

Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba

Intermunicipal inequities in access and use of secondary health services in the metropolitan area of Curitiba

Sandra Lúcia Vieira Ulinski Aguilera¹, Beatriz Helena Sottile França¹, Simone Tetu Moysés¹, Samuel Jorge Moysés¹

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar e analisar iniquidades intermunicipais no acesso à atenção especializada nos municípios da região metropolitana de Curitiba, Paraná. Trata-se de estudo ecológico. Na etapa preparatória deste estudo, trabalhou-se com os perfis socioeconômico, epidemiológico, da rede de cuidados à saúde e de financiamento setorial, dos 26 municípios que compõem essa região. Foi realizada análise fatorial, pela qual foram obtidos seis componentes principais, e a partir desses foi calculado um índice sintético, que permitiu ordenar os municípios segundo condição de vida e situação de saúde. Dados primários foram coletados de 24 municípios, referentes à capacidade instalada, demanda encaminhada e demanda reprimida de serviços de atenção especializada. A análise de contexto revelou acentuadas iniquidades intermunicipais e o índice sintético permitiu classificar os municípios em quatro grupos relativamente homogêneos quanto às condições de vida e situação de saúde. Os municípios localizados no Vale do Ribeira obtiveram os piores resultados para o Índice Sintético de Condições de Vida e Situação de Saúde, assim como apresentaram maior demanda reprimida para os serviços de atenção especializada. A distância geográfica do município polo demonstrou contribuir para piores condições de vida e saúde e maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Políticas públicas de saúde. Gestão em saúde. Avaliação de serviços de saúde. Referência e consulta. Equidade em saúde.

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba (PR), Brasil.

Autor correspondente: Sandra Lúcia Vieira Ulinski Aguilera. Avenida Iguazu, 2713, apartamento 2301, Água Verde, CEP: 80240-030, Curitiba, PR, Brasil. E-mail: sandraulinski@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

ABSTRACT: The aim of this study was to identify and analyze inequities in the access to specialized services in the municipalities of the metropolitan area of Curitiba, Paraná, Brazil. This is an ecological study. In its preparatory stage, this study focused on the socioeconomic, epidemiologic, healthcare network and sectoral financing network profiles of the 26 municipalities comprising this area. Factor analysis was employed to obtain the six principal components, and a synthetic index was calculated from them, allowing municipalities to be ranked according to living conditions and health situation. Primary data was collected from 24 municipalities, regarding their capacity, directed and repressed demand of specialized healthcare services. The context analysis revealed accentuated intermunicipal inequities. The synthetic index allowed municipalities to be classified in four relatively homogeneous groups regarding living and health conditions. Municipalities located in Vale do Ribeira obtained the worse outcomes for the Living Conditions and Health Situation Synthetic Index, as well as the higher repressed demand for specialized healthcare services. The geographical distance from the capital showed to contribute to worse living and health conditions and greater difficulties in access to healthcare services.

Keywords: Health services accessibility. Health public policy. Health management. Health services evaluation. Referral and consultation. Equity in health.

INTRODUÇÃO

A atenção secundária (AS), denominada frequentemente em documentos oficiais e portarias do Ministério da Saúde como atenção de média complexidade, compreende um conjunto especializado de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares. Visa a atender os problemas de saúde da população não resolvidos no nível da atenção primária¹. Utiliza recursos tecnológicos de maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico, que necessitam de produção em escala para se viabilizarem economicamente e adquirirem sustentabilidade².

Esse nível de assistência se tornou um importante ponto de estrangulamento na rede de serviços públicos de saúde. Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão de demanda por serviços especializados à qual não conseguem responder satisfatoriamente, gerando longas filas de espera e concentrando uma parcela considerável dos gastos públicos em saúde^{3,4}.

Tal fenômeno relacionado ao acesso e à utilização tem sido observado em grande parte dos municípios brasileiros, sendo pauta de ampla discussão em instâncias de gestão local, regional e nacional. Tal é o caso nos 26 municípios da região metropolitana de Curitiba (RMC)^{3,5,6}.

