



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

CAMILA RIBEIRO SILVA

**ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR GESTORES DE
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE PARA GARANTIA DE
ACESSO AOS USUÁRIOS DO SUS A SERVIÇOS DE MÉDIA
COMPLEXIDADE**

CAMILA RIBEIRO SILVA

**ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR GESTORES DE
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE PARA GARANTIA DE
ACESSO AOS USUÁRIOS DO SUS A SERVIÇOS DE MÉDIA
COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Silva, Camila Ribeiro .

Estratégias utilizadas por gestores de municípios de pequeno porte para garantia de acesso aos usuários do SUS a serviços de média complexidade / Camila Ribeiro Silva.

- Londrina, 2016.

164 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Gestão em Saúde - Teses. 2. Administração de Serviços de Saúde - Teses. 3. Assistência à Saúde - Teses. 4. Rede de Atenção à Saúde - Teses. I. Carvalho, Brígida Gimenez. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CAMILA RIBEIRO SILVA

**ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR GESTORES DE MUNICÍPIOS DE
PEQUENO PORTE PARA GARANTIA DE ACESSO AOS USUÁRIOS
DO SUS A SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Regina Lucia Dalla Torre Silva
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 17 de março de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha filha, Ana Luiza.

Todos os dias, todos os esforços, todas as batalhas travadas são para ela, que fez de mim alguém melhor, de melhor coração, que fez minha alma crescer. Meu amor por você transborda, porque é maior que o meu coração!

Lembro-me também, nessa dedicatória, do meu irmão Leandro, que já foi morar com Deus, mais cedo, mas que foi a pessoa que mais me incentivou a seguir essa carreira, tão linda, pela qual me apaixonei! Valeu irmão! Te amo!

AGRADECIMENTOS

Quando somos extremamente abençoados, muito mais do que merecemos, temos muito a agradecer.

Agradeço ao Senhor Deus, fonte de toda a sabedoria e ciência, por me capacitar para empreender essa difícil jornada que foi o Mestrado e por me abençoar, por me dar forças pra continuar quando pensei em desistir, pelo dom da Vida e por colocar pessoas maravilhosas em meu caminho, que me apoiaram tanto.

Aos meus pais, Abilio e Neusa, que me são suporte, porto seguro, norte e exemplo. Por toda a paciência para lidar comigo nos piores dias, por se alegrarem comigo a cada pequena conquista, por cuidar da Ana, e por entenderem cada ausência, cada choro, cada silêncio... Aos meus irmãos, Lucas e Samuel, que são figuras importantíssimas na minha vida, que muitas vezes me representam e me suprem quando meu papel de acadêmica parece superar o papel de mãe. Amo vocês!

Aos meus amigos e amigas, que sempre companheiros, ouviam tão pacientemente, todas as inúmeras vezes que falei desse trabalho, que entenderam todas as vezes que me ausentei e que torcem por mim!

À minha querida orientadora, professora e amiga Brígida, que me escolheu para dividir comigo um pouco da sua tão grande experiência e expertise. Obrigada pela paciência para lidar comigo nos tantos momentos de ansiedade, por acreditar no meu potencial e que a minha pesquisa podia ser feita, por me abrir sua casa e por ser tão boa pra mim. Sem a sua sabedoria esse trabalho não seria tão bom quanto é. Pessoas como você são capazes de mudar o mundo, através da ação do bom exemplo e da transmissão de conhecimento.

Ao Welinton, que me ajudou tanto, enquanto estive em minha vida, que acreditou no meu sonho que me ajudou a conquistá-lo, se esforçou junto comigo e que, tenho certeza, ainda torce por mim.

Aos meus companheiros de grupo de pesquisa, Elisângela, Stela, Carolina, Maria Carolina, Kiko, Fernanda, Sônia, Daiane e Carlos, por todos os momentos de amizade, companheirismo e aprendizado compartilhados. Especialmente ao professor Cordoni e à professora Fátima, que tão generosamente transmitem seu conhecimento, e nos acolhem tão gentilmente, nos tratando como filhos e amigos queridos.

Aos meus amigos da turma de mestrado, por tudo o que vivemos, pelas experiências e por toda a superação que vivemos juntos, especialmente à Agnes, querida amiga que ganhei

da vida. Agradeço também à Marcelly, Flávia e Gisele, amigas que me abriram suas casas durante todo o período do Mestrado, para me acolher e facilitar a vida!

Agradeço à minha banca, Profa. Regina Dalla Torre e ao Prof. Luiz Cordoni Jr., pela grande contribuição e pelo carinho que tiveram comigo ao avaliar meu trabalho.

Agradeço também a todos os queridos professores que nos ajudaram tanto nessa intensa caminhada, por todo o ensino e incentivo. Especialmente ao professor Alberto, que em um dia crucial me ouviu, quando quis desistir, e tão paciente e sabiamente, me incentivou a continuar.

Agradeço também a todos os participantes da pesquisa, que me forneceram informações preciosas, e que me auxiliaram a compreender esse processo de gestão dos serviços de saúde, tão inquietante para mim.

Lembro me aqui também dos meus colegas de trabalho, pelo companheirismo, compreensão e incentivo. Aos meus alunos que me alegam e ensinam tanto! Muito obrigada!

É tanto a agradecer, são tantas lembranças, tantas pessoas maravilhosas que estão ao meu redor. É impossível não me emocionar nesse momento. É impossível impedir que o coração se inunde de gratidão e que deseje todo esse imenso bem de volta, a todos, que direta ou indiretamente participaram dessa caminhada comigo.

Vocês foram incríveis!

SILVA, Camila Ribeiro. **Estratégias utilizadas por gestores de Municípios de Pequeno Porte para garantia de acesso aos usuários do SUS a serviços de Média Complexidade.** 2016. 164f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

A organização do sistema de saúde de saúde no Brasil sofreu modificações ao longo dos anos, abrangendo todos os cidadãos a partir da Constituição Federal de 1988. A descentralização do Sistema a nível municipal foi baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. As ações e procedimentos se dispuseram nos blocos de Atenção Básica (AB) e o de Média e Alta Complexidade (MAC). A municipalização do Sistema, tendo a Atenção Básica como modelo de atenção não foi acompanhada de investimentos proporcionais na organização dos demais níveis de atenção e nem na articulação entre eles. O contexto do financiamento em saúde demonstra grande peso sobre os municípios, que acabam financiando ações e serviços em saúde além da AB, sobretudo nos municípios de pequeno porte (MPP), que em sua maioria não conseguem arrecadar o suficiente para arcar com os procedimentos da AB, nem com os de MAC, para os quais acabam por ter que garantir acesso aos usuários. Os municípios pequenos ficam na dependência de serviços localizados em municípios maiores e faz com que seus gestores tenham que articular diversas estratégias para a garantia de acesso aos serviços de MAC. O Sistema de saúde brasileiro encontra-se fragmentado e essa fragmentação fica mais evidente em municípios de pequeno porte. O estudo objetivou analisar as estratégias dos municípios de pequeno porte para a garantia de acesso a serviços de média complexidade, por meio da metodologia de estudo de caso único, com várias unidades de análise. O caso estudado foi o da 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, tendo seus 18 municípios de pequeno porte como unidade de análise. A população de estudo foi composta pelos gestores e os responsáveis pela regulação de consultas especializadas de cada município e também a Diretora Administrativa do CISNOP (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Estado do Paraná). As especialidades com maior dificuldade de acesso são: Vascular, Proctologia, Geriatria, Endocrinologia, Ortopedia, Neuro-pediatria, Urologia, Reumatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Os municípios foram categorizados em alta, média e baixa dependência do Consórcio, conforme o sucesso de suas estratégias para a garantia de acesso a consultas especializadas. As estratégias levantadas foram organizadas em três categorias: sem custo adicional do município; com custo adicional para o município e com custo para o usuário e vão desde compra de serviços diretamente de prestador particular, a terceirização de serviços e também compra de consultas especializadas de outras regionais. A situação da fragmentação do sistema, no que diz respeito à garantia de acesso a serviços especializados não tem perspectiva de solução a médio prazo, assim, ficando o sucesso para a garantia de acesso aos serviços de média complexidade aos usuários, dependendo da capacidade de gestão e governança dos secretários municipais de saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Administração de Serviços de Saúde, Assistência à Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Sistemas de Saúde.

SILVA, Camila Ribeiro. **Strategies used by administrators of Small Cities to guarantee access to Medium Complexity services by SUS patients.** 2016. 164p. Master's degree paper (Collective Health Master's Degree). Londrina State University, Londrina, 2016.

ABSTRACT

The healthcare system in Brazil underwent several modification throughout the years, covering assistance to all citizens since the 1988 Federal constitution. The system decentralization at a city level was based on the principles of universality, equality and integrality of health care attention. The actions and procedures to this matter were carried out in the Primary Care (PC) and the Medium and High Complexity (MHC). The municipalization of the system, having the primary care as a model of care, was not accompanied by commensurate investments in the organization of other levels of attention and neither the connection between them. The healthcare system became a financial burden to the cities, which end up financing much more than healthcare services that go beyond the PC, mainly in the small cities (SC) that most of the times do not have enough financial resources to deal with medical procedures in PC and MHC, for which they have to provide access to the population. Usually the small cities depend upon services provided by bigger cities and the health managers have to strategize the access to the MHC services. Healthcare system in Brazil is fragmented, and this fragmentation is more evident in small cities. We aimed to analyze the strategies that the small cities rely on so they provide access to the medium complexity services using a unique case study methodology, with a few units analyzed. We studied the 18a Regional de Saúde do Estado do Paraná and the 18 small cities as analysis unit. The study population was composed by managers and those responsible for regulation of specialized consultations in each city and also the Managing Director of CISNOP (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Estado do Paraná). The specialties presenting more difficulties were the following: Vascular, Proctology, Geriatrics, Endocrinology, Orthopedics, Neuro-paediatrics, Urology, Rheumatology, Ophthalmology and Otorhinolaryngology. The cities were categorized as high, medium and low dependency of the Consórcio, according to the success of the strategy used to guarantee access to the specialized consultations. The strategies found were organized into three categories: no additional cost to the city, with cost to the city and with cost to the patient, which range from paying for services provided by private services to the outsourcing services and paying for private specialized consultations in other regionals. According to our studies the problem for the access to the specialized services in public healthcare system in Brazil is far from being solved, thus the access to the medium complexity services depend upon managers and the policies of the secretaries in the healthcare system.

Keywords: Health Managing, Health Managing Services, Health Assistance, Health Assistance Network, Health Systems.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.....	45
Figura 2 –	Classificação das Regiões do Paraná segundo Grupos Socioeconômicos,2013	47
Figura 3 –	Produção Ambulatorial Total, 18ª Regional de Saúde. 2013.....	48
Figura 4 –	Comparativo de Produção Ambulatorial por Prestador, 18ª Regional de Saúde, 2013	49
Figura 5 –	Situação da oferta de consultas especializadas, Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015	60
Figura 6 –	Especialidades com maior dificuldade de acesso segundo a classificação apontada pelas equipes de gestão de Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015	62
Figura 7 –	Diagrama das estratégias de garantia de acesso a Consultas Especializadas para os Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015	74
Figura 8 –	Critérios utilizados, segundo o número de municípios, para garantia de acesso aos serviços de forma rápida, Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2013.....	49
Tabela 2 –	Total de Consultas Especializadas ofertadas por habitante/ano pelo CISNOP aos Municípios de Pequeno Porte da 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015.....	53
Tabela 3 -	Classificação segundo a dependência do CISNOP; População; Produção Ambulatorial; Gastos MAC; Especialidades; Garantia de Acesso a Especialidades, MPP 18ª Regional de Saúde, 2015	57
Tabela 4 -	Caracterização das Especialidades conforme a indicação das Equipes Gestoras, segundo o número de Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Paraná, 2015.....	58
Tabela 5 -	Gasto Total em Saúde (GTS) (em reais), GTS Per Capita (em reais), Despesa com Recursos Próprios (DRP) (em reais), DRP Per Capita (em reais), %DRP Municípios, Gastos EC 29, Capacidade Instalada e número de habitantes, MPP, segundo o grau de dependência do CISNOP, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015	64
APÊNDICE 2	114
Tabela 6 -	Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Ribeirão do Pinhal, 2013.....	115
Tabela 7 -	Gasto Mensal (media) com serviços de Média Complexidade, Ribeirão do Pinhal, 2015.....	116
Tabela 8 -	Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Abatiá, 2013	117
Tabela 9 –	Gasto Mensal (media) com serviços de Média Complexidade, Abatiá, 2015.....	118
Tabela 10 -	Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Nova Fátima, 2013.....	120
Tabela 11 -	Gasto Mensal (média) com serviços de Média e Alta Complexidade, Nova Fátima, 2015.....	121

Tabela 12 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Itambaracá, 2013	122
Tabela 13 - Gasto Mensal (média) com serviços de Média e Alta Complexidade, Itambaracá, 2015	123
Tabela 14 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Santa Amélia, 2013	125
Tabela 15 - Gasto Mensal (média) com serviços de Média e Alta Complexidade, Santa Amélia, 2015	126
Tabela 16 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, São Sebastião da Amoreira, 2013	127
Tabela 17 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, São Sebastião da Amoreira, 2015	128
Tabela 18 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Santo Antonio do Paraíso, 2013	130
Tabela 19 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Santo Antonio do Paraíso, 2015	131
Tabela 20 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Congonhinhas, 2013	133
Tabela 21 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Congonhinhas, 2015	133
Tabela 22 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Nova América da Colina, 2013	137
Tabela 23 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Nova América da Colina, 2015	138
Tabela 24 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Santa Cecília do Pavão, 2013	141
Tabela 25 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Santa Mariana, 2013	143
Tabela 26 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Santa Mariana, 2015	144
Tabela 27 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, São Jerônimo da Serra, 2013	146
Tabela 28 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, São Jerônimo da Serra, 2015	147

Tabela 29 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Sapopema, 2013	149
Tabela 30 - Gasto Mensal (médio) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Sapopema, 2015.....	149
Tabela 31 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Sertaneja, 2013.....	151
Tabela 32 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Urai, 2013.....	154
Tabela 33 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Urai, 2015	155
Tabela 34 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Leópolis, 2015	157
Tabela 35 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Nova Santa Bárbara, 2013	160
Tabela 36 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Media e Alta Complexidade, Nova Santa Bárbara, 2015	160

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Classificação de Municípios por número de habitantes.....	39
Quadro 2 -	Tipo de Informação, fonte de dados e última atualização dos dados de caracterização dos Municípios da Macrorregião Norte do Paraná	43
Quadro 3 -	Classificação das regiões segundo grupos Socioeconômicos, Brasil, 2014.....	46

APÊNDICE 2

Quadro 1 -	Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão, Ribeirão do Pinhal – PR, 2015.....	116
Quadro 2 -	Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Ribeirão do Pinhal, 2015.....	117
Quadro 3 -	Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Abatiá, 2015.....	119
Quadro 4 -	Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Abatiá, 2015	119
Quadro 5 -	Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Nova Fátima 2015.....	121
Quadro 6 -	Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Nova Fátima, 2015	122
Quadro 7 -	Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Itambaracá, 2015.....	124
Quadro 8 -	Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Itambaracá, 2015.....	124
Quadro 9 -	Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Santa Amélia 2015.....	126
Quadro 10 -	Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Santa Amélia, 2015.....	127
Quadro 11 -	Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – São Sebastião da Amoreira, 2015.....	129
Quadro 12 -	Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – São Sebastião da Amoreira, 2015	129

Quadro 13 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Santo Antonio do Paraíso, 2015	131
Quadro 14 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Rancho Alegre, 2015	132
Quadro 15 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Congonhinhas, 2015	134
Quadro 16 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Congonhinhas, 2015	135
Quadro 17 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Rancho Alegre, 2015	136
Quadro 18 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Rancho Alegre, 2015	136
Quadro 19 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Nova América da Colina, 2015.....	138
Quadro 20 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Nova América da Colina, 2015	139
Quadro 21 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Santa Cecília do Pavão, 2015	142
Quadro 22 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Santa Cecília do Pavão, 2015	142
Quadro 23 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Santa Mariana, 2015	144
Quadro 24 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Santa Mariana, 2015	145
Quadro 25 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – São Jerônimo da Serra, 2015	147
Quadro 26 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – são Jerônimo da Serra, 2015	148
Quadro 27 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Sapopema, 2015.....	150
Quadro 28 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Sapopema, 2015.....	150
Quadro 29 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Sertaneja, 2015.....	152

Quadro 30 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Sertaneja, 2015.....	153
Quadro 31 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Urai, 2015	155
Quadro 32 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas –Urai, 2015.....	156
Quadro 33 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Leópolis, 2015	157
Quadro 34 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas - Leópolis, 2015.....	158
Quadro 35 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Nova Santa Bárbara, 2015	161
Quadro 36 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Nova Santa Bárbara, 2015	161

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1	Descentralização e Regionalização.....	28
2.2	Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde.....	30
2.3	Financiamento em Saúde.....	33
3.	OBJETIVOS	38
3.1	Objetivo Geral.....	38
3.2	Objetivos específicos.....	38
4.	MATERIAL E MÉTODOS	39
4.1	Delineamento.....	39
4.2	População de estudo, local, período.....	39
4.3	Etapas para a elaboração do delineamento da pesquisa.....	40
4.4	Aspectos éticos.....	44
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1	Caracterização Socioeconômica e Demográfica.....	45
5.1.1	Oferta de serviços de Média Complexidade.....	52
5.1.2	Caracterização dos Municípios de Pequeno Porte, situação da oferta de serviços de Média Complexidade e Estratégias utilizadas para a garantia de acesso aos serviços pelo SUS.....	55
5.2	Categorização das Especialidades segundo a oferta e as estratégias para garantia de Acesso.....	58
5.2.1	Especialidades com maior dificuldade de acesso.....	61
5.3	Descrição das Estratégias para a garantia de acesso.....	73
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
	APÊNDICE 1	96
	APÊNDICE 2	114
	ANEXO	163

1. INTRODUÇÃO

A equidade e a universalização são princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) que não estavam presentes no arcabouço jurídico do sistema de saúde brasileiro antes de sua criação. Até a Reforma Sanitária, somente a população vinculada de alguma forma ao sistema previdenciário e as pessoas que podiam pagar particularmente tinham acesso aos serviços de saúde. A necessidade de mudança do Sistema foi amplamente discutida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e as propostas de um novo sistema foram incorporadas ao texto da Constituição Federal de 1988. A partir dali, pessoas que antes não tinham acesso aos serviços de saúde passaram a ter, pois a saúde se tornou direito de todo cidadão e dever do Estado.

Esta 8ª Conferência Nacional de Saúde tende, pois, tornar-se um marco histórico. Ela, creio, será o divisor de águas entre a precariedade da assistência ou quase completa desassistência, e uma nova situação, já atingida pela maioria dos países de nível de desenvolvimento econômico equivalente ao nosso, onde um sistema de saúde de abrangência universal, sem discriminantes, acabara reconhecendo à cidadania brasileira, também, o direito inalienável à saúde, um direito fundamental da pessoa humana [*Discurso do Ministro do Estado da Previdência e Assistência Social, VIII CNS, março de 1986 (BRASIL, 1987 p. 19)*].

O objetivo da Reforma Sanitária era romper com o modelo de atenção vigente, criando um Sistema de Saúde Único e que atendesse a todos, de acordo com suas necessidades, integralmente, de forma regionalizada, com hierarquização entre os níveis, contando com o controle social e a participação da população (PAIM, 2007).

O SUS criado pela Constituição, regulamentado pelas Leis Orgânicas, nº 8080/90 e 8142/90, norteado pelos princípios de integralidade, igualdade, universalidade visava diminuir as desigualdades existentes na assistência à saúde, incluindo toda a população no Sistema, de forma gratuita, e não apenas aqueles que integravam o mercado de trabalho (BRITO, *et al.*, 2011).

A Lei 8080 de 1990 detalhou a descentralização como princípio organizativo do Sistema e previu que este processo aconteceria de forma político-administrativa. A estratégia proposta para a descentralização foi a municipalização. O conceito pretendia a unificação do comando do SUS no Ministério da Saúde, nos Estados e nas Secretarias de Saúde dos municípios, desvinculando-o da Previdência Social (BRASIL, 1990a). Então os municípios tornaram-se responsáveis por garantir acesso aos serviços de saúde dos cidadãos de seus territórios (DOMINGUEZ, 2014).

A Lei 8142 de 1990 dispôs, além da participação popular no Sistema de Saúde, sobre os critérios para transferências intergovernamentais de recursos. Para que os municípios, estados e o distrito federal recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde, segundo a lei, é necessário que existam: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, contrapartida de recursos de saúde dentro dos orçamentos e comissão para elaboração de plano de carreira, cargos e salários – tanto para as instâncias municipais quanto para as estaduais. A legislação preconiza ainda que os recursos para ações e serviços de saúde se destinem a investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde (BRASIL, 1990b).

A proposta de organização da atenção no SUS, de forma descentralizada, foi baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios, ao longo dos anos, estabeleceu-se que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à Atenção Básica (AB), e o outro, que contemplasse as ações de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC). Desta forma, para a operação e o controle do sistema, foram definidos sistemas de informação, de pagamento, e de avaliação e regulação (BRASIL, 2007).

