

# FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS: ANÁLISE DAS REDES DE CUIDADOS EM GRANDES CIDADES BRASILEIRAS



A EXPERIÊNCIA DE UM  
INQUÉRITO EM SERVIÇOS  
ESPECIALIZADOS  
UTILIZANDO CONDIÇÕES  
TRAÇADORAS, MÉTODOS  
MISTOS E CONTRUINDO  
AS DIMENSÕES DE  
ANALISE DE ACESSO,  
VINCULO E CUIDADO NA  
AVALIAÇÃO DAS REDES  
DE ATENÇÃO





## AGRAVOS ESTUDADOS

Câncer de Mama

Gravidez de risco

Hipertensão arterial

Transtorno Mental Grave

- 📎 Recomendações para gestores e trabalhadores
- 📎 Recomendações para usuários

## ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS: ANÁLISE DAS REDES DE CUIDADO EM GRANDES CIDADES BRASILEIRAS

Cristiane Castro, Juliana Fernandes, Gastão Campos (organizadores)



A ousadia de se produzir conhecimento a partir de um desenho multimétodos e multifacetado, adaptado para apreender o Sistema Único de Saúde (SUS) tal qual ele se apresenta no cotidiano dos serviços de saúde, deixa como legado percepções apuradas sobre o funcionamento das redes de saúde de Campinas/SP, Fortaleza/CE, Porto Alegre/RS e São Paulo/SP e as singularidades de cada rede temática envolvida na atenção ao Câncer de Mama, Gestação de Alto Risco, Hipertensão Arterial Grave e Transtorno Mental Grave.

Captar mais de sete mil usuários nos serviços especializados constituiu-se como escolha inovadora que permitiu explorar acesso, vínculo e cuidado tanto nestes serviços quanto nos de Atenção Primária. Desta forma, foi possível discutir o chamado gargalo da assistência, analisando a trajetória dos usuários e as formas como ocorrem a articulação entre esses serviços. Os resultados mostram avanços no SUS principalmente quanto ao acesso, no entanto apontam fragilidades que devem ser tomadas como desafios para aprimorar a qualidade e continuidade do cuidado.



RSP

<http://www.rsp.fsp.usp.br/>

Revista de  
Saúde Pública

## Apontamentos para estudo de sistemas de saúde: análise multifacetada e agravos traçadores

Rosana Teresa Onocko-Campos<sup>I</sup> , Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>I</sup> , Carlos Eduardo Menezes Amaral<sup>II</sup> , Oswaldo Yoshimi Tanaka<sup>III</sup> 

<sup>I</sup> Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil

<sup>II</sup> Universidade Federal do Vale do São Francisco. Colegiado de Medicina de Paulo Afonso. Paulo Afonso, BA, Brasil

<sup>III</sup> Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Apresentar a abordagem metodológica utilizada em pesquisa que analisou a utilização e o funcionamento da atenção especializada, partindo do acesso via atenção básica,

---

## RESUMO

**OBJETIVO:** Apresentar a abordagem metodológica utilizada em pesquisa que analisou a utilização e o funcionamento da atenção especializada, partindo do acesso via atenção básica, em quatro grandes cidades brasileiras: Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS).

**MÉTODOS:** Apresentação e discussão dos componentes quanti-qualitativos da estratégia de pesquisa proposta.

**RESULTADOS:** Foram estudadas quatro condições traçadoras: hipertensão arterial grave, gravidez de alto risco, câncer de mama e transtorno mental grave. Para cada agravo foram construídos indicadores a partir de dados dos sistemas de informação de saúde destacando frequências, tendência temporal e diferenças por localidade. Essa contextualização inicial foi enriquecida com um estudo descritivo-qualitativo do funcionamento de cada rede municipal de serviços. A seguir, realizou-se um estudo transversal por meio de inquérito com 7.053 usuários dos serviços especializados para cada agravo. Por fim, foram realizadas entrevistas em profundidade com atores-chave para complementar aspectos operacionais selecionados da rede de cada município. Os resultados de todas essas fontes de dados foram triangulados, permitindo explorar a variabilidade das implantações do SUS em diferentes cenários regionais.

**CONCLUSÕES:** O modelo analítico multifacetado apresentado permite compreender aspectos relevantes do funcionamento do Sistema Único de Saúde, atentando para as singularidades, heterogeneidades e desigualdades que caracterizam sua implantação no Brasil e destacando o funcionamento das redes locais para os agravos estudados.

**DESCRITORES:** Atenção Primária à Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Triangulação de Métodos. Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde.

## Agravos como Condições Traçadoras

Para analisar o acesso à atenção especializada via APS, assim como o funcionamento da atenção especializada e sua integração com outros níveis de complexidade do sistema de saúde, foram selecionadas quatro condições traçadoras<sup>25</sup>. Este recurso foi desenvolvido na década de 1970 para avaliar a qualidade do atendimento ambulatorial e tem sido amplamente utilizado desde então<sup>22,26,27</sup>. O princípio das condições traçadoras parte da escolha de agravos de saúde que tenham alta prevalência, evolução conhecida do processo mórbido e clara identificação de medidas de intervenção, protocolizadas ou não.

Para selecionar as condições traçadoras, utilizaram-se os seguintes critérios: 1) condição crônica que necessita de apoio diagnóstico para elucidação e com potencial de acompanhamento compartilhado entre APS e atenção especializada; 2) peculiaridades no cuidado que gerem necessidade de tecnologias disponíveis em distintos *loci* no território; 3) distintas dimensões do problema de saúde na percepção dos usuários. Com base nesses critérios foram escolhidos para o estudo os agravos hipertensão arterial sistêmica, gravidez de alto risco, câncer de mama e transtornos mentais graves.

As linhas de cuidado da hipertensão arterial sistêmica e da gestação de alto risco são bem definidas, o que permite o acompanhamento longitudinal do cuidado e a identificação de potencial vínculo com a atenção básica no processo de atenção integral. A hipertensão arterial sistêmica grave destaca-se também por sua alta prevalência e tendência de aumento temporal. Gravidez de risco não representa uma patologia específica, sendo a gestação um evento natural do curso da vida, com possibilidade de complicações que aumentam o risco de desfechos desfavoráveis à mulher e ao nascituro. Ambos os agravos são tradicionalmente acompanhados na APS, o que torna marcante a influência desse nível de atenção na identificação do aumento de complexidade dos casos para acionamento dos outros níveis de atenção.