Acesso, acessibilidade e utilização de serviços de saúde envolvem formulações complexas, que mudam ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Apresentam-se como características da relação multidimensional entre necessidade/demanda/oferta de ações e serviços de saúde,

muito relevante para a interpretação do padrão de utilização efetiva de recursos assistenciais, bem como para pesquisas sobre equidade em sistemas de saúde. O acesso abarca conceitos frequentemente utilizados de forma imprecisa, e com procedimentos de planejamento e operacionalização pouco claros no cotidiano dos serviços^{7,8}; é um dos elementos dos sistemas de saúde, relacionado à organização dos serviços e que se refere à entrada facilitada, ao atendimento efetivo e à continuidade do cuidado. Donabedian⁹ avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois, para ele, acesso deveria indicar também o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Não se restringiria apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas incluiria a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. O acesso seria, então, uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde. Finalmente, Donabedian optou pelo termo “acessibilidade” e relatou duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica, apontando que ambas se inter-relacionam. A primeira inclui todas as características da oferta de serviços, com exceção dos aspectos geográficos que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas de alcançarem os mesmos. A acessibilidade geográfica pode ser mensurada pela distância linear, tempo de locomoção, despesa da viagem, entre outros.

Para Starfield⁷, acesso é a maneira como as pessoas (re)conhecem as características dos serviços prestados e os atributos que qualificam a atenção prestada pelos profissionais de seu serviço de saúde de referência.

O acesso pode influenciar o uso dos serviços por meio da interação de fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos, e dos perfis de morbidade, sendo que os efeitos e a relevância referente a cada fator são afetados pela bagagem cultural, pelas políticas de saúde vigentes e os atributos do sistema de saúde^{5,8,10,11}.

O SUS ainda apresenta acentuadas iniquidades sociais, caracterizadas pelo fato de que as pessoas que mais necessitam têm menor chance de receber atendimento⁵. Travassos e Martins¹² afirmam que a posição do indivíduo na estrutura social é um indicador relevante de necessidades em saúde e o padrão de risco observado tende a ser desfavorável para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados.

A análise dessa dimensão dos problemas de saúde nos aglomerados urbanos tem ficado restrita, condicionada à inexistência de um sistema de informações que apresente indicadores potenciais e reais de necessidades e cobertura/ utilização efetiva de serviços. Isso fica evidente, por exemplo, ao analisar a população residente nos diversos espaços de uma cidade polo e a relação estabelecida com as cidades do seu entorno^{4,13}.

Deve ser considerado ainda, que os complexos metropolitanos são constituídos por municípios com funções complementares, gestão independente e capacidade financeira desigual. Tais características impedem e condicionam o atendimento das demandas sociais e de infraestrutura urbana que, na maioria dos casos, surgem da relação disfuncional entre municípios e dependem de soluções que extrapolam seus limites político-administrativos, equacionando-se na escala regional¹⁴.

Diante do exposto, torna-se necessário compreender como se dá o acesso dos cidadãos-usuários aos serviços especializados em regiões metropolitanas, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde mais equitativos e adequados às diferentes realidades. Assim, este estudo objetivou identificar e analisar iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção especializada na RMC.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico envolvendo 26 municípios da RMC. Na etapa inicial, tendo em vista um melhor reconhecimento do contexto metropolitano, foram identificados os perfis socioeconômico, epidemiológico, da rede de cuidados à saúde e financiamento setorial nos 26 municípios que compõem a RMC. Dados secundários foram obtidos a partir de consulta às bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Atlas da Exclusão Social no Brasil¹⁵, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) e do Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS) (Figura 1).

Na sequência, foram coletados dados primários de 24 municípios, visto que dois não disponibilizaram as informações solicitadas. Para a análise do acesso/utilização dos serviços de atenção especializada, foram coletadas informações sobre a capacidade instalada (serviços custeados pelo próprio município), a demanda encaminhada (serviços de referência regional – Central de Marcação de Consultas) e a demanda reprimida (usuários que aguardam por atendimento) dos principais serviços especializados, por meio de questionário respondido por técnicos das secretarias municipais de saúde. Tais profissionais foram selecionados intencionalmente por coordenarem os setores de marcação de consultas especializadas dos municípios estudados.

As variáveis utilizadas nessa etapa foram a capacidade instalada, a demanda encaminhada e demanda reprimida das consultas de cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, endocrinologia, gastroenterologia, obstetrícia de risco, nefrologia, neurologia, odontologia/cirurgia buco-maxilofacial, oftalmologia, otorrinolaringologia e urologia; e de serviços de apoio diagnóstico de radiologia, endoscopia e ultrassonografia. Ou seja, foram selecionados para este estudo, os serviços especializados que apresentavam maior oferta na Central de Marcação de Consultas de Curitiba.