Em relação à AB, as ideias iniciais sobre sua organização nos remete à Declaração de Alma Ata, de 1978, que conceituou os Cuidados Primários (Atenção Primária) em Saúde como sendo:

“(…) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”.
(*Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, ALMA-ATA, 1978, p. 1-2)

A Atenção Primária possui os seguintes atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (IBAÑEZ, 2006; LAVRAS, 2011; CECÍLIO *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como sinônimos, e neste estudo será adotado o termo AB por esse ser o termo utilizado pelo Ministério da Saúde (MS).

A Atenção Básica foi eleita como Política Nacional em 2006 (BRASIL, 2006a), e atualmente está assim definida:

“(...) conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (...) Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012a, p. 18).

Em relação ao financiamento, a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, regulamentada pela Lei complementar 141/2012, normatiza as receitas e os gastos em saúde, e determina que os Governos Municipais, Estaduais e Federal se tornem co-financiadores do Sistema.

Esta legislação determina que o financiamento do SUS seja composto da seguinte forma: 12% das receitas estaduais, 15% das receitas municipais, e a participação da União é corrigida a cada ano pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior (BRASIL, 2012b).

Por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB), foram desenvolvidas as ações para a consolidação da descentralização do SUS. A NOB 93 dispôs sobre a articulação e mobilização municipal como estratégia de descentralização. A NOB 96 teve o objetivo de consolidar a gestão municipal e reafirmar a rede de serviços de acordo com a Constituição de 1988 (DOMINGUEZ, 2014). Esta NOB habilitava a gestão municipal em duas modalidades: gestão plena da Atenção Básica e gestão plena do Sistema. Ao final do ano 2000, a habilitação das condições previstas pelas NOB 96 atingia aproximadamente 99% do total dos municípios do país (ANDRADE, 2001).

Devido aos problemas de inter-relação e a falta de garantia de acesso entre os sistemas municipais e estaduais de saúde, foi publicada em 2001 e republicada em 2002 a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2002), com a intenção de avançar na consolidação do SUS com base, principalmente no aprimoramento da regionalização

do sistema e em mecanismos de regulação do acesso (CARVALHO, MARTIN e CORDONI, JR, 2001).

Por meio da NOAS/SUS de 2002, foi criada terminologia específica para os níveis de atenção, com o objetivo de se caracterizar uma concepção hierarquizada da atenção em saúde. Assim, se estabeleceu a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde em três níveis, que aumentam progressivamente a densidade tecnológica: Atenção Básica (AB), Média Complexidade (MC) e Alta Complexidade (AC) (SPEDO, PINTO E TANAKA, 2010).

Os critérios rígidos de habilitação da gestão municipal e a necessidade de mudanças na dinâmica das formas de gestão do Sistema impulsionaram a construção de uma nova proposta que considerava a adesão e compromisso da gestão com os resultados, consolidados na proposta denominada Pacto pela Saúde (DOBASHI, 2005).

Em 2006, por meio do Pacto pela Saúde – Portaria MS nº399/2006 – o Ministério da Saúde reafirmou o papel estratégico da Atenção Básica, enquanto porta de entrada preferencial e eixo orientador para estruturação dos sistemas locais de saúde, visando a implementação efetiva do SUS – consolidando e qualificando a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção (BRASIL, 2006b).

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu na década de 1990, inspirado em experiências de países como Cuba, Inglaterra e Canadá, mediante a necessidade de reorientação do modelo de assistência à saúde. Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A estratégia, baseada na Atenção Básica como modelo de atenção, surgiu como resposta à crise do modelo médico-clínico hegemônico, propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país pautava-se na assistência individual, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social (ROSA e LABATE, 2005; OGATA, MACHADO e CATOIA, 2009).

Em 2009, a Estratégia Saúde da Família estava presente em 94% dos municípios brasileiros, com cobertura de 51% da população (CECÍLIO, *et al.* 2012). Com o aumento da cobertura, a oferta de serviços básicos de saúde também aumentou, assim como a necessidade de diagnóstico e tratamento para os agravos, havendo maior necessidade de serviços de Média e Alta Complexidade (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde conceituou Média Complexidade como um 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 terapêutico (BRASIL, 2004a, p.15).

Os procedimentos da MC, em sua maioria, subsidiam o esclarecimento do diagnóstico das doenças, o que justifica seu caráter estratégico tanto para aumentar a resolutividade da AB, quanto para viabilizar a universalidade e integralidade do SUS (GOTTEMS *et al.*, 2008).

A AC é definida como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta densidade tecnológica e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde – atenção básica e de média complexidade (BRASIL, 2007).

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, e causam impacto financeiro importante no orçamento em saúde, como acontece nos casos de procedimentos como: diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (BRASIL, 2009).

Assim como os procedimentos de alta complexidade, os serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão (BRASIL, 2007).

O Projeto de Lei Orçamentária Anual destinou ao Ministério da Saúde, no ano de 2014, 100,3 bilhões de reais. A Dotação Orçamentária das ações e serviços de saúde corresponde a 85,38% do volume de recursos, totalizando 85,64 bilhões de reais. Dentre estas ações está a Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. A este bloco de ações foram previstos R\$ 36,30 bilhões (42,4%) ao passo que, para a Atenção Básica foram previstos R\$ 16,46 bilhões (19,2%). O restante, 14,61%, equivalente a 14,66 bilhões de reais eram destinados a programas como: Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde; Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas, Saneamento Básico, Operações Especiais (encargos e amortizações da dívida externa, cumprimento de sentenças judiciais e gestão da participação em organismos internacionais); Segurança Alimentar e Nutricional e Programa de Resíduos Sólidos. (BRASIL, 2013a).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em nota técnica publicada em 2013, que analisou o Projeto de Lei Orçamentária Anual para o ano de

2014, afirma que seria necessário que o Ministério ampliasse os recursos para as ações de Média e Alta Complexidade, Atenção Básica, aquisição de medicamentos e Vigilância Sanitária. Especificamente ao que se refere a MC e AC o valor dos recursos poderia acarretar dificuldades para a oferta e ampliação dos atendimentos, não permitindo a implantação de novos serviços necessários à população (BRASIL, 2013b).

Segundo o CONASS, em grande parte do país, os procedimentos de Média e Alta Complexidade foram historicamente contratados/conveniados junto a serviços de saúde privados com fins lucrativos, filantrópicos ou universitários. Aliado a isso a disposição de recursos, equipamentos e tecnologia em saúde não é homogênea em todas as regiões, caracterizando desigualdades regionais, de difícil solução para o SUS (BRASIL, 2007).

O movimento de descentralização dos serviços, com ênfase na municipalização e tendo a AB como porta de entrada do Sistema, não foi acompanhado de investimentos proporcionais na organização dos demais níveis de atenção – Média e Alta Complexidade – e nem na articulação entre eles, com intuito de garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da atenção em saúde (SPEDO, PINTO E TANAKA, 2010).

Certamente algumas áreas de alta complexidade, com o aumento da oferta de serviços da AB, tiveram crescimento maior em seus gastos justamente porque eram mais desassistidas antes da implantação do SUS e, com o aumento de cobertura em atenção básica, passaram a ser mais necessárias (BRASIL, 2007).

Em 2014, o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Antonio Carlos Figueiredo Nardi afirmou que “a descentralização colocou sobre os municípios um peso muito grande”. A média de investimento em saúde nos municípios tem sido de 22%, podendo chegar a 30%, embora a lei estabeleça a aplicação mínima de 15% (DOMINGUEZ, 2014).

Trevisan e Junqueira (2007) afirmam que mais de 40% dos 5.506 municípios brasileiros têm menos de 10 mil habitantes e mais de 50% desses municípios não arrecada o suficiente para quitar as despesas do poder Executivo e Legislativo locais. Em mais de dois mil dos municípios brasileiros não se arrecada impostos federais por diferentes razões, inclusive pela inexistência de fator gerador. Além disso, nesses municípios a atenção à saúde é desenvolvida essencialmente por serviços da AB. Para proporcionar o acesso da população aos serviços de MC e AC devem ser viabilizadas pactuações com outros entes (municípios e/ou estado), o que nem sempre é bem sucedido.

Os serviços entendidos como os de Média e Alta Complexidade, de referência regional ou estadual, estão a princípio, na abrangência da esfera estadual. Entretanto, desde que pactuado, a gerência e gestão do serviço de referência em média e alta complexidade podem ser repassadas ao município em que se localizam ou a consórcios municipais. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam (BRASIL, 2007).

Pimenta (2005) afirma que as prefeituras dos municípios de pequeno porte não possuem recursos financeiros ou tecnológicos para oferecer atenção de MC e AC para os usuários. A Tabela de Procedimentos do SUS, que remunera procedimentos ambulatoriais e hospitalares de MC, não sofreu reajuste durante um longo período, e os aumentos dados não foram suficientes para recompor a Tabela. Com isso, há um estrangulamento na oferta de procedimentos de média complexidade, comprometendo o acesso a esse nível de atenção.

Além disso, existe uma diferença na questão do financiamento das ações de Atenção Básica em relação ao Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade. Enquanto a Atenção Básica possui duas fontes específicas de financiamento, que custeiam as ações de saúde por meio de pagamento per capita pelos serviços, o Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo, além do PAB variável (decorrente da adesão dos municípios para a implantação de programas específicos); as ações de Média e Alta Complexidade dependem das Programações Pactuadas Integradas que custeiam programas e serviços através de incentivos permanentes, não havendo um componente específico de financiamento (MATO GROSSO, 2009).

Todos os municípios brasileiros estruturaram os serviços da Atenção Básica e na maioria deles, principalmente os pequenos municípios, ficam na dependência de serviços localizados em municípios maiores, no que diz respeito a procedimentos de média e alta complexidade.

Uma alternativa a esse cenário, que tem sido defendida entre os estudiosos da Saúde Coletiva, são as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2010). “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2011, p. 3)

O Decreto nº 7508 de 2011, que regulamenta a Lei 8080 de 1990, trata da articulação dos municípios em Regiões de Saúde, que são instituídas pelo Estado, caracterizadas por grupos de municípios limítrofes, localizados em espaços geográficos

contínuos, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para tanto, institui o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), definido como:

Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 01).

As RAS são compreendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011; CECÍLIO, *et al.*, 2012).

A literatura aborda as Redes de Atenção como organizações sistêmicas que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos, manifestados no decorrer do ciclo de vida, de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado. Essas ações são realizadas por meio de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua à população – no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (MENDES, 2007).

Todavia, observa-se uma fragmentação na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos avanços dos últimos anos, a atenção básica à saúde ainda enfrenta dificuldades para se constituir como a porta preferencial do Sistema e se tornar resolutiva, abrangente e coordenadora do cuidado, voltada não só para os agravos agudos, mas também para as condições crônicas de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2009, CECÍLIO, *et al.*, 2012).

O SUS encontra-se em face de um duplo desafio: abrir as portas do sistema para garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde e, ao mesmo tempo, implantar redes de atenção à saúde que possam dar conta das necessidades de

atendimento. A superação desse desafio é dificultada pelas desigualdades de acesso significativas entre as diferentes regiões do país (BRASIL, 2007).

Conforme afirma Lavras (2011), o SUS apresenta-se hoje como um sistema fragmentado, em que há dificuldade para o acesso aos serviços. Isso gera descontinuidade assistencial, comprometendo a integralidade da atenção ofertada, pois não responde adequadamente às necessidades de saúde da população.

Cecílio, *et al.* (2012), afirmam que, apesar de todos os esforços, a promessa colocada na Atenção Básica de alcançar uma configuração mais racional, integrada e equitativa dos sistemas de saúde, funcionando como sua porta de entrada, ou, pelo menos, porta preferencial para o conjunto dos serviços de saúde, parece nunca ter sido alcançada plenamente.

Observa-se que existe uma dificuldade em se integrar totalmente os níveis de atenção e também de se realizar essa integração de forma homogênea em todas as regiões do país, o que caracteriza fragilidade e fragmentação do Sistema. Assim, o acesso aos serviços da MC e AC é um desafio para todos os gestores do SUS e que, assume diferentes dimensões, na dependência das características de cada estado, região, ou município.

Associado a isto, o modelo biomédico hegemônico, ainda vigente no país, dificulta ainda mais efetividade da Atenção Básica como porta de entrada do Sistema. Sobre esse tema Luis Eugênio Portela – quando presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) afirmou que:

[...] Uma dificuldade maior ao alcance da integralidade se refere à hegemonia do modelo biomédico de saúde que privilegia o biologismo, o individualismo, o curativismo, o hospitalocentrismo e o consumismo de bens e serviços. Esse modelo está culturalmente entranhado nas práticas dos profissionais e, de certo modo, no próprio senso comum, e é fortemente alimentado por um padrão tecnológico imposto pelos grandes conglomerados industriais-financeiros que dominam a produção e a distribuição dos insumos de saúde [*Região e Redes (Entrevistas)*, CARVALHO, 2014, p.1].

Outro fator que contribui para a persistência dos desafios atuais de mudança do modelo e da atenção integral é o modelo tradicional de formação em Medicina presente ainda em muitas escolas, baseado em uma visão cartesiana de divisão corpo e mente, com conhecimento médico fragmentado em disciplinas, sem considerar os aspectos biopsicossociais e ambientais do processo saúde e doença (Modelo Flexneriano). Isso influencia a prática da medicina. Além disso, tem se questionado o inadequado preparo

dos médicos para o exercício das suas funções profissionais e o alto custo dos serviços de saúde fundamentados em especializações, e a incapacidade de se atender às reais necessidades da população (ARAÚJO, MIRANDA e BRASIL, 2007).

Esse modelo fragmentado e altamente especializado tem sido também incorporado à forma com que o a população se relaciona com o sistema de saúde para a satisfação de suas demandas. Existe uma busca por procedimentos especializados, porque o usuário não está habituado ao uso de tecnologias leves e leves-duras na produção de seu cuidado, pressionando pelo uso de tecnologias duras para a resolução de seus problemas de saúde. Isso demonstra resquícios do modelo-assistencial privatista ainda vigente no país (CARVALHO, *et al.*, 2016 – no prelo).

Neste sentido, como o setor privado é o que prioritariamente realiza os procedimentos mais complexos em relação a exames e procedimentos diagnósticos, ficando o Sistema de Saúde na dependência da iniciativa privada, que atua como fonte suplementar de serviços (REGIÃO E REDES, 2013).

As principais dificuldades para concretização da decisão de priorizar a atenção primária, segundo análise dos gestores estaduais de saúde são: fragmentação entre níveis de assistência à saúde; priorização da alta complexidade em detrimento da atenção básica; dissociação entre a equipe de planejamento e as equipes da atenção à saúde; fragmentação dos programas e duplicidade de ações; demanda da população por serviços de urgência e emergência; a dificuldade na compreensão do conceito de Atenção Primária à Saúde e a não incorporação do mesmo na prática profissional e ainda existência de uma política ineficiente de recursos humanos (BRASIL, 2004b).

A AB como lócus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, tem papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para que isso se efetive, a AB necessita ser resolutiva. Essa resolutividade depende da capacidade clínica de cuidado das equipes e da incorporação de procedimentos e tecnologias diagnósticas e terapêuticas, e também da articulação com outros níveis de atenção. Entretanto, existe dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais especializados, pois esse componente é marcado por muitos gargalos. Segundo o Ministério da Saúde, essa dificuldade de acesso a serviços especializados e de articulação entre a atenção básica e a especializada ocorre pelo modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares (BRASIL, 2015).

Mendes (2010) afirma que no Brasil, são identificados os seguintes desafios em relação à coordenação entre a atenção primária à saúde e outros níveis assistenciais: dificuldades em realizar referência e contra-referência de pacientes, inexistência de sistemas logísticos que resultam em falta de mecanismos de regulação como marcação de consultas e exames e pouca comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos, no que diz respeito à conduta e aos registros clínicos dos pacientes. Segundo Pimenta (2005, p. 1) há “um estrangulamento no acesso aos procedimentos de média complexidade. Isso afeta todos os municípios”. Assim, conforme afirmam Spedo, Pinto e Tanaka (2010), a dificuldade de acesso aos serviços especializados, ou à média complexidade, representa um dos principais entraves para garantir a integralidade da atenção.

Dias (2012) afirma que desafios e iniciativas relacionados à coordenação do cuidado entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada ainda são pouco descritos na literatura científica brasileira.

Nesse sentido, são escassos os estudos que façam diagnósticos situacionais a respeito do acesso a serviços de média e alta complexidade nos municípios brasileiros. Os estudos realizados na maioria das vezes focam municípios de grande porte, sendo pequeno o número de publicações que tratem dessa temática em municípios de pequeno porte.

Ainda nesses estudos abrangendo grandes metrópoles e aglomerados urbanos, percebe-se que a atenção de média complexidade é o “gargalo do SUS” (Spedo, Pinto e Tanaka, 2010), devido a vários fatores, como a falta de investimentos públicos nesse tipo de serviço, falta de mão-de-obra qualificada dentro do próprio sistema, falta de oferta de serviços e a falta de organização estrutural das redes de atenção à saúde, cuja porta de entrada é a atenção básica.

No caso dos municípios de pequeno porte, essa situação de fragmentação do sistema pode se mostrar ainda maior, pois os recursos desses municípios são menores, em relação aos grandes centros, tanto quando se olha da perspectiva de acesso a recursos tecnológicos, mão de obra qualificada e orçamento/financiamento, quanto da perspectiva do histórico da municipalização dos serviços de saúde e as questões políticas e sociais que envolvem o acesso ao sistema e as diferenças regionais do próprio SUS.

Conhecer o panorama da assistência à saúde em municípios de pequeno porte no que concerne à garantia de acesso aos serviços de média complexidade, no tocante a

consultas especializadas é importante para a proposição de estratégias e estabelecimento de metas para o enfrentamento da questão da garantia de acesso a esses procedimentos. A compreensão desse contexto também auxiliará os gestores, principalmente os estaduais e municipais, na elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), importante instrumento para a organização da gestão nas Regionais de Saúde.

Considerando que os MPP não possuem serviços de Média e Alta Complexidade em seus sistemas municipais de saúde e partindo do pressuposto de que os gestores destas localidades enfrentam dificuldades para garantir acesso aos serviços de média e alta complexidade aos usuários do SUS, as perguntas que nortearam este estudo foram: Que dimensão tem o problema da dificuldade de acesso dos usuários às ações e serviços da média complexidade em MPP da 18ª RS? Quais estratégias os gestores desses MPP utilizam para possibilitar aos usuários do SUS acesso aos serviços de média complexidade?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Descentralização e Regionalização

Segundo Batalha (2012), o modo de construção do SUS, como essencialmente descentralizado, visava assegurar um caráter democrático e permitir melhor controle social. A ideia era que o domínio dos recursos tributários pelos estados e municípios faria com que a parcela da população brasileira alijada dos ganhos do desenvolvimento, no período militar, fosse resgatada socialmente através da expansão das políticas sociais.

As políticas neoliberais que permearam as décadas de 1980 e 1990 fizeram com que posteriormente se discutisse a descentralização como forma de reformular e reajustar as políticas públicas. Segundo Campos (2006), a ideia de descentralização apareceu como forma de devolver ao mercado a responsabilidade pelo atendimento às pessoas e também como uma reação à excessiva centralização, característica do período de Ditadura Militar. O pensamento de esquerda desenvolvimentista da época incluía a descentralização como forma complementar de democratização do país.

A descentralização não se esgota na municipalização, e o processo da regionalização da saúde, vem sendo a algum tempo defendida como diretriz para a distribuição mais racional e equânime dos serviços (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

A regionalização é função primária do estado, e traz recortes regionais para o planejamento da gestão, onde a região de saúde adquire o significado de: base territorial para as redes de atenção, com distintas densidades tecnológicas, ofertas de serviços de saúde e espaços geográficos vinculados à condução política e administrativa do Sistema (LIMA, VIANA e MACHADO, 2014).

As autoras afirmam ainda que a regionalização do sistema de saúde no Brasil é complexa, devido às desigualdades e diversidades regionais, abrangência das atribuições do Estado e o envolvimento de múltiplos agentes na condição da garantia de acesso aos serviços.

No sistema brasileiro, ao contrário do inglês (nacionalizado) e do canadense (provincial), optou-se pela descentralização em nível municipal, delegando aos municípios a responsabilidade pela organização e gestão do sistema de saúde. Como a lógica de mercado à época era não estatizar os serviços privados e filantrópicos, coube

aos municípios a função de realizar contratos e convênios com prestadores autônomos, acompanhando o seu desempenho (CAMPOS, 2006).

A partir da Constituição e das Leis orgânicas da Saúde (8080 e 8142/90) a regulação do processo de descentralização foi feita pelo Ministério da Saúde, por meio de normatização, com a edição de portarias, associadas a mecanismos financeiros, que favoreciam a adesão e implementação das políticas relacionadas a esse processo (LIMA, VIANA e MACHADO, 2014). Por meio da portaria 399/2006, o Ministério da saúde estruturou a descentralização para o nível local, priorizando a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção. Até 2004, o Ministério da Saúde, com exceção de sete complexos hospitalares localizados um no Distrito Federal e outros nas cidades do Rio de Janeiro e de Porto Alegre, passou a estados e municípios a gestão de praticamente toda a rede de serviços do SUS (BRASIL 2006b).