### Estudos de séries temporais

As séries temporais têm sido muito utilizadas, pois permitem uma análise crítica da direcionalidade da oferta de serviços, mostrando aumento ou diminuição da produção, permitindo, assim, estimar melhorias ou pioras no acesso. Por sua vez, o estudo da magnitude

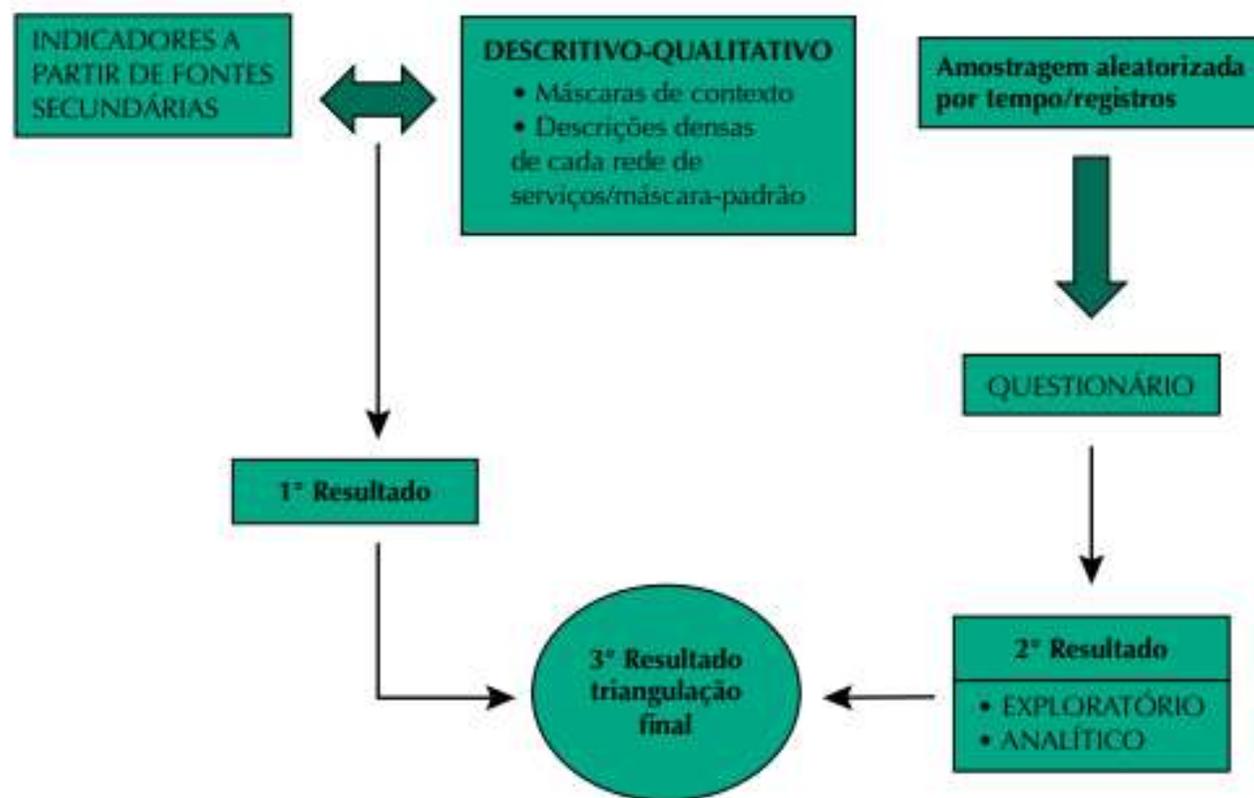


Figura 1. Fases do modelo de análise.

**Quadro 1.** Indicadores para hipertensão arterial sistêmica, gestação de risco, câncer de mama e saúde mental

Nº	Nome do indicador	Método de cálculo	Fonte de dados	Limitações de uso
1	Tipo e número de unidades	Tabular tipo de estabelecimento, segundo modelo, gestão e etc	CNES e cadastros específicos	
2	Cobertura de equipes da atenção básica (ESF e equivalentes)	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de ESF} + \text{N}^\circ \text{ de ESF equivalente}) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$	TABNET (Ministério da Saúde)	
3	Razão de consultas médicas básicas (de urgência e demais)/ população.	$\frac{\text{Consulta médica na AB por local de atendimento}}{\text{População total (censo e estimativas)}}$	SIA-SUS	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência
4	Proporção de pré-natal com sete ou mais consultas	Tabular o número de consultas de pré-natal (sete ou + consultas) por nascidos vivos por residência da mãe, por ano. Após tabulação realizar cálculo da proporção para cada faixa de número de consultas.	Sinasc	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência
5	Razão do nº de atendimentos (individual e em grupo) realizados por psiquiatra na AB/ população	$\frac{\text{Atendimento com psiquiatra (individual e em grupo) na AB por local de atendimento por ano}}{\text{População total (censo e estimativas)} \times 10.000}$	SIA-SUS ou equivalente	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência
6	Razão do nº de atendimentos (individual e em grupo) realizados por psicólogo na AB/ população	$\frac{\text{Atendimento com psicólogo (individual e em grupo) na AB por local de atendimento por ano}}{\text{População total (censo e estimativas)} \times 10.000}$	SIA-SUS ou equivalente	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência
7	Razão de consulta especializada com cardiologista/ população	$\frac{\text{Número de consultas com médicos cardiologista + cardiologista + cardiologista, médico do coração realizadas por ano}}{\text{População total por ano} \times 1.000}$	SIA-SUS	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência
8	Razão de ecocardiograma por 1.000 habitantes/ ano	$\frac{\text{Número de ecocardiografias de estresse + ecocardiografias transesofágica + ecocardiografias transtorácica realizadas por ano}}{\text{População total por ano} \times 1.000}$	SIA-SUS ou equivalente	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência

9	Razão de internação por hipertensão arterial por 10.000 habitantes	$\frac{\text{Número de internações com CID principal igual a I10 ou I11}}{\text{População total por ano} \times 10.000}$	AIH-SIH	
10	Razão de mamografias realizadas na população de 50 a 69 anos*	$\frac{\text{Número de mamografia + marcação pré-cirúrgica de lesão não palpável de mama associada a mamografia + mamografia bilateral para rastreamento em mulheres 30 a 79 anos realizadas por ano}}{\text{Número de mulheres 30 a 79 anos por ano}} \times 2$	SIA-PA e IBGE censo e estimativas	
11	Proporção de mamografia Cat4 ou mais no total de mamografias realizadas	$\frac{\text{Soma da quantidade anual de mamografias cat quatro a seis para mulheres na faixa etária de 50 anos ou mais}}{\text{Número total das mamografias cat 0 a 6 por ano para mulheres na faixa etária de 50 anos ou mais} \times 100}$	Sismama/Siscan	
12	Razão de internação por câncer de mama em maiores de 50 anos e + /população feminina na faixa etária de 50 anos e mais	$\frac{\text{Número de internações na faixa etária de 50 anos ou mais com CID 10 neoplasia maligna da mama anual}}{\text{Número de mulheres de 50 anos ou mais} \times 10.000}$	IBGE e SIH	
13	Razão de consulta médica especializada com obstetra/nascidos vivos	$\frac{\text{Nº de consultas médico ginecologista e obstetra + médico ginecologista e obstetra cirurgião ginecológico + médico ginecologista/obstetra + médico obstetra em consulta médica em atenção especializada}}{\text{Número total de nascidos vivos por ano}}$	Siasus ou equivalente e Sinasc	<p>Viéses:</p> <p>1) fator de confundimento: somadas consultas especializadas em ginecologia e obstetrícia</p> <p>2) numerador por ocorrência e denominador por residência</p>

**Quadro 1.** Indicadores para hipertensão arterial sistêmica, gestação de risco, câncer de mama e saúde mental. Continuação

14	Razão de US obstétrico morfológico/ nascidos vivos	$\frac{\text{Número de ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico + ultrassonografia obstétrica + ultrassonografia obstétrica com doppler colorido e pulsado realizadas por ano}}{\text{Número total de nascidos vivos por ano}}$	Siasus ou equivalente e Sinasc	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência
15	Razão de N° de partos em gestação de risco/nascidos vivos	$\frac{\text{Número de partos normais em gestação de alto risco e de parto cesariano em gestação alto risco por ano}}{\text{Número total de nascidos vivos por ano} \times 100}$	AIH-SIH e Sinasc	
16	Proporção de Apgar maior ou igual a oito no quinto minuto/ nascidos vivos	$\frac{\text{Número de nascidos vivos por residência da mãe, após 5º minuto com faixa de Apgar 8, 9 e 10 por ano}}{\text{Número total de nascidos vivos por residência da mãe, após 5º minuto por ano}}$	Fonte: Sinasc	
17	Razão de número médio mensal de cadastros em Caps selecionados por 10.000 habitantes (20 anos e mais) por ano	$\frac{\text{Número anual de pacientes em cada Caps selecionado (exceto Caps AD e Capsi)/12 meses}}{\text{População estimada no ano com idade 20 anos} \times 10.000}$	SIA-RAAS	
18	Cobertura anual de Caps adulto pela população adulta	$\frac{\text{Número anual de pacientes em cada Caps selecionado (exceto Caps AD e Capsi)}}{\text{População estimada no ano com idade 20 anos} \times 10.000}$	SIA-RAAS	
19	Procedimento selecionado ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL por 10.000 habitantes/ano	$\frac{\text{Número anual de acolhimento diurno de pacientes em cada Caps selecionado (exceto Caps AD e Capsi)}}{\text{População estimada no ano com idade 20 anos} \times 10.000}$	SIA-RAAS	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência

20	ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL por 10.000 habitantes/ano em Caps	$\frac{\text{Número anual de atendimento de grupo de pacientes em cada Caps selecionado (exceto Caps AD e Capsi)}}{\text{População estimada no ano com idade 20 anos x 10.000}}$	SIA-RAAS	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência
21	Procedimento selecionado ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL por 10.000 habitantes/ano em Caps	$\frac{\text{Número anual de atendimento individual de pacientes em cada Caps selecionado (exceto Caps AD e Capsi)}}{\text{População estimada no ano com idade 20 anos x 10.000}}$	SIA-RAAS	Viés: numerador por ocorrência e denominador por residência
22	Proporção de atendidos que vieram da atenção básica	$\frac{\text{Número médio anual de pacientes/mês com origem na AB}}{\text{Número médio anual de pacientes/mês com todas as origens}}$	SIA-RAAS	
23	Razão de internações psiquiátricas SUS/ população (número de faturas mensais de AIH por 1.000 habitantes/ano)	$\frac{\text{Número de internações psiquiátricas e de psiquiatria em hospital geral anual}}{\text{População total estimada no ano x 1.000}}$	AIH-SIH e CNES	
24	Razão de internações SUS em hospital geral/ internações SUS em hospital psiquiátrico <sup>b</sup>	$\frac{\text{Internações em hospital geral}}{\text{Internações em hospital psiquiátrico}}$	AIH-SIH e CNES	

<sup>a</sup> Valor do resultado x 2, pois o parâmetro é um exame a cada dois anos.

<sup>b</sup> Uso do Indicador 23.

AB: atenção básica; AIH: autorização de internação hospitalar; CAPS: centro de atenção psicossocial; CAPS AD: CAPS álcool e outras drogas; CAPSi: CAPS infanto-juvenil; CAT4: categoria 4; CID: Classificação Internacional de Doenças; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; RAAS: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde; SIA-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; SIH: Sistema de Informações hospitalares; SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SISCAN: Sistema de Informação do Câncer; SISMAMA: Sistema de Informação do câncer e mama; SUS: Sistema Único de Saúde; US: ultrassonografia.

## Quadro 2. Informações do esquema qualitativo

<b>Rede pública e conveniada</b>
Funcionamento da atenção básica (ESF, misto, programático, pronto-atendimento, forma de encaixe de intercorrências, uso de avaliação de risco com ou sem acolhimento)
Rede temática (existe para esse agravo? como ocorre o acesso inicial e o trânsito aos demais pontos de atenção?)
Há apoio matricial/NASF de quais especialidades?
Há serviços universitários (hospitalares, pronto-atendimento)? Ocorre alguma regulação de vagas pela prefeitura?
Descrição da central de marcação de consultas
Descrição da central de regulação de vagas
Outras características singulares da rede local e sua história que mereçam ser detalhadas

ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**Quadro 3.** Estratégias de amostragem para cada agravo e município.