Estatísticas descritivas foram utilizadas para analisar tais dados. O projeto foi aprovado Comitê de Ética da PUCPR, nº 0003278/09, em 16/09/2009 e seguiu os requisitos propostos pela Declaração de Helsinki.

Os indicadores e variáveis eleitas estão descritos no Quadro 1.

Considerando o grande número de variáveis elencadas e necessárias para compreender um fenômeno multidimensional como o proposto neste estudo, foi realizada uma análise fatorial por componentes principais (AFCP). A AFCP tem indicação em situações como

Quadro 1. Elenco de indicadores e variáveis utilizados, de acordo com a fonte e ano.

Indicadores	Variáveis	Fonte	Ano	
1ª etapa: análise fatorial	Demográfico	População	IBGE	2008
		Grau de urbanização	IBGE	2000
	Geográfico	Distância linear do município à capital	IBGE	2010
		Condição de vida	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)	IBGE
	Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI)		UNICEF	2004
	Índice de Exclusão Social		Pochman e Amorin	2003
	Índice de Gini		IBGE	2000
	Índice de Pobreza		Pochman e Amorin	2000
	Índice de Emprego Formal		Pochman e Amorin	2003
	Taxa de Analfabetismo		PNUD	2000
	Índice de Escolaridade		Pochman e Amorin	2003
	População com abastecimento de água		PNUD	2000
	População com acesso a coleta de lixo		PNUD	2000
	População com acesso a rede de esgoto		PNUD	2000
	Epidemiológico	Coeficiente de Mortalidade Infantil	DATASUS	2008
		Coeficiente de Mortalidade Materna	DATASUS	2008
		Taxa de internações por diarreia e gastroenterites de origem infecciosa	DATASUS	2008
		Taxa de internações por insuficiência cardíaca	DATASUS	2008
		Taxa de internações por diabetes	DATASUS	2008
		Taxa de internações por hipertensão	DATASUS	2008
Taxa de internações por acidente vascular cerebral		DATASUS	2008	
Taxa de internação (Sistema Único de Saúde) por habitante		DATASUS	2008	
Rede de Cuidados em Saúde	Cobertura da Estratégia Saúde da Família	DATASUS	2008	
	Média de consultas na Atenção Básica/habitante	SESA	2008	
	Número de clínicos-gerais no Sistema Único de Saúde/1.000 habitantes	DATASUS	2008	
	Número de cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde/1.000 habitantes	DATASUS	2008	
	Cobertura vacinal por tetravalente	DATASUS	2008	
Financiamento	Despesa total com saúde <i>per capita</i>	DATASUS	2008	
	Recursos próprios gastos com saúde	DATASUS	2008	
	Transferências federais habitante/ano	DATASUS	2008	
2ª etapa	Atenção Secundária	Número de consultas e exames de atenção secundária ofertados	Técnicos das SMS	2008
		Número de consultas e exames de atenção secundária encaminhados para município sede	Técnicos das SMS	2008
		Número de usuários que aguardam para acessar os serviços de atenção secundária	Técnicos das SMS	2008

essa, sobretudo como prospecção de fatores (ou constructos) subjacentes a determinada realidade, para auxiliar a mensurar fenômenos que não podem ser diretamente observados¹⁶.

No próximo passo, foram calculados os valores de cada componente para cada município, correspondendo aos escores fatoriais. A partir dos escores fatoriais obtidos para os seis componentes, foi possível caracterizar os municípios relativamente homogêneos, calcular o escore fatorial final e obter um índice final sintético, o qual permitiu classificar os municípios em quatro grupos e hierarquizá-los. Para o agrupamento dos municípios foi utilizado o método das k-médias, que é um método de cluster não hierárquico. Tal método se baseia em duas premissas básicas: coesão interna das unidades observacionais e isolamento externo entre os grupos, ou seja, minimiza a variância no interior dos grupos e maximiza-a entre os grupos¹⁷.

