuição de cotas de exames, ainda assim, a gente não consegue atender. (GM9-1)

Encontra-se, no âmbito da atenção cardiovascular no DRS XV, uma orientação para a organização do acesso, na perspectiva da integralidade, conforme pode ser evidenciado.

Foi orientado à gente que, se for um caso mais grave, encaminhar ao AME, que eles fazem o exame. Encaminha direto para um especialista no AME, que, lá dentro, ele consegue fazer tudo, porque o médico, aqui, pede os exames e não fica parado na nossa mão um tempo. (RM18-2)

Entende-se que os exames diagnósticos complexos e densos, do ponto de vista tecnológico, requerem a adoção de protocolos clínicos e de regulação, e devem ser pactuados no sistema locorregional, na perspectiva de ordenar o acesso e de minimizar a realização de múltiplos exames diagnósticos sem uma adequada indicação clínica. Percebe-se que centralizar a realização destes exames favorece a eficiência no uso de recursos, mas implica a necessidade de organizar fluxos de referência e contrarreferência que garantam o acesso aos exames e não onerem o usuário.

Aponta-se que exames realizados oportunamente podem favorecer o adequado estabelecimento de diagnósticos, bem como a indicação de terapêutica, situação desejável que tende a diminuir o risco de complicações e as internações.

Tabela 3. Internações em Cardiologia, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV - São José do Rio Preto, com distribuição percentual, segundo o tipo e o ano. São José do Preto, SP, Brasil, 2000-2013.

Ano	Clínicas		Internações em Cardiologia Cirúrgicas		Total	
	n	%	n	%	n	%
2000	14.630	81,18	3.391	18,82	18.021	100
2001	14.940	78,88	4.000	21,12	18.940	100
2002	14.529	73,11	5.345	26,89	19.874	100
2003	13.630	71,66	5.390	28,34	19.020	100
2004	13.816	90,57	1.439	9,43	15.255	100
2005	13.447	79,34	3.501	20,66	16.948	100
2006	12.524	74,37	4.316	25,63	16.840	100
2007	12.143	72,10	4.700	27,90	16.843	100
2008	11.180	76,86	3.366	23,14	14.546	100
2009	11.424	75,25	3.757	24,75	15.181	100
2010	11.224	71,37	4.503	28,63	15.727	100
2011	10.915	68,76	4.959	31,24	15.874	100
2012	10.307	66,67	5.152	33,33	15.459	100
2013	9.556	63,88	5.403	36,12	14.959	100
Total	174.265	74,64	59.222	25,36	233.487	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Ressalta-se, nesse contexto, que, embora os dados quantitativos sinalizem uma melhora no acesso às internações cirúrgicas, há uma fala consensual dos participantes sobre as dificuldades relacionadas à internação cirúrgica eletiva, incluindo a realização de consultas de acompanhamento, exames pré-operatórios e a realização do procedimento eletivo.

O maior problema são os exames pré-operatórios, pré-cirúrgicos, no caso de ter que fazer um procedimento mais adequado, mais avançado. (RM16-2)

Sabe-se que a atenção em média e alta complexidade cardíaca, área que necessita de assistência sofisticada e onerosa ao sistema de saúde, requer o planejamento, por meio de estratégias que qualifiquem a capacidade clínica e produtiva dos serviços, do gerenciamento do cuidado dos usuários, a partir da organização dos fluxos e da integração dos níveis de atenção, para o cuidado resolutivo.

Faz-se necessária, para tanto, a priorização de ações preventivas e de promoção da saúde, que podem ser menos onerosas, tanto para o usuário, quanto para o sistema de saúde, além de estratégias de planejamento, avaliação, controle e regulação, que direcionam a utilização dos recursos públicos, principalmente, em sistemas de saúde universalistas, com foco na integralidade e resolubilidade.

DISCUSSÃO

Aponta-se que, muito longe de um cenário ideal, as atuais políticas de austeridade e contenção da despesa com a saúde podem colocar em risco o acesso universal;⁸ portanto, discutir mecanismos que facilitam e potencializam o acesso à saúde é uma questão urgente e essencial. Considera-se que o

fortalecimento da atenção básica, a organização dos sistemas regionais na ótica das redes de atenção à saúde e a implantação de estruturas sólidas de gestão podem contribuir para a melhoria do sistema de saúde, que também pode repercutir nas condições de acesso.