Município	Agravo	Tipo de amostragem	Serviços no município	Serviços participantes pesquisa	Total de inquiridos
Campinas	Hipertensão arterial	Amostra simples	4	4	485
Fortaleza	Hipertensão arterial	Amostra simples	5	5	417
Porto Alegre	Hipertensão arterial	Amostra simples	9	4	408
São Paulo	Hipertensão arterial	Amostragem por conglomerados em dois estágios (serviços e usuários)	52	30	760
Campinas	Gestação de risco	Amostra simples	3	3	500
Fortaleza	Gestação de risco	Amostra simples	5	5	401
Porto Alegre	Gestação de risco	Amostra simples	5	5	391
São Paulo	Gestação de risco	Amostra simples	15	15	689
Campinas	Câncer de mama	Amostra simples	3	2	318
Fortaleza	Câncer de mama	Amostra simples	5	5	334
Porto Alegre	Câncer de mama	Amostra simples	5	5	355
São Paulo	Câncer de mama	Amostra simples	4	1	353
Campinas	Saúde mental	Censo	6	6	393
Fortaleza	Saúde mental	Censo	6	6	601
Porto Alegre	Saúde mental	Censo	4	4	351
São Paulo	Saúde mental	Amostra simples	34	24	297

### ***Plano de Análise***

A primeira análise dos dados coletados nos questionários visou identificar diferenças significativas entre os eventos captados. Estas diferenças foram analisadas em relação às características sociodemográficas para permitir uma análise mais adequada das relações significativas. Complementando estas análises bivariadas, foram realizadas análises multivariadas, visando controlar variáveis intervenientes ou correlacionadas. Buscamos analisar essas associações contemplando algumas dimensões: acesso, vínculo e cuidado.

Nesse momento, para cada agravo algumas questões puderam ser esclarecidas por um novo cruzamento com os indicadores obtidos a partir dos dados secundários (segunda triangulação).

### **O Complemento Qualitativo-Analítico**

Após essa sequência de procedimentos, focos de desenho qualitativo foram explorados para aumentar a capacidade de análise quando os dados das etapas anteriores apresentassem necessidade de aprofundamento.

Lançou-se mão de entrevistas em profundidade para atores-chave, registro dos itinerários terapêuticos de usuários, narrativas de história de vida e busca ativa de perdas dos serviços especializados, de acordo com cada caso. Esses focos de estudos qualitativos permitiram aprofundar questões, interpretar correlações incompreensíveis e aumentar a capacidade analítica do desenho.

- **Traçadora HAS – Capítulo de livro e artigos**
- **Objetivo:** Identificar barreiras de acesso à atenção especializada no cuidado à HAS.
- **Métodos:** Estudo transversal em quatro municípios brasileiros do Projeto ACESSUS/UNICAMP, considerando HAS como traçadora. Entrevistou em 2016, nos serviços de cardiologia, usuários do SUS portadores de HAS. Foram realizadas amostras, com pesos, por conglomerados em dois estágios: serviços e pacientes, a partir da frequência de consultas semanais, e calculado outro peso na junção dos bancos, em função da participação relativa das amostras locais.

- *Equipe Coordenação da pesquisa São Paulo:*
  - *Oswaldo Yoshimi Tanaka (FSP/USP)*
  - *Marilia Louvison (FSP/USP)*
  - *Tarcísio Laerte Gontijo (UFSJ/MG)*
  - *Marcos Drumond Júnior (SMS/SP)*
  - *Tereza Etsuko da Costa Rosa (Instituto de Saúde/SESSP)*

## Condição traçadora em estudos mistos de avaliação de redes

- ▶ Análise do acesso e cuidado relacionada à linha de Cuidado (LC) da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas cidades de Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo, tomando a Atenção Básica (AB) como coordenadora do cuidado e reguladora eficiente do acesso à Atenção Especializada (AE).
- ▶ A HAS foi utilizada como uma condição traçadora para a avaliação dos serviços envolvidos na atenção à saúde no contexto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).
- ▶ A organização e a regulação dos sistemas de saúde baseado em RAS e LC para as DCNT como a HAS indicam a necessidade de articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência.

## Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde

Arterial hypertension as a tracer for the evaluation of access  
to health care

Oswaldo Yoshimi Tanaka<sup>1</sup>  
Marcos Drumond Júnior<sup>2</sup>  
Tarcísio Laerte Gontijo<sup>3</sup>  
Marília Cristina Prado Louvison<sup>1</sup>  
Tereza Etsuko Costa Rosa<sup>4</sup>

**Abstract** *This study evaluated the use of and access to different services involved in the care of*

**Resumo** *Este estudo avaliou o uso e o acesso a diferentes serviços envolvidos na atenção aos por-*

**Abstract** *This study evaluated the use of and access to different services involved in the care of patients with arterial hypertension in the Public Health System in the municipality of São Paulo, Brazil. This is an ecological study that addressed the magnitude, trend and relationships of outpatient procedures linked to the arterial hypertension care. Data were retrieved from the SIA/SUS and the Estabsus from the Municipal Health Secretariat, and were processed with PostgreSQL relational database linking the different information by the indicators chosen and analyzed by territories. The statistical analysis were performed by the R program with the trend significance analysis of the historical series of indicators defined and the relationships between them. Essential changes in the care model were found in the period under study in São Paulo, with a declining general trend of primary medical visits and increased specialized cardiology procedures. Production was heterogeneous in the different regional coordination offices in the city. The study shows the potential use of SUS databases and it allows the identification of gaps in the access, coverage and use of high complexity services in health care for chronic conditions in the Brazilian Unified Health System (SUS).*

**Key words** *Health assessment, Hypertension, Health services research*

**Resumo** *Este estudo avaliou o uso e o acesso a diferentes serviços envolvidos na atenção aos portadores de hipertensão arterial na rede pública da cidade de São Paulo. Trata-se de estudo ecológico que abordou magnitude, tendência e relações de procedimentos ambulatoriais vinculados à linha de cuidado da hipertensão arterial. As fontes de dados foram o SIA/SUS e o Estabsus, da Secretaria Municipal de Saúde. Para tratamento dos dados utilizamos um banco relacional PostgreSQL articulando as diversas informações segundo os indicadores escolhidos e os territórios analisados e para as análises estatísticas utilizamos o programa R com análise de significância das tendências das séries históricas dos indicadores definidos e as relações entre estes. No período analisado houve importantes alterações do modelo de atenção na cidade de São Paulo com tendência geral de redução de consultas médicas básicas e aumento dos procedimentos especializados em cardiologia. A produção mostrou-se heterogênea nas diferentes coordenadorias regionais da cidade. O estudo indica o potencial de utilização dos bancos de dados do SUS e permite a identificação de importantes diferenças no acesso, cobertura e utilização de serviços de alta complexidade na atenção à saúde das condições crônicas no Sistema Público de Saúde Brasileiro.*