Apesar dessa expansão da oferta de serviços e do pressuposto ganho de autonomia pelos municípios, atualmente pode-se afirmar que existe um descompasso entre os processos de descentralização e regionalização do SUS. A descentralização assumiu um caráter estratégico de intervenção econômica, com o projeto de enxugamento do Estado e estabilidade da economia, e não prioritariamente de garantia de acesso universal às ações de serviços de saúde, com atenção integral ao cidadão, compatível com suas demandas (LIMA, VIANA e MACHADO, 2014). Assim, o processo brasileiro de descentralização é altamente heterogêneo, refletindo as diferentes situações da capacidade de gestão financeira, administrativa e operacional nos territórios.

O sistema federativo brasileiro, no que diz respeito às relações entre estados, municípios, União e Distrito Federal, precisa de “aperfeiçoamentos urgentes”, pois tem alta carga tributária, associada à má qualidade de serviços ofertados à população. Estados e municípios enfrentam dificuldades financeiras e não cumprem satisfatoriamente o papel que deles se esperava à época da Assembleia Nacional Constituinte. As decisões da Constituição de 1988 levaram o Governo Federal a reagir contra a perda de recursos e a promover a descentralização de encargos, ou seja, foram aumentadas as obrigações e atribuições de serviços aos estados e municípios. Os municípios ganharam atribuições, mas sua arrecadação de impostos não cresceu na mesma proporção [*Salvador Werneck, em entrevista à revista Elisa Batalha, Revista RADIS nº116 (2012)*]. Ainda segundo o entrevistado (2012, p. 18)

“[...] o setor público brasileiro foi dotado de um grau de descentralização semelhante ao das economias avançadas, mas nestas o dinheiro dos impostos fica em sua maior parte nas unidades menores do território, enquanto no Brasil a União é a maior arrecadadora”.

Agregado a isso, a regionalização é, em parte, dependente da capacidade de gestão dos municípios. Devido a características como: subfinanciamento, desigualdades regionais no que diz respeito à densidade tecnológica, oferta de serviços e capacidade instalada, esse processo é dificultado, pois esses aspectos interferem na capacidade de governança dos municípios. Isso caracteriza a fragmentação e desorganização dos serviços de saúde, devido à existência de muitos sistemas locais isolados.

A fragmentação do Sistema está sendo combatida por meio de mecanismos jurídicos. Exemplo disso é o Decreto Presidencial nº 7508/2011, que regulamentou a Lei 8080/90, e que reafirma a importância das regiões de saúde (VIANA, 2014). O Decreto estabeleceu instrumentos para a efetivação das Redes, tais como: o mapa sanitário, o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) os Planos de Saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e as Comissões Intergestores Regionais (CIR) (LIMA, VIANA e MACHADO, 2014).

Para a presente pesquisa foi considerado o contexto da gestão descentralizada, a fragmentação do sistema de saúde e as dificuldades de articulação entre os municípios e a regional de saúde para a garantia de serviços de média complexidade.

2.2 Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, e se constituiu como um dos direitos fundamentais de cidadania (JESUS e ASSIS, 2010).

Embora ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à saúde, a maior parte da literatura concorda que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde, mas também a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

O conceito de acesso pode variar ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluem e novas necessidades surgem. Atualmente, o acesso à saúde é cada vez mais

discutido em termos de justiça social e está amparado nos conceitos de equidade, integralidade e universalidade – “tríplice signo da Reforma Sanitária” (CECÍLIO, 2001; SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

O conceito de Universalidade traduz a saúde como um direito garantido por lei, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL 1990a). A integralidade, como princípio do SUS atribui à população o direito de atendimento de forma plena, de acordo com suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas dentro da rede de assistência (CECÍLIO, 2001). Por meio da equidade objetiva-se diminuir as diferenças sociais, proporcionando atendimento desigual para necessidades desiguais, caracterizado como o princípio de justiça social (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

Sanchez e Ciconelli (2012) definem a equidade de duas formas: “a equidade horizontal é definida como tratamento igual para indivíduos iguais. Por outro lado, a equidade vertical se define como tratamento desigual, porém equilibrado, de indivíduos desiguais”. Essa compreensão deve-se ao entendimento de que indivíduos diferentes possuem necessidades diferentes. O conceito de equidade vertical representa melhor o conceito de justiça social.

O presente estudo considerou a forma com que a gestão dos municípios conduz o princípio de equidade vertical, ou seja, a forma com que proporciona diferentes serviços para atendimento de diversos perfis de usuários, dentro da capacidade instalada do sistema e capacidade de articulação para a garantia de acesso a esses serviços.

Além da equidade e da universalidade, considerou-se para a pesquisa o conceito de integralidade.

Segundo Cecílio (2001), a integralidade da atenção perpassa o conceito de necessidade e pode ser representada pela necessidade do usuário de ter acesso a tecnologias duras, leve-duras e leves em diferentes momentos, conforme suas demandas:

Dependendo do momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos sofisticados. Pode haver um momento em que a garantia do consumo de determinadas tecnologias mais “duras” (...) baseadas em procedimentos e consideradas mais “complexas”, produzidas em lugares específicos, que funcionam como referência para um determinado número de serviços seja essencial para se garantir a integralidade da atenção (CECÍLIO, 2001, p.5).

A compreensão de integralidade para esta pesquisa remete a uma segunda dimensão: a da integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde. A integralidade pensada no "macro" (CECILIO, 2001).

No âmbito do planejamento em saúde, Donabedian (citado por Sanchez e Ciconelli, 2012), utiliza o termo acessibilidade em vez de acesso, à luz de dois aspectos: sócio-organizacional (que incluem condição social, cultural, econômica do indivíduo) e geográfico (que considera questões como a distância física entre o usuário e os serviços de saúde). Esse autor argumenta que a palavra acessibilidade tem um significado mais abrangente, pois está mais relacionada à oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população do que a simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço. Assim também se considerou este conceito de acessibilidade para a pesquisa.

Atualmente, as principais características do acesso à saúde são resumidas em quatro dimensões, que podem ser avaliadas por indicadores, que auxiliam na determinação da existência de equidade ou não, no acesso à saúde. São eles:

Disponibilidade: relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados.

Indicadores: tipo de serviço utilizado (hospitalar, médico, odontológico, emergencial, assistência domiciliar), local no qual o cuidado foi dispensado (residência, consultório, clínica, hospital), propósito do cuidado (preventivo, curativo), % da população em risco que visitou ou não um médico em um dado intervalo, número de leitos, equipamentos.

Poder de pagamento: relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos.

Indicadores: renda, fontes de renda, cobertura por seguro saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a saúde.

Informação: grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde.

Indicadores: escolaridade, conhecimento e fontes de informação.

Aceitabilidade: natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais.

Indicadores: crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade relacionada à saúde, confiança no sistema de saúde (SANCHEZ E CECONELLI, 2012, p. 262).

Cada dimensão possui uma tangibilidade diferente, ou seja, tem uma capacidade maior ou menor de ser mensurada ou quantificada por indicadores. Considera-se que a Disponibilidade do serviço seja a mais tangível das quatro dimensões, seguida pela capacidade de pagamento, informação e aceitabilidade, a menos tangível.

Este trabalho analisa o acesso aos serviços de saúde em sua dimensão mais tangível, no que diz respeito à Disponibilidade dos serviços, mais especificamente em relação à quantidade, tipo e abrangência dos serviços prestados.

Garantir acesso é compreendido nesta pesquisa como ação de oportunizar que o usuário adentre o sistema e tenha condições de utilização dos serviços, de acordo com suas demandas, em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos.

A demanda do usuário é a tradução de suas necessidades. É o pedido explícito pelo serviço, é a necessidade modelada pela oferta, ou seja, se o usuário tem a necessidade de um atendimento ele utilizará, para a satisfação de sua necessidade, o serviço disponível para tanto. Essa demanda pode ser por exames, consultas médicas, básicas ou especializadas, atendimento de enfermagem ou visita de agente comunitário de saúde. Entretanto, conforme afirma Cecílio (2001), pode ser a tradução da busca pela resposta para más condições de vida, procura de vínculo com profissional de saúde, ou melhora do seu modo de andar a vida, ou ainda – e não somente – acesso a uma determinada tecnologia em saúde.

Portanto, o estudo considerou acesso à saúde no âmbito do tangível, no que diz respeito à disponibilidade dos serviços. Considerou também o conceito de equidade vertical e integralidade no sentido da macro-política – ou seja, qual a articulação realizada no macro, para que possa satisfazer as necessidades da população, universalmente, por diferentes especialidades, conforme as suas necessidades, partindo da perspectiva do usuário que necessita de atenção especializada, neste caso de consultas médicas realizadas por especialistas.

2.3 Financiamento em Saúde

A capacidade de financiamento do sistema de saúde por parte dos governos é fundamental para a universalidade do acesso aos sistemas e para integralidade da atenção, de acordo com as demandas da população. Estes são princípios do SUS, válidos para todo o país. A capacidade de financiamento depende das condições

institucionais apresentadas pelos entes federativos, e também de suas responsabilidades nas funções de gestão que são previstas na Constituição Federal de 1988 (LIMA, 2009).

A mesma autora afirma que os recursos financeiros têm a capacidade de permitir ou restringir as ações do governo em suas atribuições constitucionais, e que a capacidade de captação e administração das receitas fiscais e de execução dos dispêndios públicos são instrumentos importantes na intervenção e regulação econômica do Estado (LIMA, 2009).

A quantidade insuficiente de recursos financeiros constitui um dos maiores obstáculos para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, evidenciando os limites para garantir a universalidade de acesso aos serviços públicos de saúde (VIANA, 2008).

A relação entre os entes federativos e a distribuição das receitas e das despesas, por nível, em uma federação como a do Brasil, faz com que o tema do financiamento e a provisão dos serviços de saúde para os usuários seja bastante complexa (DAIN, 2009).

O país apresenta grandes desigualdades socioeconômicas e territoriais. Isso dificulta o modelo único de saúde pretendido, pois essas desigualdades impõem desafios para que existam mecanismos de compensação para essas diferenças. Esses desafios se configuram nas condições materiais e financeiras das esferas subnacionais, que se articulam no âmbito fiscal e orçamentário de seus governos. O modelo fiscal brasileiro é federalista, descentralizado, e foi adotado sob os imperativos da política de estabilização econômica e contenção de gastos em saúde. Entretanto, esse modelo não favoreceu a redistribuição de recursos para a redução das desigualdades nas condições de financiamento em saúde dos estados e municípios brasileiros (LIMA, 2009).

Segundo Viana (2008) os critérios das receitas fiscais vinculadas disponíveis para os estados e municípios “não conversam” com os critérios utilizados pelo governo federal para as transferências do SUS. O principal resultado disso, segundo a autora, é que os municípios foram os que mais se beneficiaram do processo de descentralização de recursos; entretanto, as desigualdades entre eles não foram solucionadas, nem por meio das transferências fiscais, nem da vinculação de recursos ou das transferências do SUS. Isso acontece devido à diferença de porte entre os municípios e capacidade de arrecadação e de gestão de suas receitas.

Se estados e, principalmente, os municípios foram beneficiados pela descentralização tributária, dificilmente poderiam dar conta dos compromissos de universalização e integralidade da atenção à saúde, sem a participação efetiva da União nesse processo. Além disso,

mesmo a publicação da emenda constitucional n.º 29 de 2000 (EC 29), ao definir patamares mínimos de despesas em saúde nos orçamentos descentralizados, não resolve o problema das desigualdades na capacidade de financiamento por meio de recursos próprios das instâncias subnacionais (LIMA, 2009, p. 583-84).

Viana (2008) ressalta que a importância das transferências da EC 29/2000 para os municípios são inversamente proporcionais aos portes populacionais, devido ao fato de a arrecadação fiscal dos municípios ser insuficiente, em alguns casos, para que eles possam gerir o próprio sistema, ou seja, nos municípios de menor porte, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) tem maior importância para as despesas em saúde. Por outro lado, a arrecadação própria e as transferências devolutivas/compensatórias (devoluções de uma parcela dos impostos arrecadados para os próprios municípios) são mais importantes nos municípios maiores e nas capitais dos estados. Desta forma, as transferências dos SUS beneficiam as cidades maiores com o repasse de recursos federais para o financiamento da saúde.

As principais fontes de recursos dos municípios para o financiamento das ações e serviços de saúde são oriundas das receitas próprias, dada pela base vinculável, formada pelos impostos diretamente arrecadados e pelas transferências constitucionais e legais, de modo que as transferências SUS desempenham, de modo geral, um papel secundário (VIANA, 2008).

Trevisan e Junqueira (2007) afirmam que com a Constituição Federal de 1988 os municípios receberam de fato poder decisório com a descentralização do Sistema de Saúde, mas que isso não ocorreu com a descentralização dos tributos. Apesar de a autonomia financeira, prevista em Lei (juntamente com a autonomia política e administrativa) ter permitido a implantação de alguns impostos, definição de alíquotas de outros e liberdade significativa para aplicação das rendas municipais, vale salientar que mais da metade dos municípios brasileiros, que possuem menos de 10 mil habitantes – 40% do total de municípios – não arrecada o suficiente para quitar as despesas, e mais de dois mil municípios brasileiros não arrecadam impostos federais por inexistência de fator gerador. Isso interfere na capacidade de gestão descentralizada do próprio sistema.

Historicamente os municípios formataram-se com diferentes realidades, tanto quanto ao porte, capacidade instalada do sistema, produção de bens e serviços, configuração política e cultural. Isso se reflete em grandes desigualdades regionais, e mesmo dentro de determinada região e ainda, diferentes realidades em municípios

próximos. Isso dificulta a gestão do sistema, ao nível macro, porque essas desigualdades ainda não foram superadas, e porque as políticas nacionais de saúde acabam não considerando as diversidades e desigualdades regionais, e é principalmente por meio da implementação de políticas e programas de saúde que os municípios recebem repasses de recursos. Então, os municípios que têm maior capacidade para implementação de políticas e programas – entenda-se os municípios de maior porte – recebem mais repasses governamentais, do que os que não possuem capacidade instalada e têm menor porte populacional.

Viana (2008) aponta que existem diferentes modelos de atenção básica nos municípios, assim como níveis diferentes de eficácia e efetividade em seus sistemas saúde. Isso está relacionado com o padrão de financiamento e gasto com saúde e também com o comprometimento de recursos dos municípios com serviços de média e alta complexidade e o alinhamento político do município com as demais esferas de governo.

Dain (2009) afirma que o modelo de descentralização da saúde ao nível municipal, se reproduz nas relações fiscais entre os entes federativos, e isso trouxe à tona a fragilidade fiscal brasileira. Isso é explicado pela elevação da carga tributária e o contingenciamento de recursos gerados pela arrecadação de impostos para superar os déficits orçamentários em nome do superávit primário. Para a estabilização da economia, o governo priorizou o pagamento de juros da dívida interna e externa e pra isso foram extraídos recursos da receita de contribuições sociais. Assim, na hierarquização dos gastos do governo, a seguridade social, e as despesas com saúde, ocupam patamar secundário em relação ao pagamento de juros e estabilização da economia, que nunca se concretiza.

A forma com que está configurado o financiamento do sistema de saúde acarreta dificuldades para a gestão municipal, devido ao fato de que no âmbito fiscal, a grande parte dos municípios não consegue arrecadar impostos suficientes para dar corpo ao orçamento de saúde, devido ao porte populacional, de forma que necessitaria de que a união e os estados tivessem uma participação mais efetiva nos montantes repassados.

Nos últimos sete anos, as despesas públicas do Governo Federal com saúde cresceram apenas 40,4%, enquanto estados e municípios aumentaram suas despesas públicas com saúde em 49,4% e 71,6%, respectivamente, o que puxa para baixo o crescimento da despesa pública em saúde (CFM, 2015a).

A diminuição da participação do governo federal com as despesas em saúde representa uma estratégia de deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para as esferas subnacionais, que nem sempre têm condições de assumir tais encargos. Isso mostra que a descentralização do sistema de saúde serviu mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas do que de sua expansão, como gostariam seus idealizadores (LIMA, 2009).

O presente estudo considerou o financiamento do sistema de saúde no contexto dos municípios no que concerne à alocação de recursos provenientes dos orçamentos para as ações e serviços de saúde. Também considera a relação entre os gastos totais em saúde com os gastos com recursos próprios dos municípios, e as atribuições de cada esfera de governo no processo de gestão de recursos do Sistema.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar as estratégias utilizadas pelos gestores dos municípios de pequeno porte para proporcionar acesso aos usuários a serviços de média complexidade pelo SUS no contexto da organização da assistência à saúde dos municípios estudados.

3.2 Objetivos específicos:

- Descrever a organização da assistência à saúde nos municípios estudados.
- Identificar áreas/especialidades de maior dificuldade para garantia de acesso;
- Descrever as estratégias utilizadas pelos gestores municipais para proporcionar acesso aos serviços de média complexidade aos usuários do SUS
- Identificar os critérios utilizados pelos gestores para proporcionar acesso aos serviços de forma emergencial.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento:

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, optou-se pelo estudo de caso, caracterizado como uma investigação empírica sobre um fenômeno contemporâneo complexo, em seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2010).

Utilizou-se o Estudo de Caso Único para se pesquisar a 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Para tanto, foram utilizados como unidade de análise os 18 municípios com até 20.000 habitantes, considerados municípios de pequeno porte MPP (BRASIL, 2005a).

Este tipo de estudo permitiu realizar o diagnóstico situacional, em que foi possível identificar a organização dos serviços de cada local, ou seja, as estratégias utilizadas pelos gestores para proporcionar acesso a consultas especializadas. Segundo Santos (2002) o diagnóstico Administrativo/Situacional de Saúde é definido como método para que se identifique e analise uma realidade e suas necessidades, com o objetivo de se elaborar propostas para a organização e reorganização de um serviço.

4.2 População de estudo, local, período:

A 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná abrange 21 municípios e pertence à Macro Região Norte, com sede em Cornélio Procópio. A população total é de 230.949 habitantes, o que representa 2,64% da população do Estado (IBGE, 2015a).

A presente pesquisa abordou como unidades de análise os 18 municípios da 18ª Regional, considerados de pequeno porte. Segundo o a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), são definidos como municípios Pequenos I, localidades com até 20.000 habitantes, conforme Quadro 1 (BRASIL, 2005a). Neste trabalho os municípios Pequenos I são denominados Municípios de Pequeno Porte (MPP).

Quadro 1 - Classificação de Municípios por número de habitantes

Pequenos I	Até 20.000 habitantes.
Pequenos II	De 20.001 a 50.000 habitantes.
Médios	De 50.001 a 100.000 habitantes.
Grandes	De 100.001 a 900.000 habitantes.
Metrópoles	Mais de 900.000 habitantes.

Fonte: Política Nacional de Assistência Social, (BRASIL, 2005a, pág. 18), *(adaptado)*.

A população de estudo foi composta pelos gestores e membros da equipe de gestão responsáveis pela regulação de procedimentos e consultas, nos 18 municípios com até 20.000 habitantes, pertencentes à 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Foram entrevistados 15 secretários municipais de saúde e 11 funcionários das equipes de gestão responsáveis pelo agendamento de procedimentos, consultas e exames dos municípios de pequeno porte.

Os dados primários foram obtidos nas Secretarias de Saúde de cada município, em horário e data pré-agendados, entre os meses de janeiro a abril de 2015.

Após a coleta de dados realizada nos municípios, foi realizada uma entrevista (semi-estruturada), no mês de setembro de 2015, complementar à pesquisa com a diretora administrativa do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP), com o objetivo de esclarecer os critérios utilizados para a distribuição de vagas de consultas especializadas para os municípios e de compreender algumas questões que não foram totalmente esclarecidas nas entrevistas com os gestores e suas equipes.

4.3 Etapas para a elaboração do delineamento da pesquisa

Segundo Gil (2010), embora não exista consenso entre os pesquisadores sobre as etapas do desenvolvimento de Estudos de Caso, alguns passos podem ser seguidos.

Com base, porém, no trabalho de alguns autores que se dedicaram a essa questão, como Robert K. Yin (2001) e Robert E. Stake (2000) (*apud* GIL, 2002) torna-se possível definir um conjunto de etapas que podem ser seguidas na maioria das pesquisas definidas como estudos de caso:

- formulação do problema;
- definição da unidade-caso;
- determinação do número de casos;
- elaboração do protocolo;
- coleta de dados;
- avaliação e análise dos dados; e
- preparação do relatório (GIL, 2002, p. 137).

Portanto, para a condução da pesquisa e também para a elaboração do instrumento de coleta de dados, seguiram-se os passos apontados por Gil (2002), da seguinte forma:

– **Formulação do Problema:** Partiu-se da premissa de que existem dificuldades para a garantia de acesso às consultas especializadas pelo SUS, e que este é um dos grandes entraves para a integralidade da assistência à saúde.

– **Definição da Unidade-Caso:** Foi definida como unidade-caso a 18ª Regional de Saúde, da região Macronorte do Estado do Paraná.

– **Determinação do número de casos:** Partindo da caracterização das Regionais de Saúde pesquisadas pelo grupo de Pesquisa sobre Planejamento e Gestão em Saúde (GESTSUS) (as que compõem a Região Macronorte do Estado do Paraná), determinou-se que a 18ª Regional de Saúde seria o caso estudado. As unidades de análise foram os municípios com até 20.000 habitantes abrangidos pela Regional.

Por meio do caso de cada município pôde-se descrever a organização da assistência à saúde, no que se refere a consultas especializadas nos municípios estudados, identificar áreas/especialidades de maior dificuldade para garantia de acesso, e identificar/analisar estratégias e instrumentos utilizados pelos municípios para proporcionar acesso a consultas especializadas aos usuários, pelo SUS.

