

Grau de resolutividade no atendimento secundário de um serviço de saúde do Município de Avaré, São Paulo

Level of resolution in secondary care of a health service in the Municipality of Avaré, São Paulo

Grado de resolución en atención secundaria de un servicio de salud en el Municipio de Avaré, São Paulo

Alexandre Augusto de Lima¹

ORCID: 0000-0003-2839-2846

Adilson Lopes Cardoso^{1*}

ORCID: 0000-0003-2791-3937

Fernanda Augusta Penacci¹

ORCID: 0000-0002-9300-9535

Alan Fernandes Guarato¹

ORCID: 0000-0002-2104-3785

Elaine Cristina Navarro¹

ORCID: 0000-0001-6638-1713

Marcia Regina Alves Rocha¹

ORCID: 0000-0003-1867-3783

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha²

ORCID: 0000-0001-5197-4671

Stefania Dias da Silva³

ORCID: 0000-0002-4322-1028

¹Faculdade Eduvale de Avaré. São Paulo, Brasil.

²Universidade Estadual do Maranhão. Bahia, Brasil.

³Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos. Tocantins, Brasil.

*Autor correspondente: E-mail: cardosolc@uol.com.br

Resumo

O objetivo deste trabalho foi identificar a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários que foram encaminhados para atendimento na Especialidade de Cardiologia no Centro de Saúde I do Município de Avaré. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de caráter quali-qualitativo, que utilizou como instrumento de coleta de dados, questionário de perguntas do tipo aberta aos pacientes que foram atendidos no Centro de Saúde I de Avaré na Especialidade de Cardiologia que passaram pela pós-consulta. Foram entrevistados 55 usuários. A resolutividade dos serviços de saúde é uma forma de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. Assim, a resolutividade dos serviços no modelo hierarquizado por níveis de atenção pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializados, e o segundo, dentro do sistema de saúde, que se amplia desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde. O atendimento secundário compõe-se por ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Descritores: Resolução de Problemas; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Ensaio de Triagem em Larga Escala; Comportamento do Consumidor; Enfermagem.

Como citar este artigo:

Lima AA, Cardoso AL, Penacci FA, Guarato AF, Navarro EC, Rocha MRA, Carvalho Filha FSS, Silva SD. Grau de resolutividade no atendimento secundário de um serviço de saúde do município de Avaré, São Paulo. Glob Clin Res. 2022;2(2):e29.

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca

Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 08-06-2022

Aprovação: 20-06-2022



Abstract

The aim of this study was to identify the resolution of the health problems of users who were referred for care in the Cardiology Specialty at the Health Center I of the Municipality of Avaré. This is an exploratory descriptive study, of a qualitative-qualitative nature, which used as an instrument for data collection, an open-ended questionnaire for patients who were treated at the Health Center I of Avaré in the Cardiology Specialty who underwent the post consultation. Fifty users were interviewed. The problem-solving capacity of health services is a way of evaluating health services based on the results obtained from the service provided to the user. Thus, the resoluteness of services in the model hierarchical by levels of care can be evaluated in two ways. The first, within the service itself, regarding the ability to meet their demand and refer cases that need more specialized care, and the second, within the health system, which extends from the initial consultation of the user to the service of primary health care to the solution of your problem at other levels of health care. Secondary care consists of actions and services that aim to address the main health problems and problems of the population, whose clinical practice demands the availability of specialized professionals and the use of technological resources for diagnostic and therapeutic support.

Descriptors: Problem Solving; Universal Access to Health Care Services; High-Throughput Screening Assays; Consumer Behavior; Nursing.

Resumén

El objetivo de este estudio fue identificar la resolución de los problemas de salud de los usuarios que fueron remitidos para atención en la Especialidad de Cardiología en el Centro de Salud I del Municipio de Avaré. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, de carácter cualitativo-cualitativo, que utilizó como instrumento de recolección de datos, un cuestionario abierto a pacientes atendidos en el Centro de Salud I de Avaré en la Especialidad de Cardiología que pasó por la consulta posterior. Se entrevistó a 55 usuarios. La capacidad de resolución de problemas de los servicios de salud es una forma de evaluar los servicios de salud a partir de los resultados obtenidos del servicio prestado al usuario. Así, la resolución de los servicios en el modelo jerárquico por niveles de atención puede evaluarse de dos formas. La primera, dentro del propio servicio, en cuanto a la capacidad de atender su demanda y derivar los casos que requieran una atención más especializada, y la segunda, dentro del sistema de salud, que se extiende desde la consulta inicial del usuario hasta el servicio de atención primaria de salud para resolver su problema en otros niveles de atención médica. La atención secundaria consiste en acciones y servicios que tienen como objetivo atender los principales problemas y problemas de salud de la población, cuya práctica clínica exige la disponibilidad de profesionales especializados y el uso de recursos tecnológicos para el apoyo diagnóstico y terapéutico.