**Palavras-chave** *Avaliação em saúde, Hipertensão, Pesquisa sobre serviços de saúde*

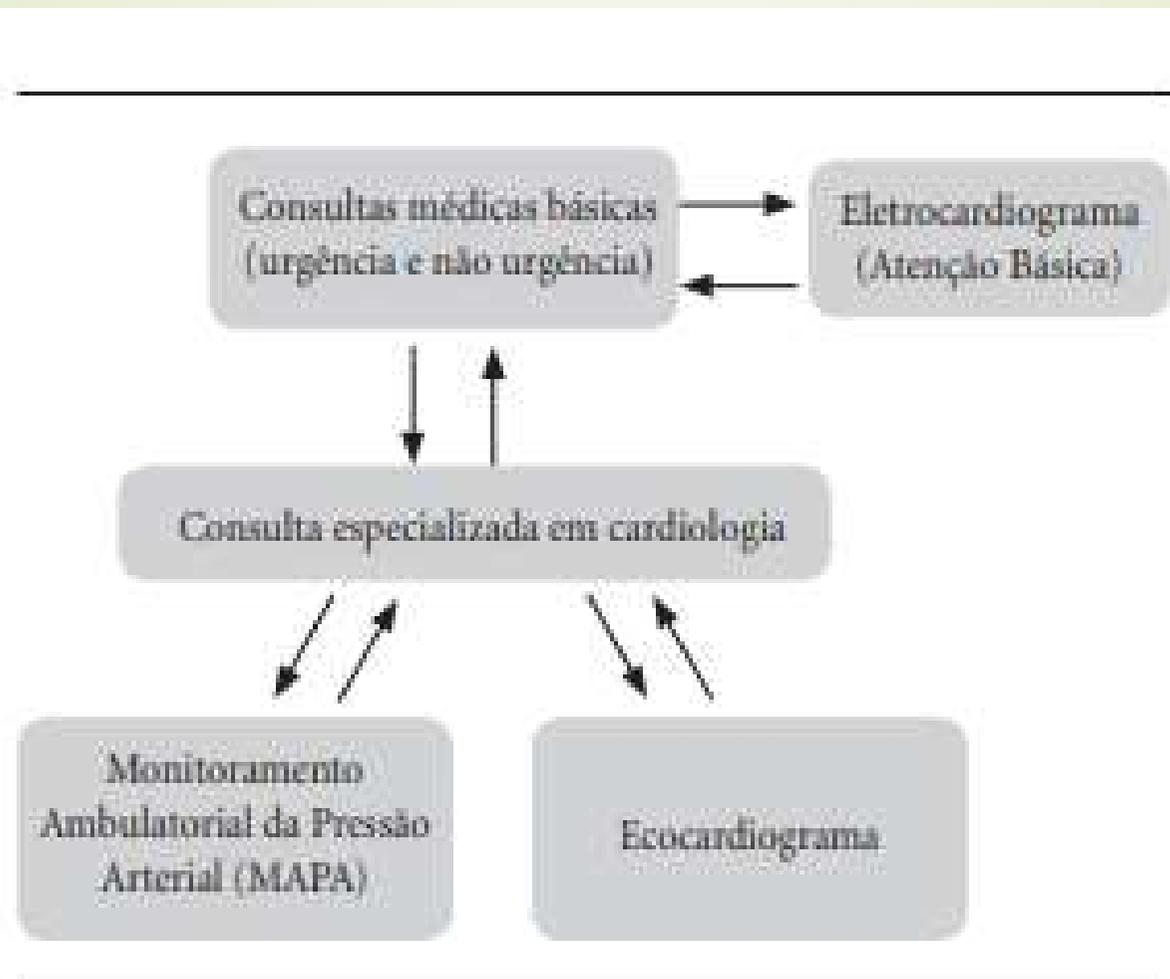
---

<sup>1</sup> Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715, Cerqueira César. 01246-904 São Paulo SP Brasil. oytanaka@usp.br

<sup>2</sup> Coordenação de Epidemiologia e Informação, Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis MG Brasil.

<sup>4</sup> Núcleo de Investigação em Práticas de Saúde, Instituto de Saúde da Universidade de São Paulo, SP



**Figura 1.** Procedimentos selecionados da linha de cuidado da Hipertensão Arterial/Cardiopatia Hipertensiva.

**Tabela 1.** Indicadores relacionados sobre procedimentos da linha de cuidado da hipertensão arterial, São Paulo entre 2009 e 2014.

Indicadores (razões)	Ano						p valor	tendência
	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
Consultas médicas básicas/população	2,78	2,78	2,55	2,46	2,51	2,33	0,006	-
Consultas médicas básicas não urgência/população	1,41	1,42	1,27	1,24	1,25	1,26	0,041	-
Consultas médicas básicas de urgência/população	1,36	1,35	1,29	1,22	1,27	1,07	0,017	-
ECG na atenção básica/população	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,492	
ECG na atenção básica/consulta médica básica*	1,34	1,57	1,79	1,68	1,75	1,79	0,045	+
Consulta especializada de cardiologia/consulta médica básica*	5,33	5,66	6,57	6,82	6,38	6,43	0,098	
Consulta especializada de cardiologia/consulta médica básica não urgência*	10,47	11,05	13,24	13,53	12,86	11,90	0,254	
Consulta especializada de cardiologia/consulta médica básica de urgência*	10,84	11,59	13,05	13,76	12,65	13,97	0,032	+
Ecocardiograma/consulta especializada em cardiologia*	16,46	20,05	20,79	21,21	23,85	26,85	0,001	+
MAPA/consulta especializada em cardiologia*	1,41	1,83	1,80	1,95	2,26	2,56	0,00	+
Consulta especializada em cardiologia/ECG na AB*	397,61	359,95	367,34	405,97	364,87	389,98	0,470	