– **Elaboração do Protocolo:** Para a elaboração do protocolo foi realizado estudo piloto, em município da 18ª Regional, com um pouco mais de 20.000 habitantes, e, portanto, não integrante da pesquisa, para levantamento de informações sobre o acesso dos usuários do SUS a procedimentos de Média de Alta Complexidade e aproximação da situação da assistência à saúde no município.

Após o levantamento prévio de dados, com o estudo piloto, obteve-se acesso à minuta da minuta do COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública) da 18ª Regional de Saúde, de onde foi possível levantar informações sobre procedimentos ofertados e apropriação de conceitos e termos utilizados pelos gestores para descrever o acesso às especialidades, procedimentos e exames. Faz-se necessário esclarecer que o COAP está em fase de edição até a presente data e não tem prazo previsto para publicação (CORNÉLIO PROCÓPIO, 2014).

Em seguida, foi realizado levantamento de dados sobre procedimentos/consultas ofertados pelo SUS nos municípios desta região, partindo da RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) (BRASIL, 2012c).

Assim, o instrumento de coleta de dados foi elaborado.

- **Coleta de Dados:** A coleta de dados aconteceu em dia e horários pré-agendados com os gestores, no período compreendido entre janeiro e abril de 2015.

O instrumento de coleta de dados consiste em um questionário (Apêndice 1), aplicado pela própria pesquisadora, respondido pelo Secretário Municipal de Saúde de cada município e por funcionários das equipes de gestão responsáveis pela regulação de consultas, procedimentos e exames.

A partir das informações prestadas pela equipe gestora dos municípios a situação da oferta de consultas especializadas foi categorizada no geral, dentro de uma das quatro possibilidades descritas abaixo. A atuação do município, bem como o seu grau de dependência do consórcio é apresentada ao serem descritas as estratégias utilizadas para a garantia de acesso às consultas.

- **Cota Suficiente:** As vagas de consultas ofertadas mensalmente pelo CISNOP são suficientes para suprir a demanda mensal do município.

- **Cota Insuficiente:** As vagas de consultas ofertadas mensalmente pelo CISNOP não são suficientes para suprir a demanda mensal do município e os mesmos atuam para garantir acesso aos usuários.

- **Cota Inexistente:** Não existe oferta de vaga de consulta pelo CISNOP e os municípios atuam para garantir acesso aos usuários.

- **Vazio Assistencial:** Não existe ofertada de vaga de consulta pelo CISNOP e o município não consegue garantir acesso a consultas especializadas dentro de suas estratégias.

Além da coleta de dados para esta caracterização, foram coletados dados primários e secundários para a complementação da caracterização da Regional e dos Municípios.

Os dados primários apontados pelos gestores e suas equipes foram: valores mensais destinados a procedimentos de média e alta complexidade, oferta de serviços de média e alta complexidade e estratégias para garantia de acesso.

Os dados secundários, coletados de bancos de dados e sistemas de informação nacionais, foram: população (estimativa para 2015), produção ambulatorial – sendo subdividida em produção ambulatorial por prestador público e produção ambulatorial por prestador privado – despesa total em saúde pelo SUS, despesa total em saúde por recursos próprios do município e percentual do orçamento municipal gasto em saúde. Estes dados foram obtidos de diferentes fontes, pois não existe fonte única que contemple todos eles. As diferentes fontes dos dados foram atualizadas em anos diferentes, portanto, a apresentação dos resultados contém informações de diferentes

períodos. Como se trata de dados referentes a períodos próximos entre si, o estudo do contexto da Regional não fica prejudicado.

No Quadro 2 são informadas as diferentes fontes de dados utilizadas, bem como suas últimas atualizações:

Quadro 2 - Tipo de Informação, fonte de dados e última atualização dos dados de caracterização dos Municípios da Macrorregião Norte do Paraná.

Informação	Fonte de Dados	Última Atualização
População Estimada por município para 2015	IBGE, 2015	CENSO 2010
Classificação Socioeconômica dos Municípios	VIANA et. al., 2015	2015
Produto Interno Bruto	REGIÃO E REDES, 2013.	2011
Número de Estabelecimentos de Saúde	REGIÃO E REDES, 2013 SESA, 2014	2013 2014
Produção Ambulatorial	REGIÃO E REDES, 2013	2013
Despesa total em Saúde	SIOPS, 2015	2015
Porcentagem Orçamento Municipal Gasto em Saúde	DATASUS, 2014 SIOPS, 2014	2014

Fonte: A própria autora

- **Análise dos dados:** Inicialmente os dados foram organizados individualmente para que se pudesse obter um panorama geral da situação de cada município em particular. Depois, foram computados todos os dados obtidos, de todos os municípios em um banco de dados, para posterior análise. Então, o banco de dados foi transportado para o programa Excel®, onde foram geradas tabelas que apresentam os resultados considerando frequência relativa e absoluta das respostas, bem como, a média ponderal dos resultados analisados.

Esta forma de análise e organização dos dados contribuiu para elucidar a pergunta de pesquisa, contemplando os objetivos gerais e específicos do presente trabalho.

- **Preparação do Relatório:** Os dados obtidos foram analisados de maneira que se pudesse analisar inicialmente a situação da oferta de consultas especializadas em cada município, e desta forma, realizar o diagnóstico situacional da 18ª Regional quanto ao acesso a especialidades a partir da RENASES e do COAP. Também se puderam levantar quais as especialidades de maior dificuldade de acesso, bem como as estratégias utilizadas pelos gestores dos MPP para garantia de acesso a esses serviços para a população.

O relatório de pesquisa consistiu, portanto, na apresentação da situação de cada município especificamente e o contexto geral do acesso a consultas especializadas da 18ª Regional.

4.4 Aspectos éticos

O presente trabalho é uma emenda ao Projeto de Pesquisa intitulado “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária, chamada de projetos 04/2012 - Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde/PPSUS. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, em 14/09/2012, com o parecer nº 146/2012, e é desenvolvido pelo grupo GESTSUS – Municípios de Pequeno Porte, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. A emenda foi autorizada pelo CEP em 25/11/2014, com o parecer nº 884.316.

Além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, o projeto foi apresentado na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), no mês de novembro de 2014. Após conhecerem os objetivos do estudo e a metodologia proposta, houve aprovação dos gestores e realizado agendamento das entrevistas nos municípios.

A realização da entrevista nos municípios foi precedida de explicação sobre os objetivos e características da pesquisa, esclarecimento de dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização Socioeconômica e Demográfica

Neste capítulo são apresentados dados socioeconômicos, demográficos e de produção de serviços de saúde da 18ª Regional de Saúde e dos municípios com até 20.000 habitantes, integrantes da região, que foram objetos de estudo desta pesquisa. Esses dados são apresentados a fim de proporcionar uma melhor compreensão das características econômicas, demográficas, sociais e de oferta de serviços da região estudada, ou seja, do contexto do estudo.

Após essa caracterização será apresentada a situação da oferta das consultas especializadas, as especialidades com maior dificuldade de acesso e os fatores relacionados e as estratégias utilizadas para a garantia de acesso às consultas de Média Complexidade.

A 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná

A 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná abrange 21 municípios, com população estimada para o ano de 2015 de 230.949 habitantes (IBGE, 2015a) (Figura 1):

Figura 1 - 18ª Regional de Saúde do estado do Paraná, 2015.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 2015.

Segundo a Classificação por Grupos Sócio-econômicos do IBGE, a 18ª Regional de Saúde pertence ao Grupo Três: Médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços (REGIÃO e REDES, 2013).

A situação socioeconômica de uma região está relacionada ao grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios pertencentes a ela. As regiões que atingem os maiores valores nesse indicador caracterizam-se por agruparem os municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e dinâmicos economicamente. A oferta e a complexidade dos serviços de saúde por sua vez estão relacionadas à complexidade dos serviços ofertados nas regiões. Maiores valores nesse fator indicam maior oferta e complexidade do sistema de saúde. Desta forma, estar classificada no Grupo Três significa que a região possui médio desenvolvimento e média/alta oferta de serviços, conforme pode ser visualizado no Quadro 3.

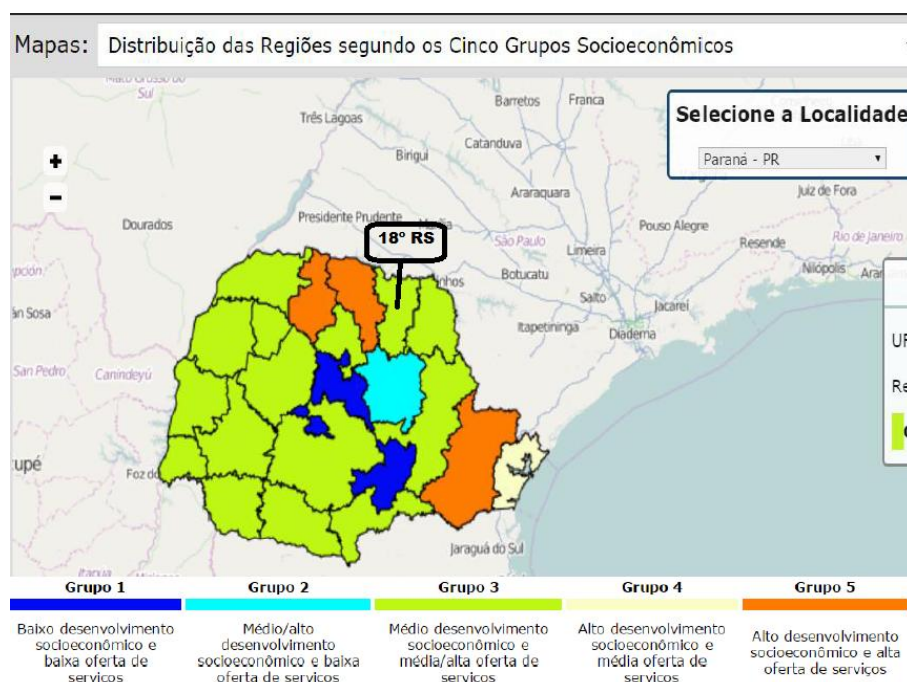
Quadro 3 - Classificação das regiões segundo grupos Socioeconômicos, Brasil, 2014.

Grupo	Definição	Região / População
Grupo 1	Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços.	Inclui 175 regiões, 2.159 municípios e 40,1% da população do Brasil no ano de 2014. Localizados predominantemente nas Regiões Norte e Nordeste.
Grupo 2	Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços.	Inclui 53 regiões, 590 municípios e 12,2% da população do Brasil no ano de 2014 (Norte de Minas e Vale do Ribeira em São Paulo).
Grupo 3	Médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços	Inclui 123 regiões, 1.803 municípios e 28,2% da população do Brasil no ano de 2014. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.
Grupo 4	Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços	Inclui 35 regiões, 388 municípios e 8,0% da população do Brasil no ano de 2014 (predominantemente nas regiões Sudeste e Sul).
Grupo 5	Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços	Inclui 50 regiões, 630 municípios e 11,5% da população do Brasil no ano de 2014 (Predominantemente nas regiões Sudeste e Sul).

Fonte: VIANA, *et. al.*, 2015 (adaptado).

No Estado do Paraná, entre as 22 regiões de saúde, a maioria, e entre elas a 18ª RS, está classificada no grupo três. No Grupo Um, há duas regiões, nos Grupos Dois e Quatro, apenas uma região, e no Grupo Cinco foram classificadas três regiões (Figura 2).

Figura 2 - Classificação das regiões do Paraná segundo Grupos Socioeconômicos, 2013.



Fonte: www.resbr.net.br, 2015 (Reprodução).

Apesar de o Estado do Paraná ser considerado um dos mais desenvolvidos do país, seus municípios apresentam realidades socioeconômicas heterogêneas, proporcionando diferentes níveis de desenvolvimento, sendo necessária a formulação de políticas públicas específicas para cada região (COSTA e SILVEIRA, 2011). Ou seja, mesmo dentro de uma mesma Regional de Saúde, ou nas Macrorregiões, podem existir municípios com diferentes níveis de desenvolvimento.

O Estado do Paraná é o décimo quinto Estado do país em área, o sexto em população e o quinto na economia nacional. O PIB (Produto Interno Bruto), apontado para a 18ª RS no ano de 2011 foi de 3,2 bilhões de reais, o que corresponde a 0,08% do PIB nacional (REGIÃO e REDES, 2013).

O número de estabelecimentos de saúde apontados em 2013 era de 404, sendo 126 administrados diretamente pelo governo, 42 privados sem fins lucrativos e 236 estabelecimentos privados com fins lucrativos (REGIÃO e REDES, 2013).

A sede da Regional está localizada na cidade de Cornélio Procópio e nela estão localizados a maioria dos estabelecimentos saúde (38,75%), dois dos 20 hospitais gerais – sendo a Santa Casa de Cornélio Procópio o maior hospital da região – o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro (CISNOP) e Centro de Especialidades,

inaugurado no ano de 2015. Este município concentra a maioria dos procedimentos de média complexidade realizados na região. Dos estabelecimentos de saúde cadastrados nesta Regional, 181 são vinculados ao Sistema Único de Saúde, o que representa 46,77% do total de estabelecimentos (CORNÉLIO PROCÓPIO, 2014).

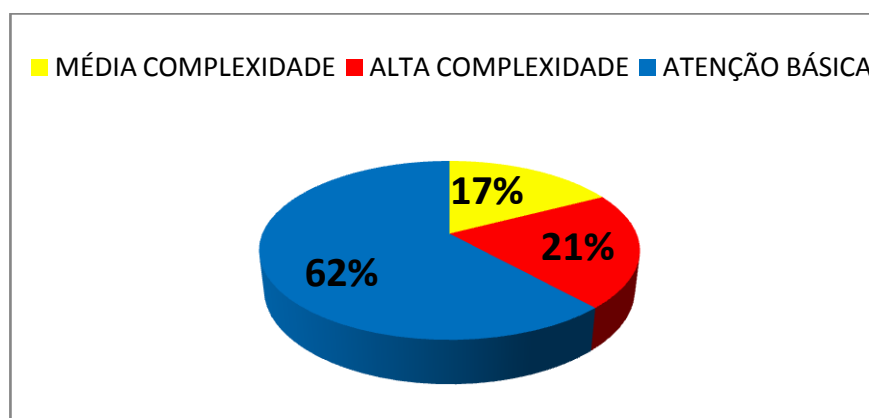
Em relação ao processo de regionalização do Sistema de Saúde, o Paraná encontra-se classificado com Institucionalidade Avançada, juntamente com os estados de São Paulo, Minas Gerais, Sergipe, Ceará e Mato-Grosso (LIMA, VIANA e MACHADO, 2014). Segundo as autoras, institucionalidade de uma região é correspondente à existência de recursos financeiros, incentivos, normas e construções cognitivas que integram o processo de regionalização.

Esse conceito está relacionado ao conceito de governança, que é a capacidade dos atores do estado “construírem um quadro institucional estável capaz de administrar conflitos e favorecer relações cooperativas, sendo possível estabelecer uma direção voltada para a consecução de objetivos e metas acordadas entre eles” (LIMA, VIANA e MACHADO, 2014, p. 34).

Assim, o estado do Paraná demonstra mais maturidade no processo de regionalização, associado ao quadro institucional de integração estável entre os atores estatais.

Em relação à produção de procedimentos ambulatoriais, o total de procedimentos realizados pela 18ª RS em 2013 foi de 6.220.097. A Produção Ambulatorial de Média Complexidade foi de 1.076.613 (17,3%), e a de Alta Complexidade foi de 1.304.972 (20,9%), sendo os 61,7% dos procedimentos restantes da Atenção Básica (Figura 3).

Figura 3 - Produção Ambulatorial Total, 18ª Regional de Saúde, 2013.



Fonte: Região e Redes, 2013

A divisão dos procedimentos realizados pelo SUS, em relação aos prestadores públicos e privados de média e alta complexidade está apresentada na Tabela 1:

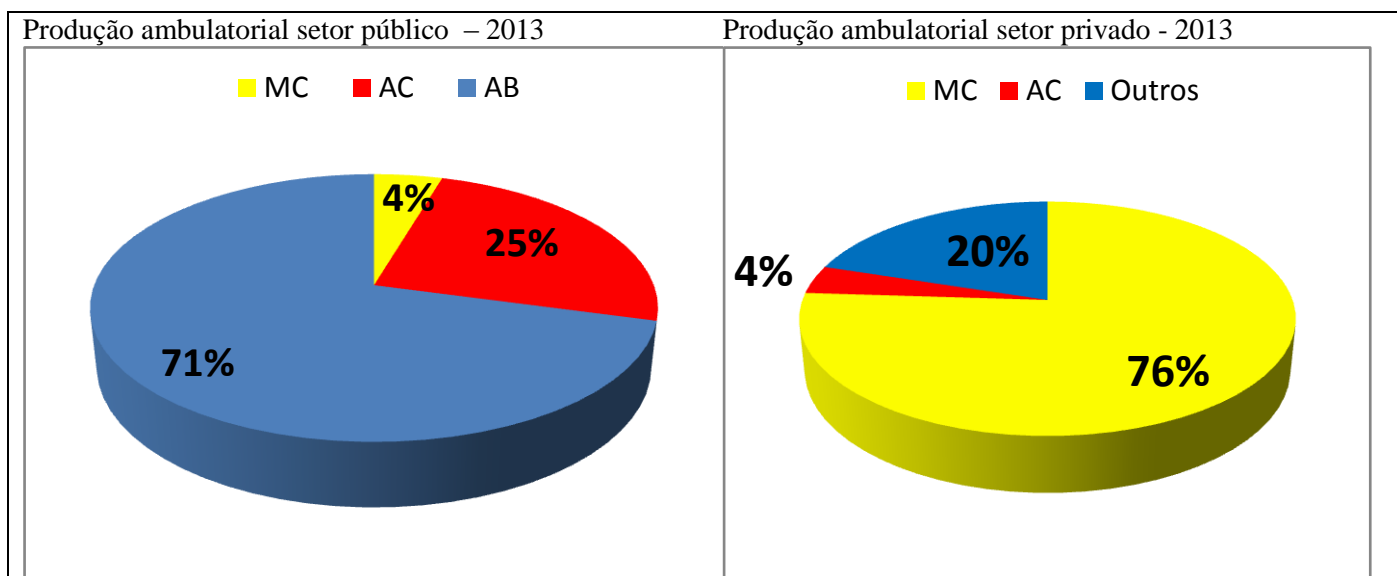
Tabela 1 Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	
Média Complexidade	222.433	20,7	854.180	79,3	1.076.613	100%
Alta Complexidade	1.261.097	96,6	43.895	3,4	1.304.972	100%
Atenção Básica	3.618.602	-	-	-	3.618.602	100%
Outros	-	-	219.890	-	219.890	100%
Total	5.102.132	82,1	1.117.965	17,9	6.220.097	100%

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando os dados apresentados no gráfico e na tabela, verifica-se, no que diz respeito à produção ambulatorial, que o setor privado se dedica majoritariamente à média complexidade, enquanto o setor público tem sua maior produção na atenção básica, seguida da alta complexidade (Figura 4):

Figura 4 - Comparativo de Produção Ambulatorial por Prestador, 18ª Regional de Saúde, 2013



Fonte: Região e Redes, 2013

A atuação do setor privado de forma complementar ao Sistema Público de Saúde é prevista na Constituição. Quando os serviços públicos são insuficientes para atender as demandas da população, pode haver complementação com serviços privados, sendo

que as instituições sem fins lucrativos têm prioridade sobre as com fins lucrativos (SANTOS, 2010).

Os serviços complementares do setor privado devem ser contratados após o esgotamento da capacidade instalada do setor público, por meio de mecanismos regulados pela Legislação. As formas de contratação desse tipo de serviço são: contrato de direito público ou convênio. Segundo o Ministério da Saúde (2002a), considera-se contrato todo e qualquer ajuste entre órgãos da administração pública e particulares em que haja um acordo de vontades, formando vínculos, e estabelecendo obrigações mútuas. Os convênios são formas de ajustes entre o Poder Público e entidades públicas ou privadas em que existe mútua cooperação entre as partes em forma de incentivo, cessão de uso de equipamentos materiais e imóveis, onde não se menciona preços e que não se exige, necessariamente processo licitatório para execução de ações ou serviços. Podem ser utilizados para regular a relação do ente público com entidades privadas sem fins lucrativos e entidades filantrópicas, com o objetivo comum de se promover ações em saúde para a população. A lei que complementa esse tipo de contratação é a Lei nº 8.666 de junho de 1993 (BRASIL, 2002a).

Vasconcelos e Pasche (2006), afirmam que o estabelecimento de contratos com serviços privados para atender as necessidades do SUS é mais evidente na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados com maior densidade tecnológica e custo. Em relação à 18ª Regional de Saúde isso está evidenciado nos dados sobre os procedimentos ambulatoriais: os serviços de Média Complexidade são em grande maioria, prestado por prestadores privados. Os procedimentos de Atenção Básica e o de Alta Complexidade são realizados por prestadores públicos, refletindo diretamente nos gastos.