RESULTADOS

CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

A análise das variáveis selecionadas demonstrou iniquidades intermunicipais acentuadas (Tabela 1), principalmente em relação ao grau de urbanização, acesso à rede de esgoto e Índice de Pobreza. Os indicadores de escolaridade, emprego formal e exclusão social apresentam uma situação difícil para 75% dos municípios.

Os casos de mortalidade materna concentraram-se em 25% dos municípios, revelando uma forte polarização. Os dados do coeficiente de mortalidade infantil demonstraram que 57,7% dos municípios apresentaram coeficientes piores do que a média estadual em 2008 (coeficiente de 13,0)¹⁸. As maiores taxas de internação por gastroenterite, por insuficiência cardíaca, por acidente vascular cerebral, por hipertensão e por diabetes concentraram-se em 25% dos municípios.

Fortes iniquidades foram encontradas na oferta de consultas médicas na atenção primária, na cobertura da Estratégia Saúde da Família e na disponibilidade de médicos e cirurgiões-dentistas.

Considerando o número de médicos por mil habitantes, observa-se uma concentração maior em 25% dos municípios.

Identificou-se grande variabilidade de valores para os dados analisados, principalmente em relação às transferências federais. Foi possível, também, observar que 75% dos municípios da RMC investem entre 20,0 e 41,8% de recursos próprios em saúde. A despesa total em saúde demonstrou iniquidades marcantes na capacidade financeira dos municípios.

OBTENÇÃO DE UM ÍNDICE SINTÉTICO

Inicialmente, foi empregada a matriz de correlação de Pearson. Com base nessa matriz, foram examinadas as inter-relações e multicolinearidades entre as 30 variáveis iniciais para

Tabela 1. Estatísticas descritivas das variáveis das condições geográficas, socioeconômicas, epidemiológicas, da rede de cuidados à saúde e financiamento dos municípios da região metropolitana de Curitiba.

Indicador	Mínimo	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	Máximo
População	6.137	13.004,25	23.230	100.253	1.828.092
Urbanização (%)	12	23,67	52,60	90,20	100
Distância (km)	0	21,64	36,47	72,33	134,9
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)	0,63	0,71	0,75	0,77	0,86
Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI)	0,45	0,61	0,69	0,75	0,80
Índice de Exclusão Social	0,37	0,43	0,49	0,54	0,73
Índice de Gini	0,45	0,50	0,54	0,57	0,64
Índice de Pobreza	0,30	0,50	0,67	0,73	0,85
Índice de Emprego Formal (%)	0,047	0,068	0,12	0,23	0,85
Taxa de pessoas analfabetas (%)	3,38	7,19	9,15	14,03	28,09
Índice Escolaridade	0,28	0,40	0,50	0,57	0,87
Rede de água (%)	71,44	83,67	90,23	95,44	99,12
Coleta de lixo (%)	78,53	92,57	97,10	99,09	99,91
Rede de esgoto (%)	8,62	26,65	50,41	68,52	92,13
Mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos	6,02	11,71	14,43	16,56	37,04
Mortalidade Materna /100.000 nascidos vivos	0,00	0,00	0,00	11,55	85,20
Internação por gastroenterite (%)	0,00	0,03	0,30	0,67	2,17
Internação por insuficiência cardíaca(%)	0,87	1,74	2,15	2,88	11,67
Internação por diabetes (%)	0,17	0,41	0,76	1,34	3,90
Internação hipertensão (%)	0,00	0,13	0,37	0,72	2,32
Internação por acidente vascular cerebral (%)	0,00	0,05	0,32	0,68	1,31
Internações no Sistema Único de Saúde/100 habitantes/ano	3,94	5,47	6,46	8,28	10,34
Cobertura da Estratégia Saúde da Família (%)	0,00	29,45	52,26	93,09	100,00
Consultas atenção básica/habitantes/ano	0,50	1,48	1,80	2,30	2,90
Médicos do Sistema Único de Saúde/1.000 habitantes	0,04	0,13	0,20	0,42	1,08
Cirurgião-dentista do Sistema Único de Saúde/1.000 habitantes	0,00	0,06	0,16	0,29	0,74
Cobertura vacinal	71,51	87,28	97,40	108,14	162,65
Despesa total em saúde (reais/habitante/ano)	139,61	224,21	266,23	360,12	614,79
% recursos próprios alocados em saúde	14,69	20,00	22,71	27,62	41,76
Transferências federais (reais/habitante/ano)	27,55	49,00	60,94	91,39	244,19

P₂₅: percentil 25; P₇₅: percentil 75.

identificar um número menor de fatores que apresentassem aproximadamente o mesmo total de informação expresso pelas variáveis originais.