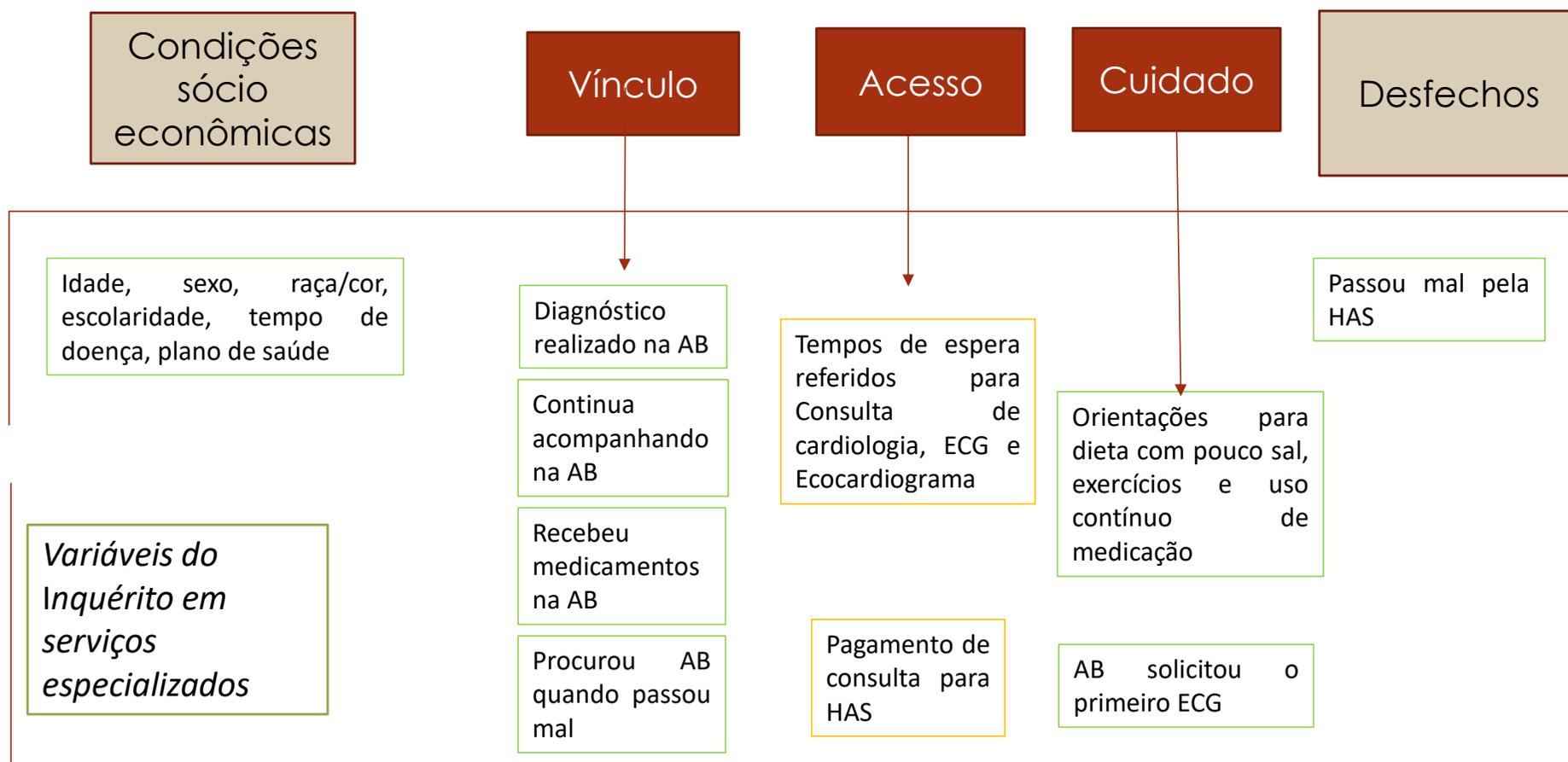
Fonte: SIA/SUS e EstabSUS/SP \* Base populacional de 100. + tendência significativa de crescimento, - tendência significativa de redução.

**Tabela 2.** Variações significativas na produção de procedimentos relacionados à linha do cuidado a Hipertensão Arterial na cidade de São Paulo, segundo coordenadorias regionais no período de 2009 a 2014.

Indicadores	Variação (%) na Cidade de São Paulo*	Variação (%) por Coordenadorias Regionais de Saúde*				
		Centro Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul
Razão - consultas médicas básicas/população	-16,2	---	-19,4	---	-25,9	---
Razão - consultas médicas básicas não urgência/população	-11,0	---	-15,5	---	-15,8	---
Razão - consultas médicas básicas de urgência/população	-21,5	---	-23,2	---	-32,7	-19,7
Razão - ECG/população	---	---	---	85,5	---	---
Razão - ECG/consultas médicas básicas	33,9	---	---	124,3	73,7	---
Razão - consulta especializada de cardiologia/consulta médica básica	---	---	---	85,0	---	33,3
Número de consultas especializadas em cardiologia	---	---	---	59,5	---	---
Número de Ecocardiograma	73,6	45,2	125,5	132,9	---	70,4
Número de MAPA	92,8	---	21.063,0	---	45,2	341,3

\* Estão apresentados apenas os valores onde as variações foram estatisticamente significativas.