Essa questão pode ser explicada pelo fato de que no período pré-SUS, as Ações Integradas de Saúde (AIS) criaram a base operacional para a AB no SUS, com a implantação de serviços próprios na atenção básica nos municípios. Esse movimento não ocorreu na área da média complexidade, cuja oferta de serviços se manteve, na implantação do SUS, da mesma forma como era no período anterior ao SUS, ou seja, na vigência do INAMPS, com oferta majoritária pelo setor privado (CARVALHO *et al*, 2016 – no prelo).

O gasto total em saúde SUS de toda a 18ª RS em 2014 foi de R\$ 126.666.395,39. A despesa em saúde com recursos próprios dos municípios da 18ª Regional de Saúde foi de R\$ 88.125.888,84 (SIOPS, 2014). Analisando o volume de

gasto total em saúde da 18ª Regional de Saúde e os gastos com recursos próprios dos municípios, ano de 2014, constata-se que o gasto dos municípios equivaleu a 69,57% da despesa total.

Em relação aos Municípios de Pequeno Porte, os números são proporcionalmente maiores: o gasto total em saúde dos MPP da 18ª Regional de Saúde no ano de 2014 foi de 79,4 milhões de reais. Deste montante, a despesa de saúde paga com recursos próprios dos municípios, foi de 57,6 bilhões de reais, o que equivaleu a 72,54% do total. Pode-se concluir que a carga de gastos em saúde recai mais sobre os municípios, e que esse peso fica ainda maior nos MPP.

Lima, Viana e Machado (2014) afirmam que não era objetivo da regionalização que os municípios fossem responsáveis por procedimentos além da Atenção Básica. Entretanto a carga de procedimentos de maior nível de complexidade e a articulação entre os níveis acaba recaindo sobre os municípios, interferindo em seus orçamentos, conforme o que será apresentado nos próximos subitens.

Um dos principais argumentos a favor da descentralização dos serviços de saúde no país foi a descentralização tributária, que permitiria que os municípios apresentassem saúde financeira. Entretanto isso não é realidade em todo o território nacional (SOUZA, 2002).

A Constituição Federal de 1988 trouxe aos municípios autonomia política e tributária e a repartição de recursos por meio das transferências intergovernamentais. Entretanto, a imensa maioria dos municípios tem baixo número de habitantes (5.000 a 10.000 habitantes), sem atividade econômica consistente, o que não lhes possibilita autonomia fiscal e tributária, e ainda faz com que exista baixa capacidade técnica na gestão municipal (LEITE, 2014). Aliado a isso, a maioria dos municípios depende de transferências financeiras das outras esferas governamentais devido à baixa capacidade de arrecadação tributária, associadas a altas despesas com o executivo e legislativo locais (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007).

Em relação ao investimento em saúde das três esferas do governo, também se pode perceber que os gastos dos municípios estão acima do previsto pela EC 29. A média de gastos dos orçamentos dos municípios varia entre 22 a 30% (DOMINGUEZ, 2014). No caso dos MPP da 18ª Regional de Saúde, o valor do orçamento dos municípios direcionados à saúde foi em média, 23,9%, no ano de 2014 (SIOPS, 2015).

Mesmo apesar dos altos investimentos realizados, Pimenta (2005) afirma que as prefeituras dos municípios de pequeno porte não possuem recursos financeiros ou

tecnológicos para oferecer atenção de MC e AC para os usuários, que essa situação está associada à defasagem da tabela SUS. Com isso, há um estrangulamento na oferta de procedimentos de média complexidade, comprometendo o acesso a esse nível de atenção. Esse estrangulamento do sistema, associado ao financiamento, fica evidenciado na 18ª Regional conforme os dados apresentados a seguir.

5.1.1 Oferta de serviços de Média Complexidade

Para o presente estudo foram consideradas como serviços de Média Complexidade as consultas especializadas ofertadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, selecionadas a partir do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), ainda em processo de elaboração pela Regional, e da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) (BRASIL, 2012c).

Em relação às Consultas Especializadas foram consideradas para a pesquisa, as seguintes especialidades: Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Infectologia, Neurologia, Neuro-pediatria, Nefrologia, Obstetrícia de Alto Risco, Reumatologia, Ortopedia, Mastologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Endocrinologia, Nutrição, Urologia, Otorrinolaringologia, Geriatria, Proctologia e Vascular.

Essas especialidades foram escolhidas, especificamente, porque constavam no conteúdo do COAP da 18ª Regional de Saúde quando o estudo piloto, e a coleta de dados preliminar foram realizados. Foram tomados como referência nos atendimentos às especialidades na 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, os meses de janeiro a abril de 2015.

O CISNOP designa vagas mensais para as especialidades conforme o contratado pelos municípios. No caso de algumas das especialidades específicas, apesar de estarem constando no COAP e na RENASES, não são ofertadas consultas mensais dessas especialidades para os municípios. Essa situação será mostrada a seguir, quando for tratada a caracterização dos municípios.

A definição da quantidade de consultas especializadas que deveria ser ofertada, de acordo com cada tipo de consulta, pelo número de habitantes, está normatizada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1101 de 2002. O parâmetro de distribuição de consultas da portaria é de duas a três consultas/ano para cada habitante.

O total de consultas médicas divide-se em:

Consultas Básicas de Urgência: 12% do total de consultas programadas; Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma: 3% do total de consultas programadas; Consultas Médicas Básicas: 63% do total de consultas programadas (arredondado); Consultas Médicas Especializadas: 22% do total de consultas programadas (arredondado) (BRASIL, 2002b, p. 3).

Segundo o apontado pela diretoria administrativa do CISNOP, o parâmetro definido pela Portaria nº 1101 de 2002, não é seguido para a atribuição de vagas de consultas especializadas para os municípios da 18ª Regional de Saúde. Ainda segundo a Diretora do CISNOP, a quantidade de vagas de consultas especializadas disponíveis no Consórcio são distribuídas para os municípios de acordo com o percentual da população, em relação à população da regional. Como exemplo: a população da 18ª Regional de Saúde é de 230.949 habitantes; o município de Santo Antonio do Paraíso possui 2.333 habitantes, o que corresponde a 1,03% da população. Então, do total de consultas disponíveis no mês para os municípios, Santo Antonio do Paraíso recebe 1,03% das consultas, para determinada especialidade.

A Portaria nº1101/2002 preconiza a oferta de 2,5 consultas/hab./ano (média aritmética do valor de duas a três consultas), e para as consultas especializadas, que elas representem 22% destas consultas, ou seja, uma média de 0,55 consulta especializada por habitante por ano em cada município.

A Tabela 2 apresenta a representatividade dos MPP em relação à população total e a quantidade de consultas especializadas que foram ofertadas para os municípios em relação ao número de habitantes, utilizando o mês de março/2015 como referência para a uniformização dos dados.

Tabela 2 - Total de Consultas Especializadas ofertadas por habitante/ano pelo CISNOP aos Municípios de Pequeno Porte da 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015.

MUNICÍPIO	MÊS REF.	HAB	HAB (%)	VAGAS MENSAIS	VAGA/HAB/ANO
Santo Antonio do Paraíso	Março	2.333	1,03	56	0,28
Nova América da Colina	Março	3.553	1,54	82	0,27
Santa Cecília do Pavão	Março	3.597	1,58	84	0,28
Santa Amélia	Março	3.684	1,63	88	0,28
Rancho Alegre	Março	3.990	1,74	89	0,26
Nova Santa Bárbara	Março	4.163	1,78	90	0,25
Leópolis	Março	4.165	1,82	93	0,26
Sertaneja	Março	5.724	2,58	133	0,27
Itambaracá	Março	6.852	2,98	152	0,26
Sapopema	Março	6.908	2,99	154	0,26

Abatiá	Março	7.823	3,41	176	0,26
Nova Fátima	Março	8.359	3,62	191	0,27
Congonhinhas	Março	8.736	3,74	193	0,26
São Sebastião da Amoreira	Março	8.952	3,86	200	0,26
São Jerônimo da Serra	Março	11.553	5,02	260	0,34
Urai	Março	11.695	5,08	262	0,26
Santa Mariana	Março	12.452	5,44	284	0,27
Ribeirão do Pinhal	Março	13.646	5,95	308	0,27
Total Vagas MPP		128.285	55,79	2.895	0,27

Fonte: Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Paraná, 2015.

A população total da 18ª Regional de Saúde é de 230.949 habitantes (IBGE, 2015) e cada município recebe o número de vagas conforme a sua representatividade no quantitativo dessa população. Assim, utilizando como referência o mês de março, foi programada uma média de 62.328 consultas para 2015, perfazendo um total de 0,27 consultas médicas especializadas por habitante por ano.

A população dos MPP representa 55,9% da população da 18ª Regional de Saúde (128.285 habitantes), e lhes é destinado, em média, 55,8% das vagas para consultas especializadas, ou seja, 2.895 consultas mensais, correspondendo um total de 34.740 consultas por ano – o que representa a oferta de 0,27 consultas/hab./ano.

Se fossem aplicados os parâmetros preconizados pela Portaria (0,55 consultas especializadas por habitante, por ano), os municípios receberiam, em média, 5.879 consultas por mês, correspondendo a um total de 70.556 consultas anuais. Assim, pode-se afirmar que o que o Consórcio pratica está 50,7% abaixo do que a portaria determina no tocante à oferta de consultas especializadas.

Associada essa comparação e após a análise dos dados coletados e da caracterização da situação da oferta de consultas especializadas para cada município, bem como as estratégias utilizadas para a garantia de acesso, foi possível levantar a situação das especialidades, dentro da classificação: Cota Suficiente, Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

A seguir, será apresentada a caracterização dos Municípios de Pequeno Porte da 18ª Regional de Saúde, a situação da oferta de Consultas Especializadas e as estratégias utilizadas pelos gestores para a garantia de acessos a esses serviços nos municípios.

5.1.2 Caracterização dos Municípios de Pequeno Porte, situação da oferta de serviços de Média Complexidade e Estratégias utilizadas para a garantia de acesso aos serviços pelo SUS.

Os municípios foram caracterizados por meio da apresentação de dados primários disponibilizados e/ou informados pelos gestores e suas equipes e de dados secundários pesquisados em bases de dados nacionais.

Cabe ressaltar que os dados apontados pelos gestores (primários), principalmente os relacionados aos valores, em reais, gastos mensalmente pelos municípios com procedimentos de MAC, irão apresentar variações, de acordo com o apontado por cada gestor e por membros da equipe. Isso aconteceu devido às diferentes interpretações feitas a respeito do que estava sendo perguntado, e, nos municípios em que não foram os gestores que responderam os questionários, os membros da equipe de gestão não foram autorizados a mencionar valores. Portanto, para cada município, aconteceram variações dos dados apontados, e no caso de alguns municípios especificamente, esses valores não foram mencionados.

Devido à falta de precisão ou mesmo da informação em alguns municípios, os dados relativos ao valor mensal pago para procedimentos de MAC nos municípios não serão discutidos e/ou comparados. Cabe apenas destacar que não era atribuição de municípios de pequeno porte, quando da municipalização, o investimento de recursos próprios em serviços de saúde de média complexidade, e essa premissa está sendo desrespeitada.

A seguir, os municípios serão apresentados de acordo com o grau de dependência em relação ao Consórcio Intermunicipal de Saúde para garantir acesso aos seus munícipes a consultas especializadas, nos casos em que as vagas (ou cotas) são consideradas pelos gestores como Cota Insuficiente, Cota Inexistente ou Vazio Assistencial.

Municípios com alta dependência do Consórcio: São municípios que, na maioria das especialidades deixa os usuários em fila de espera, ou, que não conseguem atuar diante da falta de vagas na maior parte dos casos. São caracterizados assim os municípios que dependem do consórcio em pelo menos 75% das especialidades, ou seja, conseguem, por meio de suas estratégias garantir acesso em até 25% das 21 especialidades contempladas na pesquisa (até 5 especialidades).

Municípios com média dependência do Consórcio: São aqueles que disponibilizam acesso utilizando diferentes estratégias, para 26 a 50% das 21 especialidades contempladas na pesquisa, ou seja, entre seis a 10 especialidades.

Municípios com baixa dependência do Consórcio: São aqueles que disponibilizam acesso, dentro ou fora do município para mais de 50% das especialidades consideradas pela pesquisa, ou seja, para mais de 10 especialidades.

A caracterização em Cota Suficiente, Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial foi realizada segundo os apontamentos feitos pelos gestores e pelos membros da equipe de gestão entrevistados durante a coleta de dados.

A Tabela 3 traz as informações condensadas dos municípios segundo a sua classificação: população (estimativa para o ano de 2015); produção ambulatorial (em número de procedimentos para o ano de 2013); gastos com Média e Alta Complexidade; classificação das especialidades em Cota Suficiente, Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial; e número de especialidades para as quais os municípios garantem acesso dentro de suas estratégias.

Tabela 3 - Classificação segundo a dependência do CISNOP; População; Produção Ambulatorial; Gastos MAC; Especialidades; Garantia de Acesso a Especialidades, MPP 18ª Regional de Saúde, 2015.

Municípios	População Estimativa 2015	Gastos MAC/Ano (R\$)	Especialidades				Garantia de Acesso Especialidades (N)
			CS	CI	CIn	VA	
Alta Dependência do CISNOP							
Ribeirão do Pinhal	13.646	30.097,00	9	5	2	5	1
Abatiá	7.823	20.880,00	5	9	3	4	2
Nova Fátima	8.359	11.800,00	3	11	3	4	2
Itambaracá	6.852	16.000,00	6	9	1	5	3
Santa Amélia	3.684	53.400,00	7	8	3	3	3
São Sebastião da Amoreira	8.952	33.000,00	4	10	3	4	3
Santo Antônio do Paraíso	2.333	4.600,00	1	13	1	6	3
Congonhinhas	8.736	110.500,00	6	8	3	4	4
Rancho Alegre	3.990	Não Informado	6	6	4	5	4
Nova América da Colina	3.553	42.750,00	6	8	2	5	5
Média Dependência do CISNOP							
Santa Cecília do Pavão	3.597	Não Informado	5	7	4	5	6
Santa Mariana	12.452	43.300,00	10	3	3	5	6
São Jerônimo da Serra	11.553	437.000,00	6	8	3	4	6
Sapopema	6.908	12.900,00	9	5	3	4	6
Sertaneja	5.724	Não Informado	6	8	3	4	7
Urai	11.695	38.200,00	6	9	2	4	7
Leópolis	4.165	19.600,00	4	9	5	3	8
Baixa Dependência do CISNOP							
Nova Santa Bárbara	4.163	42.800,00	3	10	3	5	11

Fonte: A própria autora.

As informações pormenorizadas de todos os municípios, bem como o detalhamento das especialidades e das estratégias para garantia de acesso às Consultas Especializadas de cada município em específico estão contidas no Apêndice 2.

5.2 Categorização das Especialidades segundo a oferta e Estratégias para garantia de acesso.

Conforme o já apresentado na metodologia, as especialidades foram caracterizadas pelos gestores e suas equipes em: Cota Suficiente, Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

A Tabela 4 apresenta o panorama geral dos municípios sobre a situação da oferta das especialidades. Os números apresentados nas linhas são o número de municípios que apontaram as especialidades de acordo com as categorias possíveis.

Tabela 4 - Caracterização das Especialidades conforme a indicação das Equipes Gestoras, segundo o número de Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Paraná, 2015.

Especialidade	Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	12	6	0	0
Cardiologia	8	10	0	0
Dermatologia	8	10	0	0
Gastroenterologia	8	10	0	0
Infectologia	15	3	0	0
Neurologia	0	4	11	3
Neuro-Pediatria	0	0	18	0
Nefrologia	9	9	0	0
Obst. Alto Risco	16	1	1	0
Reumatologia	3	15	0	0
Ortopedia	0	18	0	0
Mastologia	11	6	1	0
Oftalmologia	5	13	0	0
Psiquiatria	4	14	0	0
Endocrinologia	0	0	4	14
Nutrição	0	0	11	7
Urologia	2	16	0	0
Otorrinolaringologia	5	13	0	0
Geriatría	0	0	2	16
Proctologia	0	0	1	17
Vascular	0	0	0	18

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde dos MPP, janeiro a abril, 2015.

Das 21 especialidades analisadas, o CISNOP oferece vagas em 14 destas, e em seis especialidades (Vascular, Proctologia, Geriatria, Nutrição, Endocrinologia e Neuro-Pediatria) não há oferta, sendo as mesmas foram consideradas como cota inexistente ou vazio assistencial pelos municípios. Das 14 especialidades ofertadas mensalmente, em nove destas a oferta foi considerada insuficiente pela maioria dos municípios (Cardiologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Ortopedia, Oftalmologia, Psiquiatria, Urologia e Otorrinolaringologia). Durante os meses de fevereiro a abril de 2015, houve um período de suspensão do serviço de Neurologia no Consórcio. Os municípios que responderam à pesquisa durante o mês de janeiro e fevereiro, todos consideraram esta especialidade como Cota Insuficiente (4 municípios), os que responderam à pesquisa nos meses de março e abril, consideraram tanto como Cota Inexistente (11 municípios) ou como Vazio Assistencial (3 municípios).

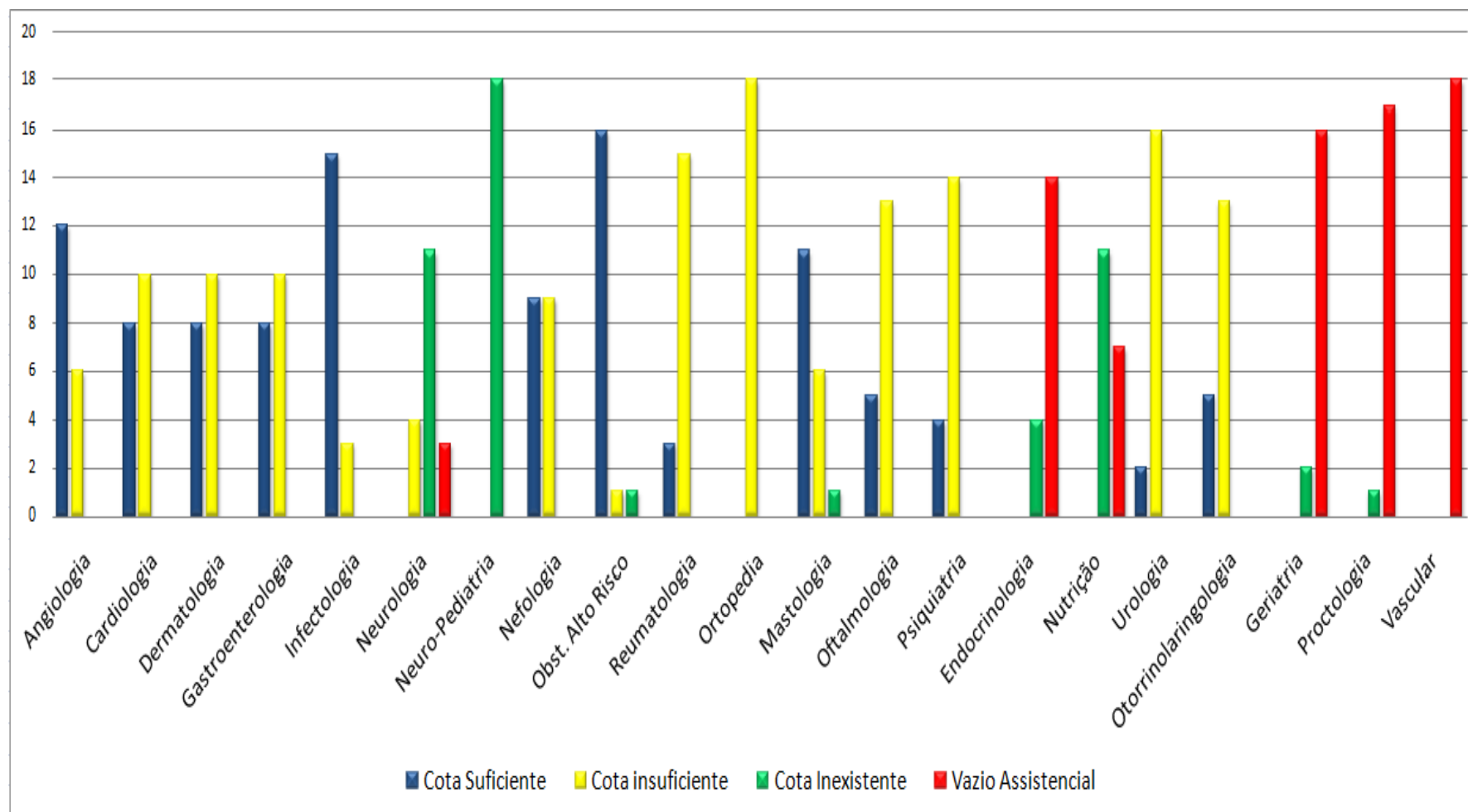
A figura 5 mostra as especialidades dentro das classificações apontadas pelos municípios.

A especialidade apontada como Cota Suficiente pela maioria dos municípios é Obstetrícia de Alto Risco (16 municípios), seguida da especialidade Infectologia (15 municípios), Angiologia (12 municípios), Mastologia (11 municípios). As especialidades de Cardiologia, Dermatologia e Gastroenterologia foram consideradas suficientes por oito municípios.

As especialidades consideradas como Cota Insuficiente pela maioria dos municípios foram: Ortopedia (18 municípios), Urologia (16 municípios), Reumatologia (15 municípios), Psiquiatria (14 municípios) Oftalmologia e Otorrinolaringologia (13 municípios), (Figura 5).

As especialidades classificadas como Cota Inexistente foram aquelas indicadas pelos municípios como não contempladas com cotas pelo Consórcio.