Na fase seguinte, foi aplicada a técnica de análise fatorial, definindo o número de fatores por meio dos “autovalores”, mantendo-se fatores cujo valor fosse superior a 1,0. Para identificar as variáveis componentes de cada fator, foi utilizada a matriz dos fatores rotacionada pelo método Varimax (rotação ortogonal que permite que os coeficientes de correlação entre as variáveis e os fatores fiquem o mais próximo possível de zero, 1 ou -1, facilitando assim sua interpretação). Tal matriz apontou quais variáveis apresentaram cargas fatoriais altas para a retenção de seis componentes principais. A Análise por Componentes Principais explicou 70,61% da variância total da distribuição das 30 variáveis.

O próximo passo foi calcular os valores de cada componente para cada município, com base em escores fatoriais. A partir desses escores, foi possível calcular o escore fatorial final para cada município e obter um índice final sintético, o Índice de Condição de Vida e Situação de Saúde (ICVSS), (Tabela 2) e classificá-los em quatro grupos, numa escala ordinal, variando de 1,03 (ótimas condições) a -0,96 (muito baixas condições).

Identificou-se que 57,6% dos municípios apresentaram índice abaixo de 0,50, demonstrando baixo desempenho para as condições de vida e saúde. A classificação dos quatro grupos está disposta na Figura 2, para evidenciar a distribuição geográfica das iniquidades intrarregionais para o índice proposto. Os municípios localizados ao norte da RMC, no Vale da Ribeira, apresentaram os piores índices, demonstrando a vulnerabilidade dessa região.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

O acesso a consultas especializadas dentro do próprio município não aconteceu para 50% dos municípios, por inexistência de oferta. A oftalmologia e a cirurgia buco-maxilofacial (CBMF) foram as especialidades com maior e menor oferta, respectivamente. Para os exames, observou-se que 75% dos municípios ofertaram exames de imagem, principalmente a radiologia simples. Apenas dois municípios ofertavam obstetrícia de alto risco, revelando uma dificuldade para o acesso a esse atendimento quando se considera a extensão territorial da RMC.

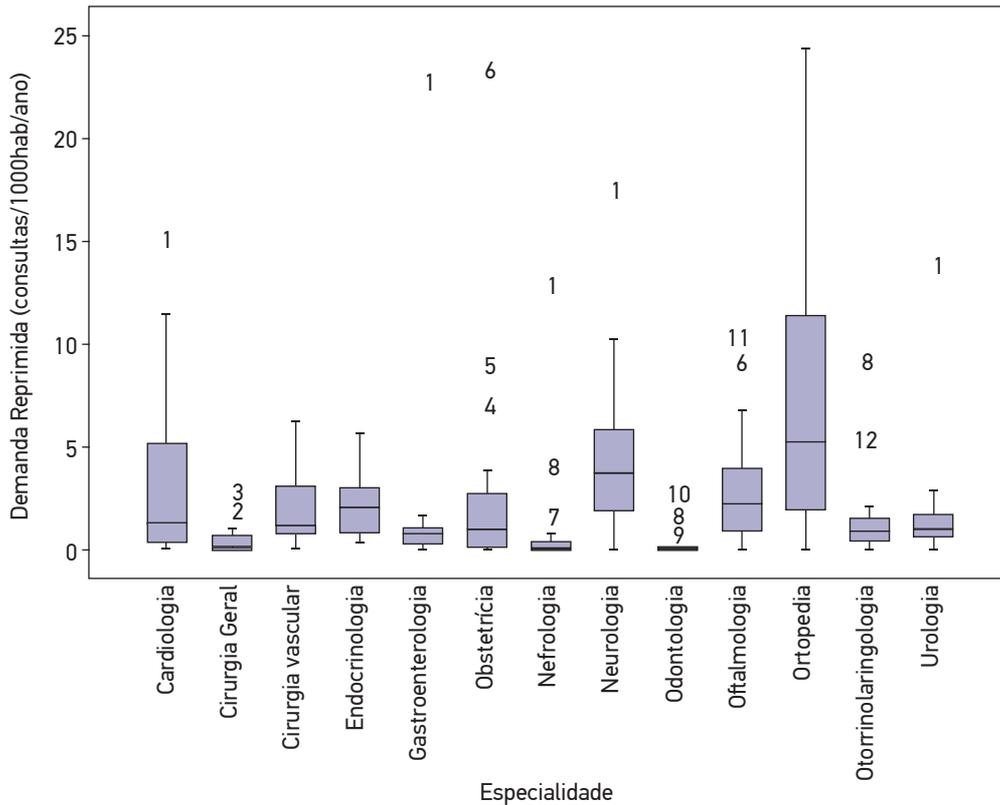
Do mesmo modo, a oftalmologia e a CBFM apresentaram a maior e a menor demanda encaminhada, respectivamente. A radiologia simples foi o exame mais encaminhado, seguida da ultrassonografia e da endoscopia, sendo que todos apresentaram variação acentuada.