Descriptorios: Solución de Problemas; Acceso Universal a los Servicios de Salud; Ensayos Analíticos de Alto Rendimiento; Comportamiento del Consumidor; Enfermería.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pelas Leis Orgânicas n.º 8080/90 e n.º 8142/90, que fundamenta a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde e participação da comunidade nas ações de saúde, ressaltando os princípios da universalidade, equidade, integralidade e resolutividade¹.

O sistema integra uma das organizações de saúde que formam uma complexa rede, cuja constituição inclui atributos de população e território, estrutura, logística e modelos assistenciais e de gestão. A definição, limites e objetivos de um sistema de saúde são específicos para cada país, de acordo com seus próprios valores e princípios. Esses sistemas definem o contexto dos serviços de saúde, que podem ser caracterizados sob diferentes formas com relação à integração em rede².

De acordo com estudo, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada

como procedimentos de média complexidade. Compreendendo que esse nível de serviços médicos especializados, sendo, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência³.

A resolutividade proposta pelo SUS faz influências às possibilidades de resolução dos problemas de saúde dentro dos níveis de complexidade as quais são detectadas. Nota-se que há no Brasil uma tendência, ainda que com pouca visibilidade de busca da qualidade dos serviços públicos de saúde, pois, à medida que os recursos para o setor tornam-se cada vez mais limitados e as desigualdades sociais aumentam, intensificam-se as necessidades de cuidado e atenção, tornando um desafio produzir qualidade nestas condições. A resolutividade é uma importante doutrina no SUS, pois permite identificar e buscar os sujeitos com os serviços oferecidos, mesmo que essas, não seja alcançada em sua plenitude.

Reunindo-se diferentes aspectos é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos essenciais à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à



acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros. Dentro dessa complexidade, surge a atenção básica como uma das formas de atendimento do SUS, sendo essa reconhecida como porta de entrada do usuário ao sistema, a qual deve ser a prioridade na gestão, pois ao funcionar adequadamente possibilitaria a resolutividade da maioria dos problemas de saúde, deixando os ambulatorios especializados e hospitais, exercerem os seus verdadeiros propósitos, resultando assim, em maior satisfação dos usuários e na utilização consciente dos recursos existentes⁴.

“Quando levantamos a questão da resolutividade, estamos querendo que o cidadão tenha a sua disposição, nos casos de doença, o acesso a toda tecnologia que a humanidade acumulou em defesa da vida, ou seja, o hospital deve ter a capacidade de dar respostas efetivas aos agravos de saúde de seus usuários com resolutividade diagnóstica e terapêutica no tempo ótimo que o caso exija, eliminando ou diminuindo o sofrimento, os riscos, e promovendo a recuperação e cura”⁵.

Para que um serviço de saúde seja resolutivo, o mesmo deve ser capaz de transformar positivamente a condição de saúde de um indivíduo, família ou de um grupo⁴.

Até 1988, o direito à saúde era um direito garantido apenas para os trabalhadores afiliados ao sistema de previdência social e de suas famílias. Com a promulgação da Constituição Federal, no ano de 1988, institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que passa a entender que a:

“[...] saúde é um direito absoluto que decorre da condição de ser humano, e adota um modelo de sistema de saúde público, de caráter universalista e igualitário [...]”⁶.

A Atenção Secundária (AS), denominada frequentemente em documentos oficiais e portarias do Ministério da Saúde como atenção de média complexidade, é o nível de apoio aos profissionais da atenção básica. Composto por médicos especialistas nas diversas áreas nas chamadas unidades de referência secundária, esse serviço, envolve um conjunto especializado de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares. Os profissionais da AS, através do sistema de referência e contra referência sustentam o apoio no tratamento do indivíduo. Casos específicos são referenciados para os procedimentos de alta complexidade. Visa a atender os problemas de saúde da população não resolvidos no nível da atenção primária. Utiliza recursos tecnológicos de maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico, que necessitam de produção em escala para se viabilizarem economicamente e adquirirem sustentabilidade^{7,8}.