Figura 5 - Situação da oferta de consultas especializadas, Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Paraná, 2015



Fonte: Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015.

Em relação às demais especialidades que não possuem cota no CISNOP, algumas delas são ofertadas dentro do município, portanto, a interpretação dos dados do gráfico é feita de forma diferente das anteriores. Partindo do raciocínio de que essas especialidades não são ofertadas pelo CISNOP, podemos afirmar que 18 municípios ofertam a especialidade de Neuro-Pediatria, 11 municípios ofertam a especialidade de Neurologia e 11 municípios ofertam a especialidades de Nutrição, quatro ofertam a especialidade de Endocrinologia, dois municípios ofertam a especialidade de Geriatria, um município oferta a especialidade de Proctologia e um município oferta a especialidade de Obstetrícia de Alto Risco.

Os municípios que não conseguem garantir acesso a estas especialidades (no município ou fora dele), dentro das estratégias possíveis para essa classificação, apontaram-nas como Vazio Assistencial. As especialidades consideradas como pertencentes a esta categoria foram: Vascular (18 municípios), Proctologia (17 municípios), Geriatria (16 municípios), Endocrinologia (14 municípios) e Nutrição (7 municípios).

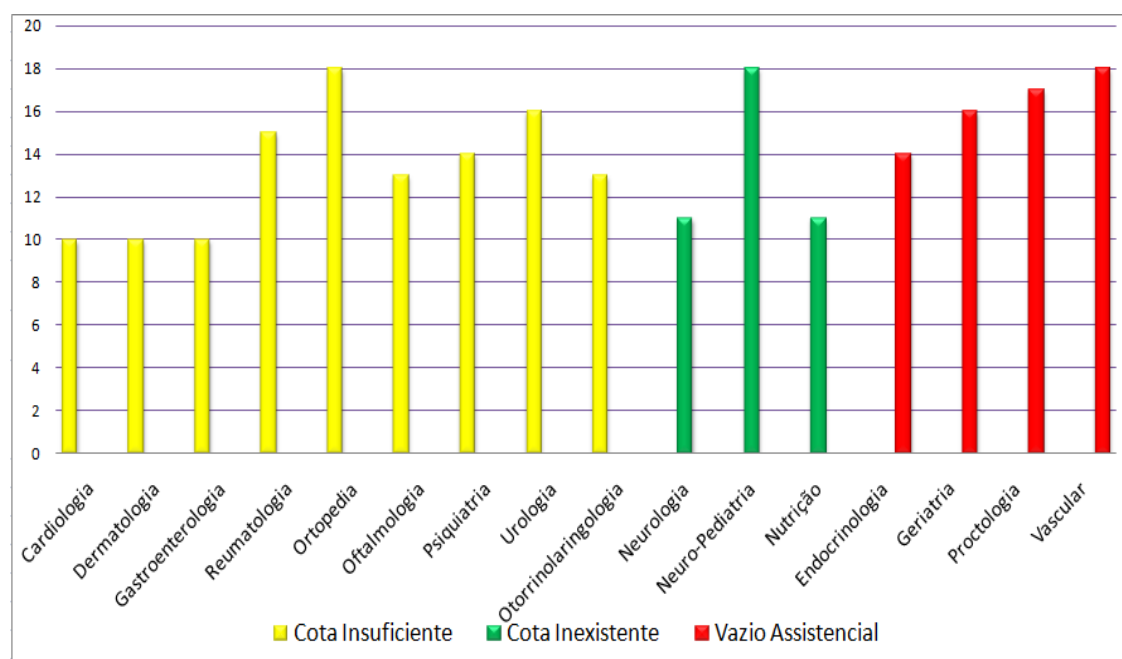
5.2.1 Especialidades com maior dificuldade de acesso

Conforme dito anteriormente, o acesso aos serviços de saúde está ligado aos princípios de equidade, integralidade de universalidade do SUS e estabelece ações ligadas à justiça social. Garantir acesso aos serviços de saúde é garantir que o usuário adentre ao sistema de saúde em condições para que tenha suas demandas e necessidades satisfeitas (CECÍLIO, 2001; SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

Assim, dificuldade de acesso aos serviços é a dificuldade de satisfazer as necessidades e demandas por serviços de saúde por meio dos serviços disponíveis, levando em consideração fatores como qualidade, quantidade, capacidade de pagamento e acessibilidade dos serviços.

Levando em consideração as especialidades que foram consideradas como Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial, pode-se levantar quais são as especialidades com maior dificuldade de acesso na Regional (Figura 6).

Figura 6 - Especialidades com maior dificuldade de acesso segundo a classificação apontada pelas equipes de gestão de Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015.



Fonte: Secretarias Municipais de Saúde dos MPP, janeiro a abril, 2015.

As especialidades apontadas pelos gestores como sendo de maior dificuldade de acesso para os MPP da 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná foram, Vascular, Proctologia, Geriatria, Endocrinologia, Ortopedia, Neuro-pediatria, Urologia, Reumatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Essa situação faz com que exista grande demanda reprimida por estes serviços.

A especialidade de ortopedia é considerada o gargalo do SUS no Paraná. Em reportagem da Gazeta do Povo veiculada em agosto de 2011, a assistência a vítimas de torções ou traumas ósseos é apontada como o maior gargalo do sistema público de saúde do estado. A principal consequência desse problema é a demora para a marcação de consultas, o que faz com que o tratamento, que geralmente exige exames, cirurgias e procedimentos fisioterápicos também demore. Na reportagem, o presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM), à época, Carlos Roberto Goytacaz Rocha, disse que o problema não é a falta de profissionais, mas a demanda excessiva, a gestão ineficiente e os investimentos insuficientes, para atender as necessidades da população (MORAIS, 2011).

Um estudo realizado por NARDO e JULIANI (2007) na cidade de Marília-SP, levantou que o maior número de reclamações por parte dos usuários do sistema de saúde

do município é a alta demanda reprimida por especialidades médicas, seguido pelo mau atendimento nas unidades básicas de saúde, falta de medicamentos e alta demanda reprimida de exames.

O CISNOP admite que o quantitativo de vagas mensais para consultas, de maneira geral, é insuficiente. Entretanto, atribui essa insuficiência, entre outros fatores, à falta de resolutividade da Atenção Básica nos municípios e à falta de articulação entre os níveis de atenção.

Entretanto, ao se analisar os dados levantados na pesquisa a respeito da capacidade instalada, oferta de serviços, gastos em saúde e orçamento, percebe-se que a situação extrapola os limites relacionados à articulação da Atenção Básica e os demais níveis de atenção. A Estratégia Saúde da Família – modelo de atenção para a Atenção Básica – está presente em todos os municípios da 18ª Regional, cobrindo 83,2% da população (PARANÁ, 2013), e mesmo que haja problema de resolutividade desse nível de atenção, verificou-se também que a oferta de vagas de consultas especializadas pelo Consórcio está muito abaixo do preconizado pelos parâmetros assistenciais (BRASIL, 2002b)

Além disso, conforme dados levantados na presente pesquisa, observa-se que os municípios têm tido altas despesas em relação aos serviços de saúde (Tabela 5). A média de gastos com recursos próprios dos municípios para as despesas em saúde em relação ao gasto total em saúde corresponde a 69,7%, variando de 57,2, a 81,8% (Tabela 5).

Tabela 5 - Gasto Total em Saúde (GTS) (em reais), GTS Per Capita (em reais), Despesa com Recursos Próprios (DRP) (em reais), DRP Per Capita (em reais), %DRP Municípios, Gastos EC 29, Capacidade Instalada e número de habitantes, MPP, segundo o grau de dependência do CISNOP, 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015.

Municípios	GTS Municípios	GTS Per Capita	DRP Municípios	DRP Per Capita	% DRP Municípios	EC 29	CAPACIDADE INSTALADA			Habitantes
							Hospitais	Tipo	UBS	
Ribeirão do Pinhal	4.631.540,00	338,27	2.650.690,74	193,59	57,2	22,48	1	Filantropico	3	10.001 – 20.000
Abatiá	4.187.023,82	533,24	2.713.884,05	345,63	64,8	24,92	1	Filantropico	1	5.001-10.000
Nova Fátima	3.694.014,69	441,81	2.792.345,41	333,97	75,6	21,11	1	Particular	2	5.001-10.000
Itambaracá	2.593.197,72	377,52	1.745.110,89	254,06	67,3	15,16	1	Filantropico	3	5.001-10.000
Santa Amélia	6.574.928,71	1.764,61	4.708.539,71	1.263,70	71,6	19,04	1	Filantropico	1	Até 5.000
São Sebastião da Amoreira	5.172.678,58	578,92	3.742.042,66	418,81	72,3	26,94	1	Público	2	5.001-10.000
Santo Antônio do Paraíso	3.160.036,16	1.339,57	2.134.582,43	904,87	67,5	19,73	1	Público	1	Até 5.000
Congonhinhas	6.079.254,20	699,33	4.008.068,29	461,07	65,9	18,84	1	Público	4	5.001-10.000
Rancho Alegre	3.527.028,09	880,88	2.890.001,96	721,78	62,6	27,52	1	Público	1	Até 5.000
Nova América da Colina	3.604.835,99	1.013,73	2.256.040,70	634,43	62,6	19,5	0	-	1	Até 5.000
Santa Cecília do Pavão	2.118.382,27	584,38	1.651.908,30	455,7	77,9	21,7	0	-	2	Até 5.000
Santa Mariana	8.705.467,58	696,66	6.954.235,27	556,52	79,9	34,68	1	Particular	5	10.001 – 20.000
São Jerônimo da Serra	5.625.059,09	486,18	3.796.376,73	328,12	67,5	23,04	1	Público	5	10.001 – 20.000
Sapopema	4.148.922,41	600,42	2.681.708,65	388,59	64,6	24,21	1	Público	4	5.001-10.000
Sertaneja	5.245.238,70	908,9	4.291.694,29	743,67	81,8	24,92	1	Público	3	5.001-10.000
Uraí	4.189.957,67	357,78	2.979.543,96	254,42	71,1	18,62	1	Filantropico	4	10.001 – 20.000
Leópolis	2.843.210,52	679,87	2.126.191,42	508,41	74,8	18,26	0	-	3	Até 5.000
Nova Santa Bárbara	3.317.496,39	802,3	2.319.533,38	560,96	69,9	25,91	0	-	2	Até 5.000

Fonte: SIOPS; CNES; IBGE (2015).

Quanto à capacidade instalada, todos os municípios têm pelo menos uma unidade de saúde, e 14 dos 18 MPP possuem hospitais. A quantidade de unidades de saúde, a presença e o tipo de hospital podem variar de acordo com o porte dos municípios (Tabela 5).

Ao analisar as informações constantes da tabela 5 é possível inferir que os municípios que possuem maior gasto per capita, no geral, possuem menor população e menor capacidade instalada – ou seja, quanto menor a população e menor disponibilidade de serviços, maior é o gasto para garantia de acesso à assistência à saúde para cada habitante. São eles: Santa Amélia (menos de 5.000 habitantes, com um hospital filantrópico e uma unidade de saúde); Santo Antonio do Paraíso (menos de 5.000 habitantes e 1 hospital público, e uma UBS); Rancho Alegre (menos de 5.000 habitantes e 1 hospital público, e uma UBS); Nova América da Colina (menos de 5.000 habitantes e somente uma UBS) e Nova Santa Bárbara (com menos de 5.000 habitantes e duas UBS).

Os municípios com os maiores gastos totais em saúde (com despesas variando entre 5 a 8 milhões de reais por ano) possuem maior número de habitantes em relação aos outros municípios e a maior capacidade instalada. São eles: São Sebastião da Amoreira (de 5.001 a 10.000 habitantes, um hospital público e duas UBS); Congonhinhas (de 5.001 a 10.000 habitantes, com um hospital público e quatro UBS); Santa Mariana (de 10.001 a 20.000 habitantes, com um hospital particular e cinco UBS) e São Jerônimo da Serra (de 10.001 a 20.000 habitantes, um hospital filantrópico e cinco UBS).

Todos esses municípios, tanto os com maior gasto per capita, quanto com os maiores gastos em saúde, arcam com mais de 60% dos gastos em saúde.

Em relação aos gastos referentes à LC 141 que regulamenta a EC 29, o município de Santa Mariana, tem o maior gasto constitucional, de 34,8% do orçamento do município destinado à saúde e arca com 79,9% das despesas.

O único município que associa orçamento e gasto per capita altos é Sertaneja. Este município, de todos os municípios de pequeno porte, é o que arca com mais recursos para o custeio das despesas em saúde: 81,8%. Uma possível explicação para esse fato, é que o município alia tanto população (de 5.001 a 10.000 habitantes) e maior número de estabelecimentos de saúde (um hospital e três UBS).

Conforme afirmam Costa e Silveira (2011), os municípios apresentam realidades socioeconômicas heterogêneas e conseqüentemente apresentam diferentes níveis de

desenvolvimento. Isso se reflete na diferença de orçamento e gastos em saúde entre os municípios. Ou seja, como pode ser visto, analisando a tabela, além dos casos já citados, existem municípios na 18ª Regional com maior porte e menor despesa total em saúde e gasto per capita, e municípios com menor porte e maior despesa per capita em saúde.

O Financiamento do Sistema de Saúde é de responsabilidade das três esferas do governo, com participação da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme a LC 141 de 2012, que regulamenta a EC 29 de 2000 (BRASIL, 2012b).

Viana (2008) ressalta que a importância das transferências da EC 29/2000 para os municípios são diretamente proporcionais aos portes populacionais, devido ao fato de a arrecadação fiscal dos municípios ser insuficiente, em alguns casos, para que eles possam gerir o próprio sistema. Assim, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) nos municípios de menor porte tem maior importância para as despesas em saúde. Por outro lado, a arrecadação própria dos municípios e as transferências devolutivas/compensatórias (transferências que devolvem aos municípios uma parcela da arrecadação diretamente relacionada à sua capacidade fiscal) são mais importantes nos municípios maiores e nas capitais dos estados, pois estes têm maior capacidade de arrecadação de impostos e tributos. Então, transferências dos SUS (repasso de recursos federais para o financiamento da saúde) beneficiam mais as cidades maiores.

Os recursos financeiros têm a capacidade de permitir ou restringir as ações de cada governo em suas atribuições constitucionais, e a capacidade de captação e administração das receitas fiscais e de execução dos dispêndios públicos são instrumentos importantes na intervenção e regulação econômica (LIMA, 2009).

A gestão dos recursos oriundos dos orçamentos da saúde deve ser feita em cada esfera de governo por meio dos fundos de saúde, que contém os recursos destinados para cada setor. O gestor ordena as despesas e presta contas para os conselhos de saúde (correspondentes a cada esfera governamental) (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

Os autores afirmam que essa prática de gestão, regulamentada por lei, não é realidade em todos os municípios, e que associado a isso, existe outro problema que está atrelado à própria descentralização do Sistema. A distribuição e gestão dos recursos é local, entretanto a alocação desses recursos está fortemente ligada a programas e atividades definidas centralmente, muitas vezes não levando em conta as diversidades e realidade das regiões de saúde.

Isso faz com que, embora existam recursos destinados aos municípios por parte da união e dos estados, muitas vezes os mesmos não são suficientes para a gestão eficiente da realidade e das necessidades locais.

Salvador Werneck, citado por Batalha (2012), diz que o sistema federativo brasileiro precisa de aperfeiçoamentos urgentes sobre as fontes de recursos no que diz respeito às relações entre Estados, Municípios, União e Distrito Federal, para o cumprimento das prerrogativas de cada ente federativo. Werneck considera também que o Brasil tem alta carga de impostos, e má qualidade de serviços.

As principais fontes de recursos dos municípios para o financiamento das ações e serviços de saúde são oriundas das receitas próprias, dada pela base vinculável, formada pelos impostos diretamente arrecadados e pelas transferências constitucionais e legais, de modo que as transferências SUS desempenham, de modo geral, um papel secundário (VIANA, 2008).

A União tem diminuído progressivamente sua participação no financiamento do SUS. Segundo o Conselho Federal de Medicina (2015a):

Nos últimos sete anos, enquanto estados e municípios aumentaram suas despesas públicas com saúde em 49,4% e 71,6%, respectivamente, a União cresceu apenas 40,4%, o que puxa para baixo o crescimento do conjunto da despesa pública no período, 51,3%. (...) a contabilidade das perdas sugere que, em 2015, a Saúde deve permanecer distante do foco de prioridades do governo (Jornal Medicina nº245, jun./2015 p. 04).

Ainda segundo a publicação o ajuste nas finanças públicas pode levar o governo Federal a participar cada vez menos do financiamento do SUS. Para o ano de 2015, ocorreu um corte de aproximadamente 12 bilhões dos recursos previstos para o Sistema. Em 2014, o montante aplicado para as despesas em ações e serviços de saúde equivaleu a 3,9 do PIB nacional, valor abaixo da média internacional, que é de 5,5%. Com este corte, o orçamento Ministério da Saúde em 2015 foi ainda menor que o de 2014 (CFM, 2015a). A descentralização do Sistema acaba tendo como resultado a diminuição da participação da União no financiamento do sistema, resultando na contenção de despesas e não na expansão dos serviços (LIMA, 2009).

A dificuldade de alocação de recursos e de financiamento faz com que os municípios arquem com atribuições além da Atenção Básica para dar conta de proporcionar acesso aos serviços de saúde, na tentativa de garantir a integralidade e a universalidade do Sistema.

Viana (2008) aponta que existem diferentes modelos de atenção básica nos municípios, assim como níveis diferentes de eficácia e efetividade em seus sistemas saúde. Isso está relacionado com o padrão de financiamento e gasto com saúde e também com o comprometimento de recursos dos municípios com serviços de média e alta complexidade e o alinhamento político do município com as demais esferas de governo.

Uma das medidas utilizadas para amenizar a relação entre financiamento e disponibilidade de serviços é a organização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) nasceram como forma de habilitação dos municípios para a gestão descentralizada, e como tentativa de melhoria das condições de saúde, uma vez que seria instrumento para articulação das gestões municipais. Configuram a união ou associação de dois ou mais entes da mesma natureza e foram apresentados como uma forma de resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns aos municípios (BRASIL, 1997).

Os CIS têm o objetivo de oferecer consultas especializadas, exames de MAC, além de terapias para superar as carências na assistência à saúde da população, sem estarem diretamente subordinados ao controle do governo do estado. (NICOLETTO, CORDONI JR e COSTA, 2005; GERIGK e PESSALI, 2014). A constituição de consórcios públicos de saúde está amparada pelo Artigo 10 da Lei nº 8080/90 e do Artigo 3 da Lei 8142/90 (BRASIL, 1997), e pela Lei nº 11.107 de 06/04/2005 (BRASIL, 2005b).

Além dos CIS também existe a Comissão Intergestores Regionais (CIR) que é um colegiado de gestão, vinculado administrativamente à Secretaria Estadual de Saúde que serve de apoio em aspectos administrativos e operacionais à gestão regionalizada. Em teoria é um espaço, dentro da Região de Saúde, para discussões, negociações e pactuações sobre a organização do sistema (CARVALHO, *et. al.*, 2016 – no prelo).

O que se pode perceber durante a realização da pesquisa é que, embora os municípios, por meio de pagamento de mensalidade, contribuem para a viabilização dos serviços, ficam dependentes da possibilidade de oferta de especialidades do Consórcio, tendo poder de controle limitado para as ações realizadas. Outra suposição é que a CIR tem pouco poder de decisão dentro da Região, conforme o levantado em estudo realizado na região norte do Paraná (NICOLETTO, 2015), em que a CIR se configura

mais em espaço para repasse de informações do que decisório no que diz respeito às políticas de saúde da região.

Outro aspecto importante levantado na presente pesquisa é que o CISNOP não tem conseguido atender, na grande maioria dos municípios de pequeno porte, as demandas mensais por consultas especializadas, em áreas específicas, refletindo diretamente na qualidade de atendimento especializado, principalmente nas especialidades com maior dificuldade de acesso, já citadas anteriormente.

Assim os municípios menores, principalmente os de menor porte, acabam por ficar na dependência de outros municípios – um pouco maiores, com maior capacidade instalada e tecnologia em saúde, e também de sua própria capacidade de articulação para a proposição de estratégias que garantam acesso aos serviços, para além do Consórcio.

Alguns exemplos de articulações realizadas pelos municípios pesquisados valem ser mencionados: Abatiá conta com consultas de pediatria em Ribeirão do Pinhal; o CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) Álcool e Drogas (AD) de Congonhinhas é utilizado por outros municípios dentro da Regional para atendimentos de Psiquiatria. O hospital de Santa Mariana é utilizado pelo município de Congonhinhas para internações. Existem municípios que complementam o serviço de dermatologia, contratualizando consultas no hospital especializado em São Jerônimo da Serra. A Santa Casa de Cornélio Procópio é utilizada por vários municípios para internações, partos, pequenas cirurgias e para a especialidade de cirurgia geral, em contratualizações à parte daquelas em que o Consórcio já utiliza o hospital regional.

Estratégias são utilizadas para tornar possível o alcance de metas e objetivos preestabelecidos. Fazem parte do planejamento estratégico em saúde, sendo uma das etapas para a formulação de políticas de saúde. Segundo Mario Testa, estratégia é a forma de implementar uma ação em saúde, levando a um deslocamento de poder (ou política) para a resolução de um problema de saúde. “Estratégia é a arte e ciência de tornar possível, reduzir as incertezas e acumular forças” (p. 13) (CORDONI JR, CARVALHO e GIL, 2016 – no prelo).