A demanda reprimida evidenciou necessidades que não foram supridas, principalmente para ortopedia, cardiologia e neurologia (Figura 3). No extremo oposto dessa lista estão a CBFM e a nefrologia. O acesso à obstetrícia de alto risco demonstrou ser difícil para 75% dos municípios. Ressalta-se a importância dessa informação, pois o atraso no atendimento pode acarretar riscos para a gestante e para o bebê. As gestantes, enquanto não conseguem acesso a esse serviço, também ficam sem a retaguarda hospitalar necessária à sua condição.

Tabela 2. Escore fatorial final, classificação por grupo homogêneo e Índice de Condição de Vida e Situação de Saúde (ICVSS).

Município	Escore final	Grupo homogêneo	Índice
Doutor Ulysses	-0,96	1	0,00
Cerro Azul	-0,90	1	0,03
Quitandinha	-0,49	2	0,24
Tijucas do Sul	-0,36	2	0,30
Itaperuçu	-0,36	2	0,30
Agudos do Sul	-0,35	2	0,31
Tunas do Paraná	-0,27	2	0,35
Contenda	-0,11	2	0,43
Almirante Tamandaré	-0,10	2	0,43
Rio Branco do Sul	-0,09	2	0,44
Balsa Nova	-0,09	2	0,44
Adrianópolis	-0,03	3	0,47
Fazenda Rio Grande	-0,02	3	0,47
Campo Magro	0,02	3	0,49
Lapa	0,03	3	0,49
Piraquara	0,06	3	0,51
Campina Grande do Sul	0,06	3	0,51
Bocaiúva do Sul	0,08	3	0,52
Campo Largo	0,17	3	0,57
Colombo	0,19	3	0,58
Mandirituba	0,29	3	0,63
São José dos Pinhais	0,49	4	0,73
Quatro Barras	0,52	4	0,74
Pinhais	0,53	4	0,75
Araucária	0,67	4	0,82
Curitiba	1,03	4	1,00

Os desvios (ou *outliers*) evidenciam os municípios com acentuada demanda reprimida para as especialidades selecionadas, demonstrando uma dificuldade marcante para os municípios com baixa capacidade financeira, principalmente para aqueles localizados no Vale do Ribeira.



1 – Doutor Ulisses	5 – Fazenda Rio Grande	9 – Campo Magro
2 – Quitandinha	6 – Adrianópolis	10 – Araucária
3 – Almirante Tamandaré	7 – Rio Branco do Sul	11 – Quatro Barras
4 – Agudos do Sul	8 – Tunas do Paraná	12 – Mandirituba

Figura 3. Demanda reprimida de consultas especializadas selecionadas nos municípios da região metropolitana de Curitiba, no ano de 2008.

resolutividade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a redução do encaminhamento aos serviços de atenção especializada. No entanto, o que se observa é que a capacidade técnica centralizada no município polo imprime uma hegemonia sobre os outros municípios e, de certa forma, inibe o surgimento de iniciativas para o aprimoramento da gestão dos sistemas de saúde da região metropolitana.

Este estudo demonstrou a complexidade das interações políticas que fazem com que as experiências bem sucedidas da cidade polo não consigam atravessar as fronteiras para seu entorno. Essa situação acaba por impactar negativamente o próprio sistema de saúde metropolitano, uma vez que possibilita o acesso de usuários que deveriam ser atendidos em seus próprios municípios

pelos portos das urgências ou emergências, e principalmente, agrava quadros clínicos que poderiam ser resolvidos com maior antecedência e com maior respeito e dignidade ao cidadão^{5,6,21}.