Esse nível de assistência se tornou um importante alvo de estrangulamento na rede de serviço público 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 saúde⁹.

O município de Avaré, hoje conta um serviço de saúde na atenção primária de 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 07 Unidades de Saúde da Família (USF) e na Atenção Secundária de 01 Centro de Saúde (CS), 01 Núcleo de Gestão Assistencial – NGA-5 (anexo ao CS), além destes serviços conta com 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), 01 Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, 01 Vigilância Epidemiológica, 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Farmácia Popular do Brasil, 01 Pronto Socorro (referência regional), 01 Ambulatório DST/AIDS (referência regional), 01 Serviço Móvel de Atendimento à Urgência (referência regional), 01 UPA (Unidade de Pronto Atendimento) em fase de acabamento e 01 Santa Casa de Misericórdia, sendo essa uma instituição filantrópica que presta serviços à clientela do SUS, através de contrato ou convênio, sob regulação do Sistema Municipal de Saúde. É característica dos serviços da rede contratada e conveniada o propósito curativo da atenção, através de internações, consultas ou exames laboratoriais¹⁰.

As doenças cardiovasculares (DVC) representam mais de 30% do total de óbitos com causa definida, pois se constituem como principal causa de morte e de perda da qualidade de vida ao longo do tempo. Essas doenças contribuem com índices de mortalidade de 16,6 milhões de pessoas, sendo que 7,2 milhões são decorrentes da doença isquêmica cardíaca¹¹.

No Brasil, os índices de mortes por DCV assemelham-se aos parâmetros mundiais, também ficando em torno de 30%. Dentro das entidades cardiovasculares, a insuficiência cardíaca (IC) apresenta uma prevalência de 1 a 2% na população mundial, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública¹².

O município de Avaré, é referência secundária para a especialidade de cardiologia para os 17 municípios que compõe o Vale do Jurumirim (Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaí, Itaporanga, Manduri, Parapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejuapá, num total de 280.294 habitantes¹³.

A rede pública de saúde do município disponibiliza para o atendimento em cardiologia, um médico especialista concursado, que realiza os atendimentos no Centro de Saúde I. Esse profissional, realiza em média 60 consultas/semana, distribuídas de maneira aleatória sem discriminação de primeira consulta ou retorno.

O usuário da rede, residente no município pode usufruir de exames laboratoriais, exames por imagem (radiografias, tomografia computadorizada, ressonância magnética, cintilografia do miocárdio e eletrocardiograma), sendo que os exames de Ecocardiografia com Doppler e Holter 24 Hz, são disponibilizados através de contrato firmado com o serviço privado.

Segundo a Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, estabelece o parâmetro de cobertura assistencial ambulatorial, e o parâmetro para o cálculo das consultas médicas sobre a população prevendo 2 a 3 consultas



médicas por hab./ano. Através da seguinte fórmula: População Total x 2 consultas/habitante/ano = X (X é, portanto, o total de consultas médicas previstas), sendo: 12% de X = consultas básicas de urgência; 3% de X = consultas de urgência pré-hospitalar e trauma; 63% de X = consultas médicas básicas (Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria); 22% de X = consultas especializadas. Destas, 2 % destinadas a Cardiologia¹⁴.

A atenção secundária é a base para a referência e contra referência, necessária para garantir a eficiência do atual modelo hierarquizado de assistência à saúde¹⁵.

No Brasil, o processo de implantação desse modelo tem acontecido com algumas dificuldades e, por consequência, também a medicina de família. Uma das dificuldades parece ser a sobrecarga de encaminhamentos para os serviços médicos especializados na atenção secundária, fato que pode ser atribuído às dificuldades de resolução da atenção primária. Um dos grandes desafios desse nível de atenção é decidir quando encaminhar o paciente para ser avaliado por especialista na atenção secundária ou terciária¹⁶.

O município de Avaré, hoje conta com 82.934 habitantes, numa área de 1.213,055 Km, com um serviço de saúde na atenção primária de 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 07 Unidades de Saúde da Família (USF) e na Atenção Secundária de 01 Centro de Saúde (CS). Observa-se que há uma demanda reprimida na especialidade de Cardiologia, o que leva a avaliar a capacidade do serviço em atender essa demanda^{10,17}.