Entende-se a AB como a principal alternativa para a melhoria da organização dos sistemas de saúde, já que permite as melhores condições de acesso e de integralidade do cuidado.⁹ Pontua-se que as estratégias de fortalecimento da atenção básica no SUS têm melhorado o acesso à atenção integral e contínua, constituindo-se em uma plataforma para a prevenção e gestão de doenças crônicas.¹⁰⁻¹ Avalia-se, em relação aos agravos cardiovasculares, que a atenção integral realizada no âmbito da AB minimiza a ocorrência de complicações e prolonga qualitativamente a vida dos usuários,¹² podendo, também, impactar na queda de mortalidade por esses agravos.¹³

Compreende-se, a respeito da expansão de consultas médicas de urgência, entre outras possibilidades, que a busca por este tipo de serviço ocorre quando o usuário não teve acesso à AB, não fez vínculo com a equipe e quando o cuidado não foi integral ou não foi resolutivo.¹⁴⁻⁵ Salienta-se a preferência dos usuários pelos serviços de urgência, pelo atendimento imediato, a especialização das tecnologias utilizadas e pela própria organização do sistema que prioriza esse tipo de serviço.^{9,16}

Evidencia-se, em relação às internações hospitalares, em estudos recentes, que a capacidade da AB de resolver os problemas de saúde locais está estreitamente relacionada à utilização de serviços de internação, bem

Balderrama P, Gleriano JS, Henriques SH et al.

Gestão em saúde: avaliação do acesso ao...

como de internações desnecessárias, ao reduzir ou evitar esse tipo de intervenção.^{10,17}

Apontam-se, na literatura, quanto à diminuição da internação clínica, evidências que relacionam o desempenho dos serviços de AB à redução desse tipo de internação, em especial, as consideradas sensíveis à atenção básica,^{10,18-9} entre as quais, citam-se a insuficiência cardíaca, angina, doenças cerebrovasculares e hipertensão, responsáveis por 41,5% das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) no DRS XV.²⁰

Sugere-se que o incremento observado nas internações cirúrgicas pode decorrer de inúmeras situações, a saber: usuários com resposta inadequada à terapêutica medicamentosa ou com agravamento da doença e necessidade de correção cirúrgica e a seleção da demanda por internações, uma vez que, de modo geral, as internações cirúrgicas são mais bem remuneradas que as internações clínicas.¹⁷ Avalia-se que estudos posteriores poderiam investigar melhor a situação.

Define-se o acesso à saúde como um tema complexo e multifacetado, revestido por dificuldades de ordem geográfica, cultural, educacional, estrutural e socioeconômica, entre tantas outras;²¹ contudo, as dificuldades de ordem econômica e as barreiras relacionadas às filas para marcação de procedimentos médicos especializados parecem ser uma constante.²²

Verificou-se, assim como em outros estudos, uma limitação do acesso direcionada ao agendamento de procedimentos eletivos. Identifica-se, na literatura, a dificuldade de acesso a serviços de saúde de maior densidade tecnológica, em especial, os de média complexidade, como um dos fatores que causam a fragmentação do cuidado à saúde e um grande gargalo do SUS;²³ porém, a perspectiva da integralidade da atenção só é possível quando o usuário tem acesso a todos os serviços necessários, inclusive os mais sofisticados,²⁴ denotando que nenhuma rede de atenção à saúde se constrói sem uma articulação virtuosa entre os três entes federados.⁹

Entende-se que a disponibilização de especialistas em pequenos municípios, atuando na Atenção Básica, pode trazer implicações para o acesso. Considera-se impossível, do ponto de vista da eficiência, disponibilizar serviços ou atendimentos especializados em municípios de pequeno porte, uma vez que as dificuldades em mantê-los funcionando adequadamente podem se constituir em problemas maiores que os

possíveis benefícios gerados.¹⁷ Concebe-se, além disso, a otimização dos recursos como algo indispensável, tendo em vista a limitação financeira do Estado,²⁵ o que inviabiliza a universalidade do acesso na perspectiva da integralidade da atenção.