## Modelo lógico de avaliação do funcionamento da AB e acesso à AE da linha de cuidado da HAS



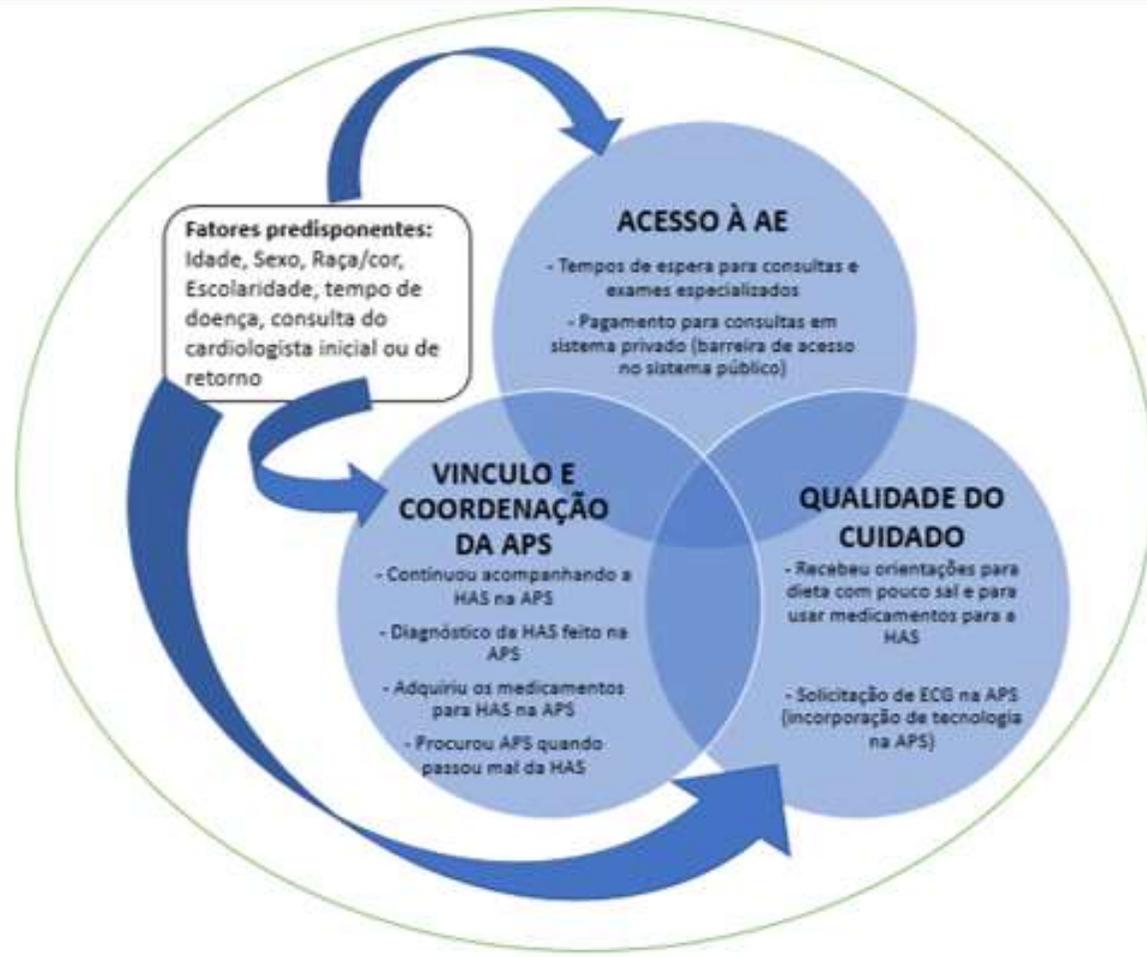
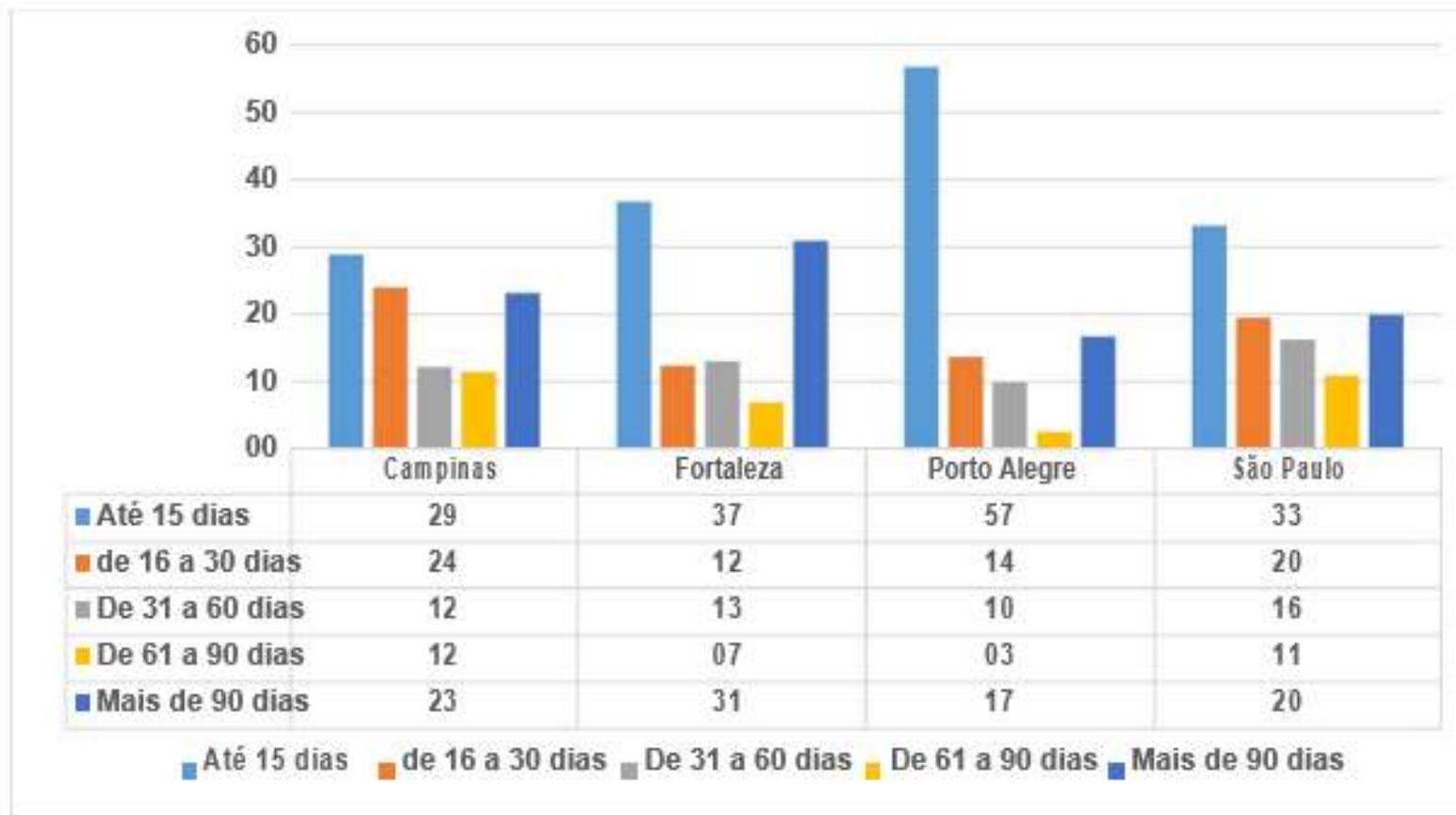


Gráfico 3. Tempo de espera para Ecocardiograma, segundo intervalo de dias referidos, nas cidades estudadas, 2016.