O acesso aos serviços de saúde no nível da atenção especializada é um ponto importante de estrangulamento da gestão da saúde no município de Avaré. Há uma grande demanda por recursos assistenciais, num contexto de oferta insuficiente e, muitas vezes, utilizada de forma irracional o que tem resultado em longas filas de espera para alguns procedimentos, causando o atraso no diagnóstico e tratamento dos pacientes.

A Secretaria de Saúde de Avaré tem implementado diversas ações com o objetivo de reestruturar o seu modelo de atenção, propondo organizar a porta de entrada do sistema de saúde, através da expansão da Estratégia de Saúde da Família e ampliação da oferta de serviços de média complexidade. O município possui ainda, uma política municipal de regulação da assistência à saúde, cujos objetivos principais são a reestruturação de fluxos assistenciais de referência e contrarreferência da atenção básica para a média e alta complexidade e a regulação do acesso aos serviços municipais de saúde.

Apesar dos esforços empreendidos para superar as dificuldades no acesso aos serviços de saúde e visando garantir a integralidade da assistência, esse município ainda encontra problemas como demanda reprimida na assistência especializada, refletindo na longa fila de espera dos usuários para acessar alguns serviços especializados e a dificuldade de articulação em rede das unidades de atenção básica e as unidades de média complexidade, comprometendo assim a resolutividade do sistema de saúde.

Objetivou-se identificar a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários que são encaminhados para atendimento na Especialidade de Cardiologia no Centro de Saúde I do Município de Avaré e as principais causas que levam a dificuldade e demora no agendamento das consultas especializadas e de exames específicos.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de caráter quali-quantitativo, que utilizou como instrumento de coleta de dados, questionário, com perguntas do tipo aberta aos pacientes que são atendidos no Centro de Saúde I (CS.1) de Avaré/SP na Especialidade de Cardiologia que passaram pela pós-consulta.

Para a realização desta investigação científica foram empregados os métodos dedutivo e indutivo. De acordo com estudo, estes consistem em recursos metodológicos gerais da ciência, que orientam as vias de raciocínio no desenvolvimento de pesquisas. O método dedutivo orienta do geral (hipóteses) ao particular (conclusões). Já o método indutivo orienta do particular (fatos específicos) ao geral (conclusões gerais). Ainda de acordo com o estudo, ambos os recursos metodológicos se complementam, ou seja, a utilização de um não exclui o outro¹⁸.

A escolha de tais métodos justificou-se pelo fato de que, a partir destes, será possível compilar os conhecimentos teóricos a respeito do tema, através da fundamentação teórica, bem como possibilitará generalizar este conhecimento, através da proposta de intervenção, de tal modo que, estes métodos mostrar-se-ão adequados à que se propõe à atuação.

A coleta de dados foi realizada a partir da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP/FMB) sob o CAAE: 43800115.0.0000.5411.

A amostra do estudo foi composta de 55 pacientes atendidos na especialidade de cardiologia no Centro de Saúde I – Avaré/SP.

A aplicação dos questionários ocorreu no período de julho a setembro de 2015, os entrevistados responderam ao questionário após o pesquisador esclarecer o objetivo. Todos os participantes que concordaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) legalizando, assim, sua inclusão neste estudo. Foram obedecidas as normas da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

As informações foram armazenadas em planilhas do *software Microsoft Excel*[®], onde após a contagem e análise dos dados foram elaborados os gráficos com os valores obtidos.

Resultados e Discussão

Dos 55 usuários da amostragem, 100% (55) responderam ao questionário, sendo que 94% (52) dos entrevistados são maiores de 40 anos, 60% (33) do sexo feminino e 40% (22) do sexo masculino, sendo que 64% (35) comparecem à consulta médica sem acompanhante.

Em relação ao tempo de acompanhamento no ambulatório de cardiologia, 05% (03) estão de 0 a 01 ano,

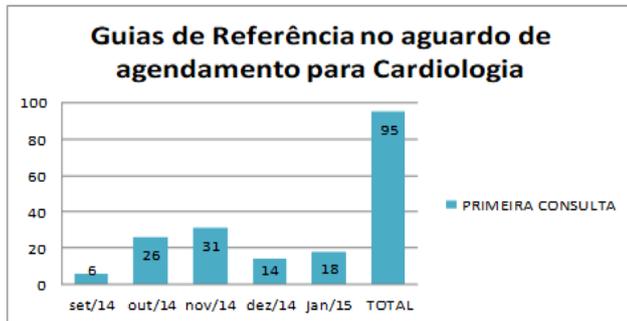


29% (16) de 01 a 02 anos e 65% (36) estão de mais de 02 anos em tratamento na especialidade.