As articulações de estratégias para garantia de acesso aos serviços dos municípios na 18ª Regional de Saúde extrapolou os limites da própria Regional e fez com que os MPP fizessem também arranjos com outros municípios, de outras regionais e até outros estados.

Essas estratégias utilizadas dentro e fora dos limites do Consórcio, bem como a articulação desses arranjos por parte dos gestores serão discutidas no próximo subitem.

Outro fato que afeta o acesso a consultas especializadas é descontinuidade do serviço dentro do Consórcio relacionada à ausência, ou à quantidade insuficiente de profissionais médicos.

O número de médicos dos municípios que compunham a 18ª RS em dezembro de 2013 era de 215, sendo que 183 destes médicos atuavam no SUS (REGIÃO E REDES, 2013). O índice de médicos na 18ª Regional de Saúde é de 0,93 por mil habitantes, sendo que o índice de médicos que atuam no SUS nessa região é de 0,78 por mil habitantes. Este resultado é inferior ao apresentado pelo estado do Paraná e pelo Brasil no último Censo realizado no ano de 2009, pelo Conselho Federal de Medicina.

Ao se analisar o índice de médicos por mil habitantes da 18ª Regional no ano de 2013 (0,93), em relação aos índices do estado do Paraná (1,96) e para o Brasil (2,11), para o ano de 2015 (CFM, 2015b), percebe-se que os números estão muito abaixo da realidade do estado e do país, apesar de a Região Sul, juntamente com a Região Centro-Oeste serem consideradas as de melhor equilíbrio entre a proporção de médicos e a de habitantes (CFM, 2015b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não recomendam nem estabelecem taxas “ideais” de número de médicos por habitante, porque o estabelecimento desse índice depende de fatores regionais, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos (CFM, 2015b). Para esse tipo de análise devem ser feitos alguns questionamentos que envolvem o tipo de médico, especialidade, facilidade de acesso da população, recursos existentes, distâncias a percorrer, tecnologia disponível, e o tipo de população que se refere quando se estabelece esse tipo de índice (FISCHMAN, 2013). Entretanto, é evidente que um número insuficiente de médicos reflete diretamente na disponibilidade de assistência à saúde, em todos os níveis de atenção.

A regulamentação das especialidades médicas no Brasil é realizada sem a intervenção direta dos órgãos públicos ou do Estado. As instituições diretamente envolvidas nessa regulação são o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Segundo o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) a falta de regulação do Estado pode tornar difícil a interpretação das resoluções desses conselhos, devido ao seu duplo

caráter de manifestação política da corporação e regulamentação legal de atos referentes à mesma (UFMG, 2009).

Segundo pesquisador do NESCON, Sábado Nicolau Girardi, a disparidade entre oferta e demanda nas especialidades médicas é resultado da falta de definição de diretrizes e números de vagas para os programas de residência médica. O pesquisador afirma ainda que o estado tem o dever de verificar as demandas de saúde da população e incentivar a melhor distribuição do número de vagas para especialistas nos estados e regiões (WALTRICK, 2011). É bem provável que esse panorama se modifique, caso as proposições de mudanças sobre as residências médicas contidas na legislação do “Programa Mais Médicos” se efetivem a partir de 2018 (BRASIL, 2013c).

O CFM (2015b) afirma que existem desigualdades de distribuição de médicos no país, seja na comparação entre os estados, ou na relação entre as capitais e o interior. As capitais dos estados e o Distrito Federal reúnem 55,24% dos registros de médicos e sua população equivale a 23,80% do total do país. Por outro lado, os 5.543 municípios do interior, possuem 44,76% dos médicos enquanto sua população soma 76,2% do total nacional. Isso reflete diretamente na razão de médicos por 1.000 habitantes: as capitais possuem um índice de 4,84, enquanto no interior há 1,23 médicos por 1.000 moradores.

Em relação ao porte populacional, o CFM (2015b) revela que nas regiões onde está o maior número de pequenos municípios, há proporcionalmente o menor número de médicos. Em municípios de até 5.000 habitantes a razão é de 0,23 médicos por 1.000 habitantes; nas localidades que têm de 5 a 10 mil habitantes, a razão é de 0,28 médicos por 1.000 moradores e entre 10 mil e 20 mil moradores, a razão é de 0,36.

Segundo Ney e Rodrigues, (2012), existem fatores críticos para a fixação de médicos no interior do país, principalmente os médicos voltados para a atenção básica, vinculados ao SUS, tais como: políticas municipais inadequadas de recursos humanos precariedade dos vínculos empregatícios, sobrecarga de trabalho, alta rotatividade dos profissionais, insatisfação com o ambiente e as condições de trabalho e ausência de planos de cargos e salários nos municípios.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), existe uma distribuição desigual de médicos no país, acentuando a carência de profissionais médicos no interior, e alta concentração dos profissionais nos grandes centros. Segundo o órgão, essa situação se agrava por falta de políticas públicas para a resolução do problema (CFM/CREMESP, 2013).

Na 18ª Regional também existe dificuldade de continuidade nos atendimentos pela falta de profissionais especialistas dentro do próprio consórcio. Durante o período da pesquisa, segundo relatos dos gestores, os serviços das especialidades de neurologia e psiquiatria foram descontinuados por falta de especialistas. Além disso, os gestores afirmaram também que o número de profissionais para as especialidades é insuficiente para atender as demandas dos municípios.

Em estudo realizado em 2005 abordando os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado do Paraná que estavam implantados em 2000, levantou-se que as principais especialidades ofertadas eram: ortopedia, cardiologia, oftalmologia e neurologia. Segundo os diretores dos CIS seria necessário contratar mais médicos das especialidades já existentes; e que também seria necessário contratar especialistas de especialidades não ofertadas. À época da pesquisa foi levantado que seriam necessários mais 144 especialistas em todo o estado, para compor o quadro de profissionais, passando de 607 para 751 especialistas (NICOLETTO, CORDONI JR e COSTA, 2005).

Na presente pesquisa baixa resolutividade da Atenção Básica parece ser secundária à questão dos recursos, gastos e capacidade de articulação dos gestores para a garantia de acesso aos serviços.

Olhando para a questão da Atenção Básica, uma possível solução para a dificuldade de articulação entre os níveis e a baixa resolutividade seriam as Redes de Atenção, que receberam destaque, em 2011, através da publicação do Decreto Presidencial nº 7508.

O Decreto traz instrumentos para a efetivação das Redes, tais como: mapa sanitário, Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos Especiais (RENAME) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR) (LIMA, VIANA e MACHADO, 2014). No entanto, o COAP, principal instrumento para garantir oferta de serviços e articulação interinstitucional, elementos indispensáveis para a efetivação das RAS, encontra-se inconcluso na região estudada.

No contexto da 18ª Regional de Saúde somente a Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Mãe Paranaense) foi apontada como efetivamente articulada, o que é demonstrado pelo fato de que 16 dos 18 municípios consideraram as vagas para a especialidade de obstetrícia de alto risco como Cota Suficiente.

Pelos resultados apresentados, em termos de melhoria no acesso e integralidade de atenção às gestantes por meio da Rede Mãe Paranaense, acredita-se que a organização das redes de atenção seja um dos caminhos para a superação das dificuldades encontradas pelos gestores municipais para garantia de acesso a seus municípios à atenção especializada.

A presente pesquisa teve-se a analisar os dados do COAP da Regional. O contrato apresenta-se incipiente, não havendo data prevista para ser firmado entre os gestores e publicado. Segundo os gestores municipais, as negociações não evoluíram e as pactuações necessárias precisam ser revistas. Afirmam ainda que participação da esfera estadual na destinação efetiva dos recursos precisa ser maior, e a CIR necessita de mais poder de decisão.

Segundo Moneratt, Senna e Souza (2002, p. 511), “a descentralização de corte municipalizante acarretou a indefinição das competências e atribuições dos estados”, o que dificulta a relação entre os gestores municipais e as instâncias regionais.

Outro aspecto relevante para a não assinatura do COAP é que as pactuações necessitam de melhores estudos para serem realizadas para áreas específicas. Segundo os gestores, faltam estudos para o levantamento das áreas críticas no Consórcio e para essa necessidade, a presente pesquisa parece contribuir.

Enquanto a assinatura do Contrato não acontece, os municípios utilizam diferentes estratégias para garantia de acesso às consultas especializadas, descritas detalhadamente a seguir.

5.3 Descrição das Estratégias para garantia de acesso

Diante das classificações das especialidades e de acordo com a dinâmica administrativa de cada município, os gestores atuam utilizando diversas estratégias para garantir acesso aos serviços de saúde para os usuários do SUS.

As estratégias, conforme a definição utilizada na presente pesquisa são os caminhos que os gestores utilizam para que alcancem a finalidade de proporcionar acesso aos serviços especializados.

Cada município possui critérios e caminhos (estratégias) diferentes de atuação, que serão descritos posteriormente. Então, para uma mesma especialidade pode haver diferentes estratégias para que o município proporcione a possibilidade de realização

dos serviços. As diferentes estratégias dependem da capacidade de articulação (ou de deslocamento de poder) para além dos limites do próprio município ou da Regional.

A Figura 7 apresenta um diagrama com as estratégias divididas em 3 grupos: Ações sem custo para os municípios; Ações com custo para os municípios e outros arranjos, para visualização das estratégias utilizadas pelos gestores.

Figura 7 – Diagrama das estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas, para os MPP da 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2015.



Fonte: A própria autora.

As **Ações sem custo adicional para o município** são aquelas em que as estratégias são realizadas utilizando meios dispostos no sistema de saúde, ou no próprio CISNOP para garantir acesso aos usuários a consultas especializadas. São elas:

1. Fila de Espera: Quando o município deixa o usuário em fila de espera, aguardando a realização do procedimento **dentro das vagas do CISNOP**.

2. "Falta Um": O município consegue vaga quando existe desistência ou falta de um usuário para aquela especialidade em algum dos outros municípios do Consórcio.

Assim, o município utiliza essa vaga que sobrou, pois ela é novamente disponibilizada **no sistema de Agendamento do Consórcio.**

3. Via UBS: O serviço é disponibilizado ao usuário por meio da Atenção Básica, em Unidade Básica de Saúde do município, sendo que o médico do PSF ou da unidade básica atua **substituindo o serviço de médico especialista.**

4. Via Hospitalar: Quando o atendimento especializado é realizado por intermédio de serviço hospitalar.

4.1 Hospital Municipal: O usuário é encaminhado para o sistema hospitalar do município, onde a consulta é realizada.

4.2 Central de Leitos: O município **emergencializa a condição** do usuário e o coloca na Central de Leitos e aguarda a possibilidade da realização do procedimento ou consulta.

4.3 Santa Casa de Cornélio Procópio: O município encaminha o usuário para que seja realizado atendimento especializado na Santa Casa de Cornélio Procópio (SCCP). Entretanto somente é possível a realização de consultas ou avaliações na Santa Casa de Cornélio Procópio, em caráter emergencial, não havendo possibilidade de realização de procedimentos eletivos. Ou seja, a SCCP só presta atendimentos especializados em caso de urgência, e isso é realizado mediante acordo firmado entre a Instituição e o município, em contrato à parte. Essa contratualização é firmada entre o hospital e o município, referente a especialidades específicas, de acordo com a necessidade do município e disponibilidade para atendimento da SCCP.

5. Via Outra Especialidade: O município encaminha o paciente para que seja atendido em área correlata, dentro do CISNOP, para a realização da consulta.

As **Ações com custo adicional para os municípios** são aquelas em que o município atua comprando serviços. Essa compra, ou contratualização, acontece de várias formas, de acordo com a articulação e os critérios utilizados pelos gestores para garantia de acesso aos serviços.

1. Extra-Cota: O município compra cotas a mais, além daquelas já contratualizadas na rotina da participação do município no CISNOP. Existem três possibilidades de compra de cotas. São elas:

1.1 Complemento da mensalidade: o município compra cotas para completar as cotas insuficientes, ou seja, as cotas iniciais que não atendem em número suficiente a demanda mensal.

1.2 Além da mensalidade: O município paga o procedimento via modalidade de Extra-Cota dentro do próprio Consórcio, para cobrir as cotas que não foram contratualizadas dentro da mensalidade paga normalmente pelo município.

1.3 Compra cotas em outra Regional: O município paga o procedimento via modalidade de Extra-Cota em outra Regional de Saúde com a qual já tenha pactuação.

2. TFD: Tratamento Fora do Domicílio. Município envia o usuário para que seja realizado atendimento especializado no **Hospital/Serviço de Referência** para aquela condição/agravo, por intermédio da Regional. O custo para o município se configura em pagamento de transporte do usuário para o serviço.

3. Especialista no Município: O município supre a necessidade de especialidades (oferta insuficiente no Consórcio) com serviços locais. Isso se dá através da **utilização do serviço de especialistas** que fazem parte do quadro da equipe de saúde do município, ou do quadro de funcionários da prefeitura.

4. Município paga: Complementa a oferta insuficiente intermediando o serviço e pagando pelo procedimento **direto ao prestador particular**, localizado dentro ou fora do município, **em situações ocasionais**. Essa estratégia, dentro dos critérios de cada município, pode ser realizada em caso de consultas eletivas eventuais, urgências e processos de judicialização.

4.1 Irrestrito: o município tem como política pagar a todos os procedimentos que não possuem cota no CISNOP, direto aos prestadores particulares, irrestritamente.

4.2 Parecer Social: o município disponibiliza o serviço pagando particular ao prestador, em casos que o usuário, por falta de recursos, não pode pagar pelo procedimento, que via de regra não é oferecido pelo município, ou pelo Consórcio. O pagamento desse serviço de acordo com os critérios do município é realizado mediante apresentação de parecer social do usuário, realizado pela secretaria municipal de assistência social.

5. Compra de serviços fora do município: Quando o município compra serviços em localidades fora do município ou da Regional de Saúde ou do estado, em

contratualização de rotina, ou para serviços eventuais, gerando custo com transporte do usuário, além do pagamento pelo serviço/contratualização. Esta estratégia pode ser concretizada das seguintes maneiras:

5.1 Outros Municípios Estado do Paraná: O município encaminha o usuário para outro município dentro do Estado e garante o acesso, não dependendo das vagas do Consórcio, através de contratualização prévia para aquele serviço, com determinado **prestador específico**.

5.1. Município Complementa serviço já existente: O município já possui contratualização mensal para suprir oferta insuficiente de vagas com compra/contratualização de serviços com **outros prestadores fora do município**.

5.2 Outro Estado: O usuário é encaminhado para a realização do serviço em outro estado para **atendimento específico da especialidade de neuro-pediatria**.

Existem **outros arranjos** que são utilizados pelos gestores para a organização do serviço. São ações em que o gestor não utiliza nem o sistema local, nem compra serviços, mas intermedia o acesso do usuário às consultas, por vias paralelas, **e o custo do serviço e/ou do transporte é pago pelo usuário**.

1. Usuário Paga: O município orienta o usuário a procurar a especialidade necessária para o atendimento de sua necessidade, porém não paga pelo serviço, geralmente realizado em prestador particular. Assim, o pagamento pela consulta médica especializada é realizado pelo usuário.

2. Contato pessoal com prestador: O gestor, via contato pessoal com o prestador, viabiliza o acesso, sem ônus, nem para o usuário, nem para o município.

Existem ainda situações que não se caracterizam como estratégias, mas que foram apontadas pelos gestores, como encaminhamento (não necessariamente resolutivo) da situação das especialidades, especialmente as classificadas como Vazio Assistencial. São assim descritas:

1. Fila até realização: O usuário aguarda em fila de espera, indefinidamente, para a realização do serviço.

2. Sem Demanda / Sem SUS: O município não oferece o serviço porque não há demanda por parte da população.

3. Sem SUS: O município não viabiliza o acesso ao serviço.

O princípio de universalidade garante acesso dos cidadãos aos serviços de saúde sem discriminação, conforme afirmam Vasconcelos e Pasche (2006) “da vacina à cirurgia mais complexa, alterando uma situação anterior em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros tipificados como indigentes” (p. 535).

Embora não seja atribuição direta dos municípios atuar na oferta para garantir acesso aos serviços de média complexidade para garantir a universalidade e integralidade dos serviços, os gestores municipais, seja por meio do Consórcio ou de estratégias particulares acabam tendo que atuar nesse sentido. Isso acontece devido à fragilidade da capacidade de gestão interfederativa. Os gestores municipais, que são os responsáveis pela gestão do consórcio, não têm conseguido exigir que os outros entes federados participem mais efetivamente do financiamento da média complexidade, o que fortaleceria o consórcio.

Desta forma, cada gestor municipal acaba adotando estratégias isoladas para enfrentar a dificuldade de acesso à MC.

O sucesso destas estratégias, depende da capacidade de articulação das prefeituras e dos gestores. Como se pode perceber no levantamento de dados, essa capacidade de articulação e resolutividade não estão diretamente relacionadas ao tamanho do município, o que fica evidenciado no fato de o município de Nova Santa Bárbara, o único município considerado como de “baixa dependência do Consórcio” dentre os 18 MPP, ser um dos menores municípios, com estimativa de população para 2015 de 4.163 habitantes, e o penúltimo PIB dos 18 municípios, ficando melhor classificado apenas que o município de Santo Antonio do Paraíso (Região e Redes, 2013). Este município consegue, dentro de suas estratégias e articulações, garantir acesso à maioria das especialidades devido, principalmente, a um convênio estabelecido com uma instituição que está fora da Regional e fora do que estabelece a conduta do Consórcio.

Essa capacidade de articulação é perpassada pelos conceitos de governança, governo e poder local.

O governo local e seu papel variam de acordo com a cena política, com as funções exercidas pelo Estado e pelos atores envolvidos, e de acordo com os fatores sociais, demográficos, políticos e econômicos que permeiam a realidade de cada município. Assim, cada município é único, de acordo com sua realidade e contexto (BLUMM e SOUZA, 1999).

Segundo as autoras (citando Mill e Stoker), o conceito governo local está relacionado com a capacidade da distribuição eficiente dos serviços, participação política e governo descentralizado. Pelo fato de ser local, assegura maior proximidade com a população e aumenta a possibilidade de responder às demandas locais, por isso é mais passível de cobrança (*accountability*), dos demais níveis de governo. Governos locais limitam a concentração de poder. Um dos principais objetivos do governo local é exercer a eficiência burocrática, executando políticas em áreas prioritárias.

A distribuição eficiente de serviços e execução de ações em áreas prioritárias está ligada à capacidade do gestor em enxergar as necessidades de saúde da população e distribuir os recursos e serviços de modo a satisfazer essas necessidades. Os governos locais estudados por esta pesquisa que apresentaram maior capacidade de superar as dificuldades de garantir vagas para consultas especializadas por parte do Consórcio – seja essa dificuldade causada pela falta de profissionais ou de cotas suficientes nas especialidades – foram aqueles que conseguiram articulações com outros serviços, prestadores e regionais. Nesse sentido, embora se configurem como soluções temporárias e circunstanciais, os municípios que garantem acesso ao maior número de especialidades são aqueles que acabam por depender em menor medida do Consórcio, enfrentando a dificuldade de oferta de serviços, em áreas específicas. Os municípios com menor capacidade de articulação são aqueles com demanda reprimida em maior número de especialidades, ficando em maior medida, dependentes daquilo que o Consórcio pode proporcionar.

A capacidade do governo de garantia de acesso aos serviços também está relacionada à autonomia do gestor em gerir seu orçamento e recursos na saúde. Existem municípios em que, além do gestor, o prefeito municipal tem amplo poder de decisão sobre as ações e serviços que são colocados à disposição da população.

O prefeito é o representante legal do município perante a Lei, e suas atribuições são: planejar, formular políticas públicas, executar o plano de governo, elaborar o orçamento (anual e plurianual), comandar e dirigir por meio de decretos, instruções, ordens de serviço, portarias, coordenar, controlar e manter contatos externos. Os gestores, ou Secretários Municipais de Saúde são indicados pelo Prefeito e exercem cargo de confiança na Prefeitura. Cabe aos secretários, dentro de suas atribuições, orientar, coordenar e supervisionar as atividades dos órgãos de sua Secretaria e das entidades da administração indireta a ela vinculadas (LEITE, 2014).

O que acontece, principalmente em municípios pequenos é que os Secretários Municipais de Saúde, justamente por exercerem cargos de confiança, acabam sendo escolhidos pelo prefeito por conveniência política e não por formação técnica. Isso faz com que, em muitos municípios, o poder e a autonomia de decisão sobre os recursos fiquem a cargo do chefe do executivo. Essa questão, além da falta de autonomia, também está relacionada à capacidade do gestor de definir prioridades e gerir adequadamente os recursos.

Durante a coleta de dados, foi possível identificar alguns perfis de gestão: aqueles em que o gestor centraliza as informações, caracterizado pelos municípios em que os funcionários da equipe de gestão que responderam ao questionário não foram autorizados a relatar valores financeiros relacionados aos procedimentos. Também existem municípios em que o secretário figura mais como liderança política e não possui autonomia total para a gestão dos recursos, delegando a função técnica de gestão para funcionários com formação na área da saúde. Existem ainda aqueles em que o gestor, apesar de conhecimento técnico, não possui autonomia para a gestão do orçamento em saúde do município, não conseguindo colocar em prática estratégias para a garantia de acesso aos serviços. E por fim, municípios onde os gestores, além de conhecimento técnico, possuem autonomia para gerir os recursos e propor estratégias para a garantia de acesso aos serviços.