Características	Campinas	Fortaleza	Porto Alegre	São Paulo	Total*	p
<b>Acesso</b>						
Espera de até 30 dias para consulta com o cardiologista	42,6	42,2	62,7	34,7	36,0	< 0,001
Pagou consulta para HAS	24,6	32,6	29,2	13,7	15,9	< 0,001
<b>Vínculo</b>						
AB fez diagnóstico de HAS	56,0	53,4	47,5	59,7	58,8	0,015
Continua acompanhamento na AB	64,6	51,6	57,1	81,9	78,4	< 0,001
Adquiriu todos os medicamentos na AB	71,4	31,1	40,8	75,3	72,3	< 0,001
<b>Cuidado</b>						
Primeiro ECG solicitado AB	44,8	16,1	30,0	54,1	50,9	< 0,001
Orientação de dieta com pouco sal	90,5	92,1	80,8	82,9	83,9	< 0,001
Orientações para uso medicamentos	66,5	43,1	58,4	80,6	77,2	< 0,001
<b>Desfechos</b>						
Procurou AB quando passou mal	33,3	10,3	26,7	23,0	23,7	< 0,001
Internação por HAS	31,0	28,1	23,9	17,9	19,7	< 0,001

		<b>OR<sub>bruto</sub></b>	<b>OR<sub>ajustado*</sub></b>	<b>IC (95%)</b>		<b>p</b>
<b>Referiu tempo de espera para primeira consulta no cardiologista maior que 30 dias</b>	<b>Municípios</b>					
	São Paulo	1,00	1,00			
	Campinas	1,32	1,07	0,79	1,45	0,658
	Fortaleza	1,32	1,24	0,87	1,77	0,231
	Porto Alegre	1,26	1,06	0,76	1,46	0,735
<b>Não recebeu orientações na AB para utilizar dieta com pouco sal</b>	<b>Municípios</b>					
	São Paulo	1,00	1,00			
	Campinas	0,51	0,61	0,37	0,99	0,046**
	Fortaleza	0,42	0,44	0,25	0,78	0,005**
	Porto Alegre	1,15	1,35	0,88	2,08	0,165
<b>Não continuou acompanhamento na AB após a consulta com o cardiologista</b>	<b>Municípios</b>					
	São Paulo	1,00	1,00			
	Campinas	2,29	1,71	1,16	2,53	0,007**
	Fortaleza	2,41	2,05	1,28	3,28	0,003**
	Porto Alegre	2,34	1,51	0,98	2,35	0,065

# RESULTADOS

- ▶ Na análise de contexto, nas quatro cidades o agendamento ocorre por meio das centrais de regulação e apresentam iniciativas como matriciamento em ambulatório de cardiologia em Campinas e estratificação de risco em Fortaleza, ampliação de agenda de casos novos na especialidade em São Paulo e iniciativas de telessaúde em Porto Alegre.
- ▶ Na análise da oferta observou-se valores distintos entre os municípios, em geral os maiores em São Paulo, e os menores em Fortaleza, refletindo prováveis diferenças na oferta e no acesso, análise que pode contribuir com a tomada de decisões em saúde.
- ▶ Observou-se que em média pouco mais de um terço dos entrevistados (36%) respondeu ter esperado até 30 dias para a consulta. Em contraposição, em Porto Alegre a grande maioria (62,7%) referiu esse tempo para realizar a consulta, indicando que nesse município é grande a oferta desse tipo de procedimento. É menor a proporção de realização de ECG nas unidades em Fortaleza, indicando que o acesso à tecnologia pode estar deslocado da AB como prática cuidadora e qualidade da atenção à HAS. São Paulo mostrou a maior proporção de permanência do acompanhamento nas UBS após encaminhamento para o especialista (81,9%), indicando maior vinculação e compartilhamento do cuidado.



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusões: Nas quatro cidades o acesso ao especialista se deu em tempo adequado, mas parte significativa dos usuários ainda aguardaram períodos mais prolongados. Em Porto Alegre, o menor tempo de espera para o especialista pode refletir maior oferta e ou melhor sistema de regulação do acesso. No entanto, ainda assim, como em Fortaleza, indicou barreiras de acesso facilitadas pelo uso privado, apresentando desigualdades.

Os resultados sugerem diferenças entre as cidades **no acesso, vínculo e cuidado** apontando para modelos mais voltado a AB, com maior ou menor vinculação da AE com a AB, distintos tempos de espera e da organização do processo regulatório nas redes de atenção. Observamos que as quatro cidades se apresentam de distintas formas de organização das RAS e do funcionamento da AB. Isso se reflete nos resultados do inquérito, nas várias dimensões.

Um aspecto importante para a análise dos dados são as desigualdades relacionadas às condições socioeconômicas da população atendida, considerando ser esta uma determinação fundamental tanto do adoecimento como do cuidado, seja no diagnóstico, controle ou na abordagem das complicações

A oferta e a lógica de funcionamento da regulação podem modificar o acesso e o uso interferindo nos tempos de espera. As redes de serviços de AE e bons sistemas de regulação garantem acesso tecnológico especializado que também compõem as boas práticas da LC de HAS nas RAS. Essas ofertas podem determinar o modo de funcionamento do sistema ou até mesmo a pressão da demanda pela especialidade. É fundamental trazer como contribuição à gestão do SUS a importância de organizar uma AB forte, capaz de cuidar das condições crônicas e aprimorar a qualidade e continuidade do cuidado garantindo a centralidade das RAS.



# REFERÊNCIAS

- CHAVES, L.D.P; CAMELO, S. H. H.; BALDERRAMA, P., TEIXEIRA, V.M., FERREIRA, J. B.B.. Considerações sobre a condição traçadora. In: In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.L. (Org.). Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. 1ed.Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2017, v. 1, p. 151-160.
- FILHA, M.M.T.; JUNIOR, P.R.B.S.; DAMACENA, G.N.; SZWARCOWALD, C.L.. Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013. Rev. bras. epidemiol. 2015.18(Supl 2):83-96.
- MALTA, D.C., MEHRY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.
- TANAKA, O.Y., GRIMM, S.C.A. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(3):585-594, jul-set 2016