Todos residem no município de Avaré, sendo que 60% (33) dos encaminhamentos para a especialidade de Cardiologia são provenientes das UBS e 40% (22) a outros que se refere ao Pronto Socorro Municipal, Santa Casa e Consultório particular.

O gráfico abaixo demonstra o número de guias para referência encaminhada da atenção primária para a Especialidade de Cardiologia, no 2º semestre de 2014, que ainda estão na espera de agendamento.

Figura 1. Agendamento para cardiologia. Avaré, SP, Brasil, 2015



A baixa resolutividade da atenção primária à saúde e encaminhamentos inapropriados é causas do aumento da demanda para atenção especializada, com consequente aumento no tempo de espera por esse nível assistencial¹⁹.

Segundo estudo, a impossibilidade de atender a clientela segundo os padrões da dignidade humana e com base no conceito da resolutividade em saúde leva os profissionais a sobreviverem em meio ao estresse. As dificuldades para finalizar o processo de atendimento, quando o fluxo das ações e serviços não se concretiza seguindo as etapas necessárias para a satisfação das demandas apresentadas em decorrência de dificuldades de diversos tipos²⁰.

A Secretaria de Saúde tem realizado através de Edital de Chamamento Público, para credenciamento de profissionais/empresas especializadas para prestação de serviços de consultas de cardiologia, com base na Lei Municipal n.º 1.209/2009 alterada pelas Leis n.º 1.655/2013 e n.º 1.708/2013, limitando a 100 (cem), consultas mensais para cada profissional médico contratado, conforme o artigo n.º 3 da Lei n.º 1.665 de 02 de abril de 2013, no valor de R\$ 50,00 por consulta realizada, mas não obteve interesse por nenhum profissional da área¹.

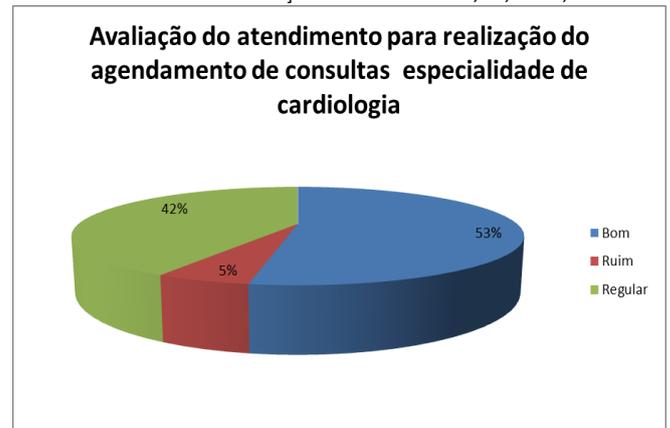
O Gráfico 1 demonstra o nível de satisfação do usuário quanto ao agendamento do Centro de Saúde I.

Embora, a maioria tenha considerado satisfatório o agendamento, 54% (30) dos entrevistados relataram que encontraram dificuldade no serviço. Os outros 45% (25) disseram não ter encontrado dificuldade. Diante das dificuldades, a mais relatada em suas falas foi quanto à demora pelo agendamento.

Segundo estudos, essa situação se opõe ao conceito de acesso, onde se deve articular a entrada do paciente no serviço de saúde, dando continuidade ao tratamento com o recebimento de cuidados subsequentes. Ter a

disponibilidade de um serviço não garante sua efetividade na utilização, na prática ainda não conseguiu desburocratizar o acesso aos serviços^{21,22}.

Gráfico 1. Nível de satisfação do usuário. Avaré, SP, Brasil, 2015



Dentre os usuários do sistema 87% (48), responderam que recebem as orientações necessárias quando procuram pelo serviço de agendamento, e 13% (07) disseram que às vezes, utilizando uma score de 0 a 10 quanto ao nível de compreensão das orientações recebidas, variou entre 08 e 10.