Observa-se, no âmbito da organização do sistema regional de saúde, que os municípios de menor porte são responsáveis pelo atendimento de AB e serviço de urgência 24 horas. Compactua-se que a prestação de serviços especializados e de maior complexidade tecnológica ficam a encargo dos municípios maiores, que possuem melhor capacidade técnica, financeira e operacional. Colabora-se, nesse contexto, por meio da efetiva regionalização, na perspectiva das redes de atenção à saúde, para a organização do sistema e para a racionalização do uso de recursos necessários para o cuidado em saúde.²⁴ Define-se a regulação como um importante instrumento de gestão, que possui uma estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos pontos de atenção, favorecendo a assistência integral aos usuários, compreendida como uma importante ferramenta para a promoção da equidade.²⁵

Espera-se, diante da recente crise econômica instalada e das taxas de desemprego vigentes, que os serviços públicos sejam cada vez mais imprescindíveis,⁷ motivo pelo qual a avaliação em saúde torna-se uma importante ferramenta de gestão, que pode e deve ser potencializada. Considera-se necessário, além disso, fortalecer a gestão do SUS, de modo que os recursos, sabidamente insuficientes, possam ser otimizados, a partir de ações de planejamento, controle, regulação e avaliação dos serviços de saúde, não para atender a uma política de saúde reducionista, mas para não sucumbir ao discurso relacionado à falta de eficiência do SUS que vem sendo propagado.

Entende-se que a universalidade do acesso é uma garantia constitucional que deve ser preservada, e discutir mecanismos de organização do sistema de saúde que possam potencializá-la é uma tarefa virtuosa e necessária.

CONCLUSÃO

Permitiu-se, pela análise da produção de consultas, exames diagnósticos e internações em Cardiologia, avaliar as ações de atenção aos agravos cardiovasculares como traçadores de resultados da articulação dos diferentes pontos de atenção de um sistema regional de saúde, na perspectiva do acesso, sendo possível inferir que, no cenário estudado,

ocorreu o aumento da oferta de serviços que permitem o diagnóstico precoce e o monitoramento de usuários, evidenciando a ampliação do acesso.

Aponta-se que a expansão do acesso aos serviços diagnósticos e de acompanhamento tem implicações para o cuidado do usuário e para o próprio sistema de saúde, modificando o perfil de utilização dos serviços de saúde. Pode-se inferir, neste contexto, que a redução das internações clínicas e o aumento das internações cirúrgicas relacionam-se à ampliação do acesso aos serviços de atenção ambulatorial e especializada, com o fortalecimento da atenção básica.

Identificaram-se, na análise dos dados qualitativos, aspectos relevantes da organização do sistema regional, evidenciando que a qualificação das ações de coordenação da AB e de regulação em saúde podem ser diferenciais para a melhoria do acesso em serviços de diferentes densidades tecnológicas.

Avalia-se que a resolubilidade da AB com a implantação das linhas de cuidado, a oferta de ações e serviços de saúde adequados, qualitativamente e quantitativamente, a implantação da regulação para o atendimento das consultas clínicas e cirúrgicas em Cardiologia, a ampliação dos serviços de urgência, a complementariedade da atenção decorrente de exames para qualificar o cuidado e a implantação dos serviços especializados para melhorar o atendimento em Cardiologia repercutem no acesso aos serviços de saúde relativo à atenção aos agravos cardiovasculares.

Conclui-se, também, que o acesso universal, equitativo e ordenado, requer a implantação de estruturas sólidas de gestão, envolvendo planejamento, controle, regulação e avaliação dos serviços de saúde. Apontam-se a utilização da avaliação e o fortalecimento da gestão como cruciais para a sustentabilidade do sistema de saúde, o que traz implicações para o acesso.

Destaca-se, por fim, que, embora esta investigação tenha, como delimitação de objeto, a avaliação do acesso ao sistema regional de serviços de saúde e os seus resultados possam ser restritos a essa região, é possível verificar potencialidades ao se subsidiarem discussões em outros sistemas regionais acerca da organização do sistema de saúde com vistas à integralidade, à articulação entre os diferentes pontos de atenção, à importância da avaliação em saúde, à expressiva incidência de problemas cardiovasculares na população, à utilização de traçadores para a avaliação de serviços de

saúde e à representação desse grupo de doenças para o trabalho de diferentes profissionais do sistema de saúde.