A heterogeneidade e a desigualdade de capacitação técnica dos municípios dificultam o processo de discussão e articulação exigido para a gestão metropolitana, e mais uma vez, impõem uma situação de certa subserviência de grande parte dos municípios do entorno em relação ao município polo¹⁴.

Observou-se que os municípios classificados no grupo com ótimas condições de vida e de saúde foram aqueles que ofereceram maior acesso aos serviços de saúde tanto na atenção primária quanto na atenção especializada. Estudos, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008, têm relatado que as pessoas residentes em regiões mais desenvolvidas utilizam mais os serviços de saúde do que aquelas que residem em áreas menos favorecidas^{8,19,21}.

Essa situação está associada a uma fragmentação dos serviços, mesmo em municípios com grande capacidade instalada. Os cuidados em saúde são ofertados sem que haja uma concepção de rede integrada, ou seja, referência segura aos níveis especializados e contrarreferência às unidades primárias de saúde. A institucionalização de um sistema de referência e contrarreferência ainda se constitui em relevante desafio aos gestores e profissionais de saúde^{2,22}.

Do mesmo modo, a baixa resolutividade da atenção primária, a ausência de protocolos de regulação dos encaminhamentos e a dificuldade na contratação de profissionais médicos impactam no aumento da referência aos serviços de atenção especializada, por vezes equivocada, e conseqüentemente na dificuldade de acesso a esses serviços^{3,6,23}. A regionalização passa a ser fundamental na organização dos serviços. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de implantar as redes de atenção à saúde, conectadas entre si por uma missão única.

As iniquidades no perfil epidemiológico e da rede de cuidados à saúde permitem inferir que os municípios apresentam realidades diferentes na quantidade e qualidade da atenção primária oferecida, principalmente quando se avaliam as diferenças entre a oferta de consultas da atenção primária, a disponibilidade de profissionais e as taxas de mortalidade de infantil⁵. A obstetria de alto risco tem oferta limitada na Central de Marcação de Consultas do município polo, acarretando numa demanda reprimida que preocupa quanto à saúde da gestante e do bebê^{5,21}.

Os municípios mais pobres apresentaram maior demanda reprimida, principalmente aqueles localizados no Vale do Ribeira, como Doutor Ulysses. Esta situação confirma os estudos que demonstraram que os indivíduos com piores níveis socioeconômicos têm maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde²⁴. Além disso, aponta para a dependência econômico-financeira de outras esferas de governo, enfrentada pelos municípios de pequeno porte, que por não possuírem fontes de financiamento próprias para custear a implantação de serviços de atenção especializada e não disporem de alternativa, tornam-se dependentes das ações disponibilizadas pelo município polo, que nem sempre consegue atender às demandas.

Condição similar foi encontrada em outras regiões metropolitanas, como é o caso do estudo de Cerqueira e Pupo³ em comunidades com precárias condições de vida e acesso aos serviços de saúde na região metropolitana da Baixada Santista. O maior obstáculo identificado pelos usuários foi a baixa capacidade do sistema de saúde em responder de forma ágil e adequada às demandas e

necessidades específicas de saúde da população. Tal situação pode ser exemplificada pela oferta insuficiente de serviços de atenção especializada, longa espera por exames e morosidade na obtenção do cuidado. Campos et al.²⁵ estudaram as condições socioeconômicas e de desenvolvimento na região metropolitana de Belo Horizonte e identificaram que essas podem ser determinantes para a identificação dos municípios com melhores e piores indicadores de atenção primária. Não se deve esquecer que os números expressos, nesse caso, de demanda reprimida, são referentes aos cidadãos que enfrentaram certa dificuldade no acesso à atenção primária e que, para alcançar o acesso ao serviço especializado, terão que se deslocar a outro município. O tempo de espera para esse atendimento somado ao tempo de espera pelo exame especializado gerado provavelmente resultará no agravamento da situação de saúde deste cidadão-usuário.

Nesse sentido, deve-se lançar mão de estratégias já implantadas, mas que necessitam ser apoiadas e mais bem utilizadas, tais como o Consórcio Metropolitano de Saúde, que pode vir a ser a grande alternativa para resolver grande parte da demanda por serviços de saúde de atenção especializada.