Em relação ao atendimento médico prestado, 90% (50) dos pacientes que passaram pela consulta com o cardiologista, relataram sua satisfação quanto ao atendimento e apenas 10% (05) relataram que o atendimento foi regular, como demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 2. Avaliação de atendimento médico. Avaré, SP, Brasil, 2015

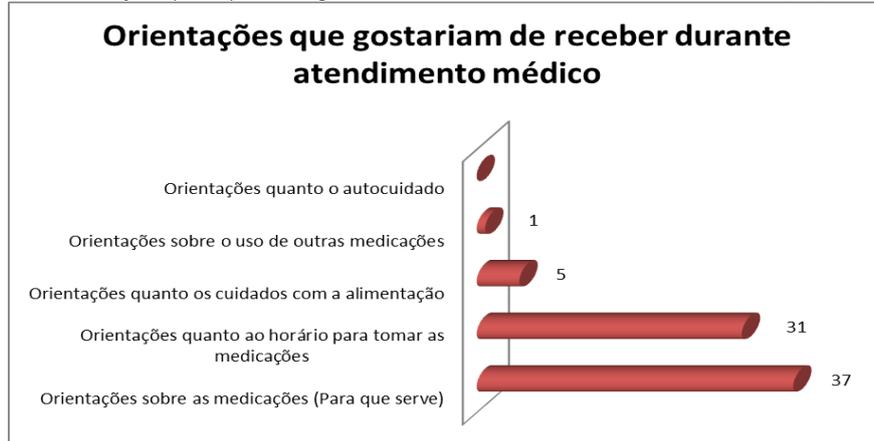


Segundo estudo, o nível de satisfação da clientela é influenciado principalmente pelo acesso social, cultural e geográfico; oportunidade em tempo de espera na consulta, assim como o tempo necessário para estabelecer diagnóstico e indicar o tratamento; cortesia; solução do problema médico que motivou a demanda de serviço²³.

As informações sobre sua enfermidade e seu tratamento, a relação que o médico estabelece com o paciente, o critério que o paciente tem sobre a competência do médico e, além da coerência do trabalho da equipe de saúde, são aspectos importantes na satisfação do paciente²⁴.

O gráfico abaixo apresenta quais orientações os pacientes gostariam de receber durante o atendimento, sendo a maior dúvida em relação aos horários e medicações prescritas.

Gráfico 3. Orientações que os pacientes gostariam de receber durante consulta médica. Avaré, SP, Brasil, 2015