Indica-se, como limitação desta investigação, o fato de não se terem entrevistado usuários portadores de agravos cardiovasculares, o que pode ser explorado em uma investigação futura, utilizando-se, para tanto, outra abordagem avaliativa.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob o processo nº 140116/2014.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. *Ciênc saúde coletiva*. 2018 Feb;23(2):431-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
2. Chaves LDP, Tanaka OY. Nurses and the assessment in health system management. *Rev esc enferm USP*. 2012 Oct;46(5):1274-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500033>
3. Kessner DM, Kalk C, Singer J, editors. *Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores*. Washington: OPAS, 1992.
4. Tanaka OY, Drumond Júnio M, Gontijo TL, Louvison MCP, Rosa TEC. Arterial hypertension and traumatic condition for evaluation of health care attention. *Ciênc saúde coletiva*. 2017 Apr [cited 2018 June 15]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/hipertensao-arterial-como-condicao-tracadora-para-avaliacao-do-acesso-na-atencao-a-saude/16203>.
5. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
6. Ministério da Saúde (BR), DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS, Informações de Saúde. *População residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo Regional de Saúde de São José do Rio Preto*. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 June 12]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?i bge/cnv/poptSP.def>
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13th ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
8. Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 years of the Brazilian National Health System. *Epidemiol. Serv. Saúde*.

2018;27(1):e00100018. Doi: [10.5123/S1679-49742018000100018](https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100018)

9. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc saúde coletiva*. 2017 Apr;22(4):1141-54. Doi: [10.1590/1413-81232017224.28632016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016)

10. Resende APGL, Barbieri AR. Hospital admissions for conditions sensitive to primary health care arising from cardiovascular diseases. *Texto contexto-enferm*. 2017 Aug;26(3):e6570015. Doi: [10.1590/0104-07072017006570015](https://doi.org/10.1590/0104-07072017006570015).

11. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2018 May 15];377(9781):1949-62. Available from: http://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal_lancet2011.pdf

12. Santos LB, Lima WL, Souza JMO, Magno MCS, Duarte TTP. Cardiovascular risk in hypertensive primary health care users. *J Nurs UFPE on line*. 2018;12(5):1303-9. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234979p1303-1309-2018>

13. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schimidt MI, Duncan BB. Chronic non-communicable disease mortality in Brazil and its regions, 2000-2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 Oct/Dec;23(4):599-608. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>

14. Cassetari SSR, Mello ALS. Demand and type of care provided in emergency services in the city of Florianópolis, BR. *Texto contexto-enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2018 June 15];26(1):e3400015. Doi: [10.1590/0104-07072017003400015](https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400015)

15. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective. *Acta paul enferm*. 2012;25(Spe2):19-25. Doi: [10.1590/S0103-21002012000900004](https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900004)

16. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGC, et al. Primary healthcare and the construction of thematic health networks: what role can they play? *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(11):2893-902. Doi: [10.1590/S1413-81232012001100006](https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006)

17. Chaves LDP, Jesus BJ, Ferreira JBB, Balderrama P, Tanaka OY. Evaluation of results of cardiovascular care as a tracer of the comprehensiveness principle. *Saúde soc*. 2015 Apr/June;24(2):568-77. Doi: [10.1590/S0104-12902015000200014](https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200014)

18. Lentsck MH, Mathias TAF. Hospitalizations for cardiovascular diseases and the coverage by the family health strategy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015 July/Aug;23(4):611-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0078.2595>

19. Lentsck MH, Saito AC, Mathias TAF. Trends in hospitalization due to cardiovascular conditions sensitive to primary health care. *Texto contexto-enferm*. 2017 Apr/June;26(2):e03170015. Doi: [10.1590/1980-5497201500020007](https://doi.org/10.1590/1980-5497201500020007)

20. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Hospital admissions due to ambulatory care-sensitive conditions in a health region of São Paulo State, Brazil, 2008-2010. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2018 June 12];23(1):45-56. Doi: [10.5123/S1679-49742014000100005](https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100005)

21. Sanchez RM, Ciconelli RM. The concepts of health access. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012 [cited 2018 June 2018];31(3):260-8. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>.

22. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):304-9. Doi: [10.1590/0034-7167.2015680221i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i)

23. Silva SSB, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 Feb;50(1):50-8. Doi: [10.1590/S0080-623420160000100007](https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100007)

24. Silva SF. The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health System. *Ciênc saúde coletiva*. 2011 June;16(6):2753-62. Doi: [10.1590/S1413-81232011000600014](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014)

25. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Interface between healthcare regulation and equity: an integrative review of the literature. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2):e47317. Doi: [10.5380/ce.v22i2.47317](https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.47317)

Submissão: 20/06/2018

Aceito: 14/02/2019

Publicado: 01/04/2019

Correspondência

Priscila Balderrama
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul -
Campus Três Lagoas
Av. Ranulpho Marques Leal, 3484
Bairro Distrito Industrial I
CEP: 79613000 – Três Lagoas (MS), Brasil