Cabe ainda ressaltar que o Paraná dispõe de um Plano Diretor de Regionalização, que poderia nortear os investimentos nas microrregiões da RMC, possibilitando a ampliação do acesso aos usuários dos municípios mais longínquos a serviços especializados em locais mais próximos de suas residências e também favorecendo a fixação de profissionais nesses municípios^{5,14}.

Uma das limitações deste estudo se refere à complexidade em analisar o acesso, pois requer medidas multidimensionais e não se explica apenas pela sua utilização. Da mesma forma, a ausência de um sistema de informações que apresente indicadores de necessidades e cobertura dos serviços de saúde apresenta-se como uma limitação para este estudo e também para o planejamento e organização dos serviços. Há carência de literatura científica que aborde o acesso a partir da utilização dos serviços de saúde e de sua demanda reprimida, visto que grande parte dos estudos de acesso se refere à percepção do usuário.

CONCLUSÃO

A região metropolitana se mostrou como um espaço heterogêneo, marcado por iniquidades nas condições de vida e na cobertura de serviços simples como a vacinação. As condições de saúde das populações de municípios mais distantes da cidade polo se mostraram vulneráveis ao pouco acesso aos serviços de saúde desde a atenção primária e se tornam muito mais difíceis na atenção especializada. Por fim, diferenças no financiamento em saúde imprimem maiores iniquidades nesses sistemas municipais de saúde.

Torna-se evidente que a centralização de recursos financeiros, humanos e tecnológicos no município polo não conseguiu atingir as populações residentes no anel mais externo da região. Quando muito, atingiu as populações de áreas conurbadas ou limítrofes. Depreende-se que seja necessária a adoção de uma nova estratégia de ação que possa fazer frente ao desafio de levar o direito à saúde aos cidadãos da região metropolitana com qualidade e resolutividade e, principalmente, respeitando os princípios da universalidade, integralidade, equidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União: Brasília; 2001.
2. Franco T, Magalhães Júnior H. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy E (ed.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-34.
3. Cerqueira MB, Pupo LR. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. Rev Baiana Saúde Pública 2009; 33(2): 68-84.
4. Roese A, Gehardt TE. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. Rev Gaúcha Enferm 2008; 29(2): 221-9.
5. Aguilera SLVU, Franca BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. Rev Adm Pública. 2013; 47(7): 1021-39.
6. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CME, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com a atenção básica. Ciênc Saúde Coletiva 2010; 15(Suppl 1): 1009-19.
7. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 1998.
8. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(Suppl 1): 98-112.
9. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
10. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36(1): 1-10.
11. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Rev Bras Epidemiol 2010; 13(1): 150-62.
12. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(Suppl 2): S190-8.
13. Camara G, Carvalho M. Análise espacial na definição de políticas públicas em aglomerados urbanos. In: Rassi Neto E, Bógus C (eds.). Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p. 147-53.
14. Szuchman T. Diferenças intra-regionais e a gestão da Região Metropolitana de Curitiba. Curitiba: PUCPR; 2007.
15. Pochmann M, Amorim R. Atlas de exclusão social no Brasil. São Paulo: Cortez; 2003. 221 p.
16. Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. Opin Pública 2010; 16(1): 160-85.
17. Anderberg MR. Cluster analysis for applications. Technical report. DTIC Document; 1973. 372 p.
18. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Indicadores de Saúde. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde; 2008.
19. Dubale T, Mariam DH. Determinants of conventional health service utilization among pastoralists in northeast Ethiopia. Ethiop J Health Dev 2007; 21(2): 142-7.
20. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12(2): 351-62.
21. Marinho A, Cardoso SS. Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS. Econ Aplic 2007; 11(4): 527-54.
22. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saúde Pública 2010; 26(4): 725-37.
23. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2009; 12(2): 158-71.
24. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde coletiva 2000; 5(1): 133-49.
25. Campos ACV, Borges CM, Leles CR, Vargas AMD, Ferreira EF. Indicadores socioeconômicos e de saúde da Atenção Básica nos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte. Arq Odontol 2012; 48(1): 6-12.

Recebido em: 30/04/2013

Versão final apresentada em: 13/12/2013

Aceito em: 12/02/2014