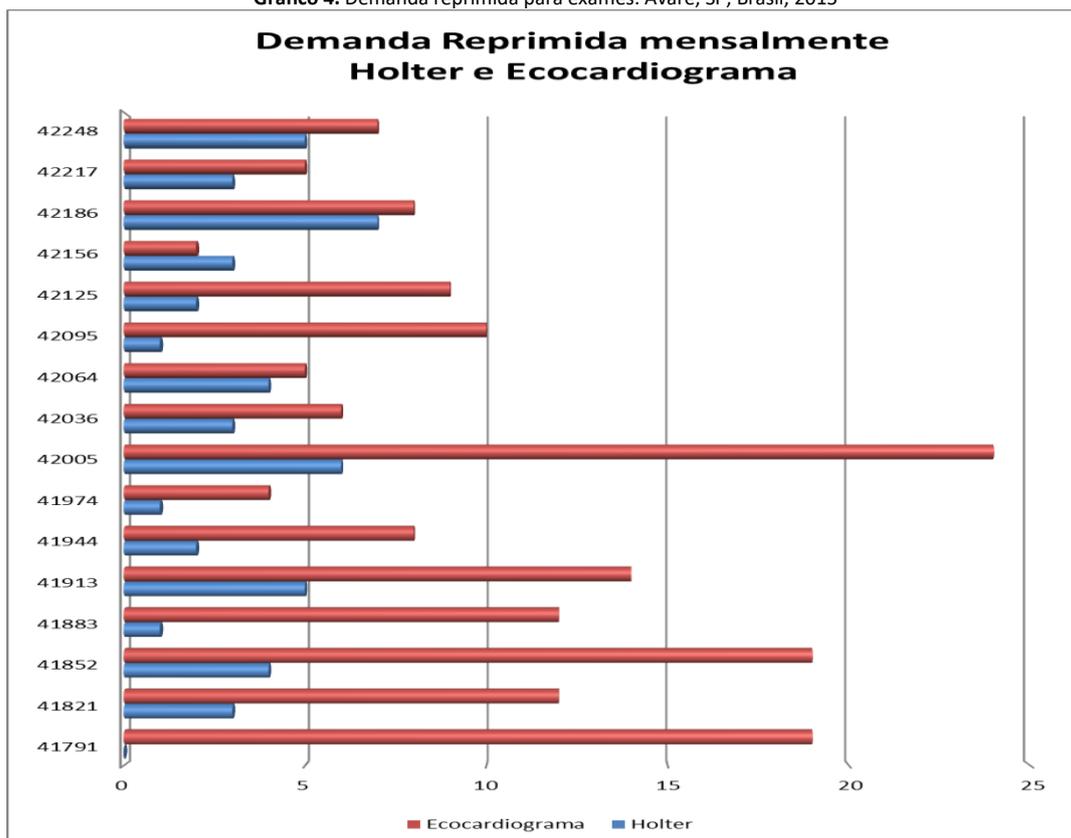


No gráfico seguinte, observa-se uma demanda reprimida de 135 usuários que estão no aguardo de agendamento dos exames de ecocardiograma com Doppler (88) e Holter 24 Hz (47), nos anos de 2014 e 2015. Tais exames são disponibilizados através de contrato firmado com o serviço privado, porém há 01 (um) ano e três meses não são realizados, por falta de contrato. O município de Avaré, realiza Chamamento Público para Credenciamento de

Clínicas Médicas para prestação do serviço, de acordo com os valores da Tabela SUS, no valor de R\$ 39,94, mas não obtém interesse por parte do serviço privado.

No item 2.4 da Portaria n.º 1101/2002 GM, estabelece outros procedimentos para diagnose e terapia sobre consultas especializadas, sendo para Holter 0,5% do total de consultas cardiológicas e Ecocardiograma 13% do total de consultas cardiológicas¹⁴.

Gráfico 4. Demanda reprimida para exames. Avaré, SP, Brasil, 2015



A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde conceitua a média complexidade como o conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e terapêutico²⁵.

Ao analisar os segmentos da oferta de serviços de saúde no Brasil, afirma-se que o SUS, hoje, parece estar caminhando no sentido do plano de cuidados básicos e a oferta dos serviços de saúde de maior complexidade ficaria para a iniciativa privada²⁶.

De acordo com estudos, as dificuldades no acesso à saúde estão vinculadas a várias condições, tais com:

geográfica, econômicas e funcionais. O acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade no atendimento²⁷.

O grande número de usuários em busca do serviço de média complexidade demonstra que estes estão necessitando de atenção e cuidados em saúde, sobrecarregando desta forma o Ambulatório. Oferta é a quantidade de ações de saúde oferecidas pelos serviços, a disponibilidade de recursos humanos e a disponibilidade de recursos físicos que o se ter à disposição de tecnologia de ponta nos serviços de saúde, nos leva a acreditar que é possível oferecer um atendimento de qualidade aos usuários de forma mais humana e ágil, podendo assim esgotar as possibilidades do que podemos ofertar ao usuário²⁸.

Conclusão

Por meio deste estudo foi possível visualizar o processo de atendimento e acesso do usuário do SUS na busca de um serviço de média complexidade, que envolve a Consulta com a Especialidade de Cardiologia e os exames de Ecocardiograma e Holter, e sobre a satisfação do usuário em relação ao agendamento e a qualidade do atendimento médico prestado. Constata-se que a especialidade de cardiologia é hoje um dos grandes problemas assistenciais do SUS – na SMS de Avaré -, com grande demanda reprimida.

Pode-se observar que as dificuldades de acesso do usuário, tais como: o tempo de espera para conseguir uma consulta médica, até mesmo os que estão em tratamento não conseguiram realizar o exame solicitado. Acredita-se que a capacidade resolutiva da atenção secundária do município está comprometida, pois existe uma demanda reprimida tanto para os que buscam a inclusão no serviço, e dos que já estão inclusos no serviço de cardiologia.

Embora os usuários estejam satisfeitos com o agendamento e com atendimento médico prestado, a maior dificuldade encontrada está vinculada a questão da demora tanto para a realização da consulta com o cardiologista quanto para a realização dos exames e dificuldades relacionadas ao acesso. Essa demora em conseguir realizar os exames, pode agravar o estado de saúde dos usuários, pois os mesmos já estão há cerca de 2 anos ou mais em tratamento.

Verifica-se que a Secretaria de Saúde enfrenta dificuldades no diz que respeito à contratação com o serviço privado, sendo a falta de mais médicos cardiologistas e a falta de clínicas especializadas para realização dos exames, o que leva a uma baixa resolutividade da atenção secundária no município de Avaré.

Fica evidente assim, que o serviço precisa ser reorganizado de modo que possa atender com qualidade e rapidez, pois o uso dos serviços de saúde devem impactar positivamente no aumento do conforto e na diminuição do sofrimento.

Referências

1. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*. 2010;19(3). DOI: 10.1590/S0104-12902010000300004
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. *Saúde de A a Z [Internet]*. Brasília (DF): MS; 2020 [acesso em 23 nov 2020]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=O%20Sistema%20Único%20de%20Saúde%20\(SUS\)%20é%20composto%20pelo%20Ministério,ente%20tem%20suas%20co-responsabilidades](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=O%20Sistema%20Único%20de%20Saúde%20(SUS)%20é%20composto%20pelo%20Ministério,ente%20tem%20suas%20co-responsabilidades)
3. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2753-62. DOI: 10.1590/S1413-81232011000600014
4. Degani VC. A Resolutividade dos problemas de saúde: Opinião de usuários em um Unidade Básica de Saúde [Monografia]. Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Rio Grande do Sul; 2002 [acesso em 21 nov 2020]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1862/000310803.pdf>
5. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(4). DOI: 10.1590/S1413-81232007000400014
6. Vicava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde colet*. 2018;23(6). DOI: 10.1590/1413-81232018236.06022018
7. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde colet*. 2018;23(6). DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018
8. Araujo MD. O trabalho em saúde: olhandi e experienciando o SUS no cotidiano. *Trab. Educ. saúde*. 2004;2(2). DOI: 10.1590/S1981-77462004000200014
9. Roese A, Gehardt TE. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2008 [acesso em 24 out 2020];29(2):221-9. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23593?locale-attribute=en>
10. Secretária Municipal da Saúde de Avaré (SMS Avaré). Audiência Pública Municipal do 3º Quadrimestre de 2014 [Internet]. São Paulo (SP): SMS; 2014 [acesso em 24 out 2020]. Disponível em: https://camaraavare.sp.gov.br/view.php?NOT_id=1007
11. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2015;23(4):578-86. DOI: 10.1590/0104-1169.0288.2591
12. Godoy MF, Lucena JM, Miquelin AR, Paiva FF, Oliveira DLQ, Junior JLA, et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2007;88(2). DOI: 10.1590/S0066-782X2007000200011



13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conheça cidades e estados do Brasil [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2010 [acesso em 20 set 2020]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 1102. GM em 12 de junho de 2002 [Internet]. Brasília (DF): MS; 2002 [acesso em 20 set 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html
15. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
16. Junior KMAS, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(3):25662. DOI: 10.1590/S0034-72992005000300001
17. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis.* 2010;20(4). DOI: 10.1590/S0103-73312010000400019
18. Zago LH. O método dialético e análise do real. *Kriterion.* 2013;54(127). DOI: 10.1590/S0100-512X2013000100006
19. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para o acesso oportuno. Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Cien. Saúde Colet.* 2011;16(6):2783-2794. DOI: 10.1590/S1413-81232011000600017
20. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011;32(2). DOI: 10.1590/S1983-14472011000200019
21. Sanchez RM, Cocinelli RM. Conceitos de acesso à saúde [Internet]. 2012 [acesso em 25 out 2020];31(3):260-8. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>
22. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família Panorama, Avaliação e Desafios [Internet]. Brasília (DF): MS; 2005 [acesso em 25 out 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_panorama_avaliacao_desafios.pdf
23. Castro MSN, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da Oferta de Serviços de Saúde no Uso de Internações Hospitalares no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2005;39(2). DOI:10.1590/S0034-89102005000200020
24. Erdman AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(spe). DOI: 10.1590/S0104-11692013000700017
25. Souza FOS. O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife [dissertação]. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública do Repositório Institucional da Fiocruz [Internet]. Pernambuco; 2010 [acesso em 25 out 2020]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13680>
26. Santos MAB, Gerscham S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2004;9(3):795-806. DOI: 10.1590/S1413-81232004000300030
27. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva.* 2003;8(2). DOI: 10.1590/S1413-81232003000200019
28. Rezende CAP, Peixoto MPB. Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil. Brasília: Editora Brasília; 2003