Outro dado evidenciado pela pesquisa foram os critérios utilizados pelos gestores para proporcionar acesso mais rápido aos serviços, para os usuários em casos de necessidade. Durante a entrevista, os gestores deveriam escolher entre os seguintes critérios, os que melhor descreviam sua conduta ao garantir acesso aos serviços de forma emergencial:

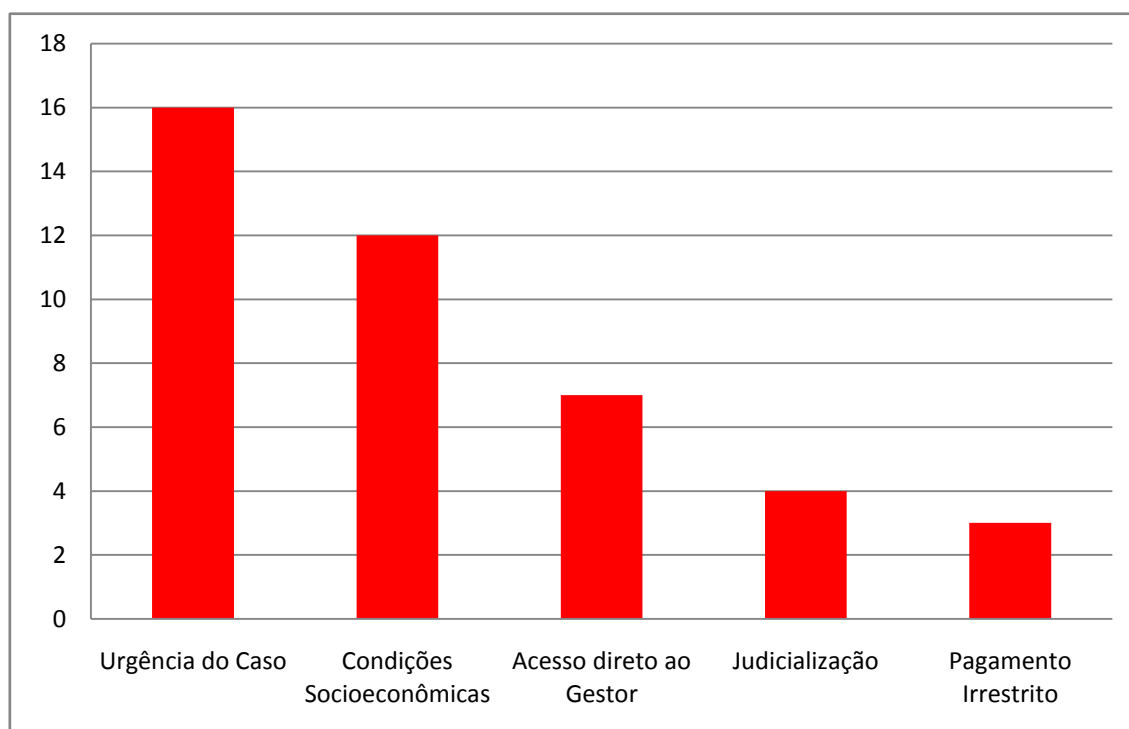
- Urgência do caso;
- Condições socioeconômicas do usuário;
- Acesso pessoal do usuário ao gestor;
- Processo de judicialização;
- Atendimento à demanda de todos usuários irrestritamente.

Em relação a essa questão, a seguir serão apresentados os critérios apontados por 17, dos 18 municípios. Uma equipe de gestão recusou-se a responder.

Como era esperado, em 16 municípios, os gestores afirmaram que a urgência do caso é o critério utilizado para viabilizar o acesso de forma emergencial. Porém, chama atenção o fato de sete das 18 equipes de gestão declararem abertamente que aqueles

usuários com acesso pessoal ao gestor, têm maior facilidade de acesso aos serviços (Figura 8). Três municípios (incluídos naqueles que afirmaram que o usuário que tem acesso ao gestor tem maior facilidade de acesso aos serviços) afirmaram que todos os procedimentos de média complexidade no município são pagos irrestritamente.

Figura 8 - Critérios utilizados, segundo o número de municípios, para garantia de acesso aos serviços de forma rápida – MPP, 2015



Fonte: Municípios de Pequeno Porte, 18ª Regional, 2015.

Esses dados demonstram que existe clientelismo nas relações entre os usuários e os gestores nesses municípios. Vieira (1998), em estudo realizado na Região Metropolitana do Recife-PE, sobre o acesso aos serviços de saúde relacionado com o clientelismo e política local, afirma que a questão da universalidade de direito à saúde mostra-se em contradição em alguns municípios, devido à interferência política na intermediação entre os usuários e os serviços públicos de saúde. Esse estudo apontou forte presença de políticos locais na prestação de serviços relacionados à saúde, com intensa exploração do clientelismo.

A urgência do caso do usuário foi apontada como critério de garantia de acesso rápido aos serviços por 16, dos 17 municípios analisados para essa questão. Dos que apontaram esse critério, dois municípios declararam que, para que esse tipo de situação

seja levada em conta, o usuário tem que passar por avaliação médica, e que o pedido médico para o procedimento tem que constar a solicitação de urgência para a solução da questão.

Em relação às condições socioeconômicas do usuário, 12 dos 17 municípios disseram que levam isso em consideração. Dois deles ressaltam que solicitam à assistência social do município, o que foi denominado de “parecer social”, para que o serviço seja liberado mais rapidamente, quando o paciente alega não ter condições socioeconômicas para arcar com as despesas.

Essa questão levanta dois pontos: se o serviço é universal, por que as equipes gestoras levam em consideração as condições socioeconômicas dos usuários para a garantia de acesso aos serviços? Ainda sob a ótica de que o acesso é universal, e direito de todo cidadão, por que as equipes gestoras solicitam pareceres da assistência social e priorizam usuários que alegam não ter condições socioeconômicas para arcar com as despesas em saúde para apressar o acesso aos serviços? Apesar da universalidade ser um princípio constitucional, percebe-se que em muitas das situações analisadas nesta pesquisa, o usuário com situação econômica mais favorável acaba arcando com os custos para especialidades com maior dificuldade de acesso, e os gestores subsidiando apenas aqueles usuários desprovidos de recursos.

Apesar desse critério ser o utilizado pela maioria dos municípios, em dois municípios, cujos gestores não indicaram esse ponto como critério para garantia de acesso aos serviços, manifestaram que os serviços devem ser acessíveis a todos os usuários, independente de classe social.

Os processos de judicialização como forma de acelerar o processo de garantia de acesso aos serviços foram citados por quatro dos 18 municípios. Isso demonstra que o usuário que possui acesso a advogados para viabilizar esse tipo de processo, também é favorecido em relação ao acesso aos procedimentos, constituindo-se como critério de iniquidade, pois nem sempre o usuário que mais precisa é atendido por esse tipo de critério, mas sim, o que tem maior capacidade financeira e de articulação para entrada no sistema.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação do acesso aos serviços de saúde no Brasil sofreu modificações ao longo dos anos. Deixou de ser exclusividade das pessoas que estavam de alguma forma, ligadas ao mercado formal de trabalho no país e daquelas que poderiam pagar por serviços particulares, e passou a ser universal, incluindo todos os brasileiros a partir da Constituição de 1988, com a criação do SUS.

A universalidade do Sistema teve como principal caminho para ser viabilizada, a descentralização. As ações e serviços de saúde passaram a ficar a cargo do sistema de saúde municipal, sendo a principal atribuição do município a oferta dos serviços de Atenção Básica.

Entretanto, a realidade encontrada nos municípios, principalmente nos de pequeno porte, após mais de 25 anos de criação do Sistema Único de Saúde, é de ter que arcar com procedimentos para além do primeiro nível de atenção, articulando-os. Essa situação ficou evidente na situação dos municípios estudados, pois todos possuem gastos com média complexidade, além dos gastos com atenção básica, dentro de seus orçamentos em saúde.

A função de articulação entre os níveis e de garantia de acesso a serviços de média e alta complexidade que recai sobre os municípios gera grande peso, tanto no que diz respeito ao orçamento municipal destinado aos serviços de saúde, gastos com recursos próprios dos municípios, capacidade de gestão dos secretários municipais de saúde e dependência de outras instâncias ou serviços para assegurar a equidade e a integralidade da atenção, que além da universalidade são princípios constitucionais.

Nos municípios estudados, a média de gastos constitucionais em saúde correspondeu a 23,9% dos orçamentos municipais. Isso também se refletiu nos gastos com recursos próprios dos municípios em relação ao gasto total em saúde, sendo que em média, cada município arca com mais de 50% dos gastos, chegando, no caso de alguns municípios, a mais de 80%.

Notou-se que os municípios com menor capacidade instalada dependem de serviços localizados em outros municípios e até mesmo de outros estados, além do Consórcio Intermunicipal de Saúde, para garantirem acesso aos serviços de média complexidade. Isso exige dos gestores certa capacidade de articulação, tanto administrativa – na gestão dos orçamentos em saúde dos municípios – quanto política e de poder local para que as estratégias de acesso aos serviços sejam efetivas.

As especialidades de maior dificuldade de acesso levantadas na pesquisa foram: ortopedia, neuro-pediatria e vascular, seguidas das especialidades de urologia, reumatologia otorrinolaringologia, endocrinologia, geriatria e proctologia.

A existência de áreas específicas em que o acesso é mais difícil para os MPP se deve a insuficiência de cotas no consórcio, pela falta de oferta de determinados serviços, pela falta de especialistas, ou da manutenção dos mesmos no sistema, ou ainda, pelo não cumprimento do que está especificado na legislação, quanto à atribuição de vagas para consultas especializadas aos municípios.

Essa capacidade de articulação para garantia de acesso às especialidades, principalmente as mais estranguladas ficou evidente no que se diz respeito à dificuldade do Consórcio de suprir as demandas dos municípios e no grau de dependência que os municípios apresentam do que o Consórcio pode proporcionar. Os municípios, dentro de suas estratégias, são capazes de garantir acesso, em maior ou menor medida, às consultas especializadas, além da capacidade do Consórcio.

Dentro da classificação dos municípios segundo o seu grau de dependência do Consórcio, 10 municípios foram considerados altamente dependentes do consórcio, a sete municípios foi atribuída média dependência e somente um foi classificado como tendo baixa dependência.

As estratégias são utilizadas pelos municípios na tentativa de minorar as dificuldades e para garantir acesso aos serviços para além do consórcio, que atualmente se apresenta como uma instância detentora de poder de decisão no que tange à condução do serviço, ao invés de ser conduzida pelos gestores dos municípios que o compõe, caracterizando uma dificuldade na governança da própria gestão.

Analisando-se os dados e a dinâmica do processo em que se colocam as estratégias em ação, notou-se que os municípios que apresentam menos dependência dos Consórcio não são, necessariamente, aqueles com maiores gastos, ou que arcam com a maior parte das despesas em saúde, mas sim, aqueles com maior capacidade de articulação política e de poder local e também de maior autonomia para a gestão do orçamento da saúde.

As estratégias para a garantia de acesso vão desde a compra de vagas para consultas – o que foi denominado de extra-cota, que pode ser realizado dentro do próprio consórcio para cotas já existentes, ou compra de serviços não contemplados na mensalidade paga pelo município, ou a compra de serviços conveniados em outras regionais – até terceirização de serviços especializados, passando ainda pela

“emergencialização” do caso do usuário, para que ele possa ser atendido via Central de Leitos.

Além dos serviços pactuados, os municípios também realizam o pagamento de consultas direto ao prestador privado – por meio de licitações ou mediante a emissão de notas fiscais.

Os municípios, além dos serviços pagos diretamente e das pactuações com o Consórcio, podem ainda complementar a oferta de consultas com serviços contratados em outras instituições, para suprir a demanda mensal de seus usuários e também contratar especialistas, que passam a fazer parte da folha de pagamento do município. Também pode existir a substituição da consulta médica especializada pela consulta com médico generalista das UBS, na tentativa de suprir as vagas necessárias, e que não são oferecidas pelo Consórcio.

Existem ainda ações que não são denominadas objetivamente de estratégias, mas que auxiliam o gestor e suas equipes a organizar o serviço, enquanto não podem suprir as necessidades do usuário. São elas: orientar que o usuário procure o serviço privado específico para a resolução de sua demanda, quando o serviço não pode ser ofertado pelo SUS; encaminhar o usuário para o serviço de referência, a partir da atenção básica; encaminhar o paciente para especialidade equivalente dentro do Consórcio; e por fim, deixar o paciente em fila de espera até que o serviço possa ser oferecido pelo Consórcio, ou até que o número de vagas seja suprido na especialidade solicitada. Essa ação gera demanda reprimida de procedimentos, que no caso de algumas especialidades é maior que em outras, caracterizando as especialidades de maior dificuldade de acesso.

Dentro da 18ª Regional de Saúde, existem diferentes contextos no tocante à garantia de acesso aos serviços de saúde e o grau de dependência do consórcio, desde municípios totalmente dependentes, cujas estratégias, ou ações não garantem acesso a serviços para além daquilo que o Consórcio oferece, até municípios pouco dependentes, que conseguem extrapolar os limites do CISNOP para que seus usuários tenham acesso a serviços cujas vagas atribuídas para as especialidades são consideradas insuficientes ou não ofertadas.

Apesar dessas estratégias e da experiência de sucesso de alguns municípios, ainda existem especialidades que são consideradas vazias assistenciais, devido ao fato de não serem ofertadas pelo Consórcio nem pelos municípios.

Para todo esse cenário, conclui-se que não existe perspectiva de melhora, ou mudança, a curto ou a médio prazo, porque o instrumento de gestão que poderia ser

utilizado para novas pactuações para a oferta de novos serviços ou complementação dos existentes, o COAP, mostra-se incipiente na Regional, e não tem data prevista para o término de sua elaboração ou publicação.

Uma estratégia do estado para qualificação da atenção de média complexidade foi a criação do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS), com o objetivo de alinhar o modelo de atenção dos CIS com as RAS prioritárias; incentivar o custeio para a ampliação de oferta de serviços especializados; melhorar a estrutura dos Centros de Especialidades das Regionais e integração da atenção de média complexidade com a atenção básica e a alta complexidade. No entanto, até o presente momento, não apresentou o efeito necessário para resolução do problema investigado nesta dissertação.

Para o enfrentamento mais definitivo para a questão de dificuldade de acesso a serviços especializados, seria o fortalecimento da gestão interfederativa, consequentemente o fortalecendo assim os CIS, para que as reuniões da CIR deixassem de representar um espaço de repasse de informações, para efetivamente estabelecer oportunidade de tomada de decisão.

Apesar do levantamento, análise e apresentação do caso da 18ª Regional de Saúde quanto ao acesso a consultas especialidades, a presente pesquisa não foi capaz de alcançar com profundidade a questão, pois os municípios não externalizaram, durante as entrevistas, em profundidade suas articulações com outros serviços, ou até mesmo com outros municípios e instituições, ou revelaram de forma completa a alocação dos recursos a sua disposição para a implementação de suas estratégias e os gastos totais com média complexidade. Notou-se que o tema relacionado à movimentação financeira dentro da gestão dos municípios é dotado de certa obscuridade, sendo que existem gestores que não mencionam exatamente quanto gastam com determinados serviços, ou com suas articulações políticas e administrativas, ou ainda que não autorizam suas equipes a mencionar valores gastos.

Assim, existe possibilidade de novos estudos que se aprofundem nesta questão, possivelmente com a utilização de novas metodologias para a coleta de dados, como a observação participante, coleta qualitativa de dados com grupos focais para o esclarecimentos de questões que não ficaram totalmente claras e também análise documental.

Com essa pesquisa foi possível ir à fundo na problemática do acesso a consultas especializadas na região estudada, explicitando as especialidades mais estranguladas,

tipificando e caracterizando as estratégias dos gestores para a garantia de acesso a esses serviços, contribuindo para a formulação de futuras políticas públicas de saúde para o enfrentamento desta questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento.** São Paulo: HUCITEC; Sobral-CE, 2001. 279p.

ARAÚJO, D; MIRANDA, C. G; BRASIL, S. L. **Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade.** Revista Baiana de Saúde Pública. v.31, s.1. jun./2007 p.20-31.

BATALHA, Elisa. **Para entender o (sub)financiamento do SUS.** REVISTA RADIS – Comunicação e Saúde. Fiocruz. Rio de Janeiro.n. 116, abril/2012.

BLUMM M; SOUZA C. **Autonomia política local: uma revisão de literatura.** Trabalho apresentado no *XXIII Encontro Nacional de Pós Graduação em Administração (ENAMPAD)*, 1999.

BRASIL. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987, 429p.

_____. **Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

_____. **Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990** - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **O Consórcio e a gestão municipal em saúde.** Brasília-DF, 1997. 32p.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno da SAS – Orientações para Contratação de Serviços de Saúde.** Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 1.101 de 12 de junho de 2002 – Parâmetros Assistenciais do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z.** Brasília: Ministério da Saúde/CONASEMS, 2004a.

_____. **Atenção Primária - Seminário do CONASS para construção de consensos.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2004b, v2, 44p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional De Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília-DF, Nov./2005a, 175p.

_____. **Presidência da República. Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005** - Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela Saúde. Brasília Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 248 p

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 240p.

_____. **Decreto nº7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, 29 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, 2012a.

_____. **Presidência da República. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, revoga os dispositivos das leis nº 8.080 de 1990 e 8.689 de 1993 e dá outras providências. Brasília-DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. RENASES – **Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012c. 34p.

_____. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. **Projeto de Lei Orçamentária Anual, 2014**. Brasília, 2013a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Análise do Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2014 e os recursos destinados ao Ministério da Saúde**. Nota Técnica. Brasília, 2013b.

_____. Presidência da República. **Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos**, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013c.

_____. Ministério da Saúde / UFRS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada – Endocrinologia e Nefrologia**. v. 1. Brasília-DF, 2015. 20p.

BRITO, D. F. et. al. A “**universalização excludente**” da política de saúde e sua interface no campo dos direitos sociais. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, V Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Junior. Universidade Vale do Paraíba, 2011.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimentos **de Saúde da Região Macro Norte do Estado do Paraná**. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 12/08/2015.

CAMPOS G. W. S. **Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: Fleury S, organizadora. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p. 417-442.

CARVALHO. B. G., *et. al.* **Organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: Bases de Saúde Coletiva. Editora UEL, Londrina-PR, 2016 – no prelo.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B; CORDONI JR. L. **Organização dos Serviços de Saúde no Brasil**. In: Bases de Saúde Coletiva. Editora UEL. Londrina, PR, 2001.

CARVALHO, D. **O direito pleno à saúde será fruto de mobilização popular (entrevista)**. Região e Redes - Caminho para a universalização da saúde no Brasil. 2014. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-direito-pleno-a-saude-sera-fruto-de-mobilizacao-popular/>. Acesso em 20/02/2015.

CECÍLIO, L. et. al. **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade da atenção**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Demografia Médica no Brasil – Cenários e Indicadores de Distribuição**. Relatório de Pesquisa. Conselho Federal de Medicina / Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Vol. 2. Fev./2013.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **A participação federal no SUS diminui**. Conselho Federal de Medicina. *Jornal Medicina*, n.245, jun./2015a. 12p. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=245>. Acesso em 25/01/2016.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Demografia Médica no Brasil - 2015** Relatório de Pesquisa. Conselho Federal de Medicina, 2015b.

CORDONI JR. L. CARVALHO, B. G.; GIL. C. R. R. **Planejamento em Saúde**. In: Bases de Saúde Coletiva. Editora UEL. Londrina, PR, 2016 – no prelo.

CORNÉLIO PROCÓPIO. 18ª Regional de Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública: 2013-2016**. Cornélio Procópio, 2014. No prelo.

COSTA, I. S. C; SILVEIRA, S. F. R. **Investigação dos Estágios de Desenvolvimento Socioeconômico dos Municípios do Estado do Paraná**. XXXV Encontro Nacional de Pós Graduação em Administração (ENAMPAD), Rio de Janeiro, 2011.

DAIN, S. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. **Revista Trabalho e Educação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 623-632, jan./2008-fev./2009.

DIAS, M. P. **Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte**. 2012. 206p. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2012.

DOBASHI, B. F. **Um novo pacto de gestão do SUS**. *Revista CONASEMS*, v.1, n.14, out.-dez. 2005. p. 47-48.

DOMINGUEZ, B. **Regionalização é o Caminho**. *Revista RADIS*, n. 145. Out./2014, p. 10-17.

FISCHMANN, A. **Médicos por mil habitantes, quantos?** Documento eletrônico. Publicado em: 17/06/2013. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/medicos-por-mil-habitantes-quantos-por-airton-fischmann>. Acesso em 15/05/2015.

GERIGK, W; PESSALI, H. F. **Promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná**. *Revista de Administração Pública*. v. 48, n. 6. nov.-dez./2014. p.1525-1543.

- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 4º ed.
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010. 5º ed.
- GIOVANELLA, L. et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2009, v. 14, n. 3, p. 783-794.
- GOTTEMS, L. B. D et al. **Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades** (Relatório Final da Pesquisa). Brasília, 2008.
- IBAÑEZ, Nelson et al. **Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo**. Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2006, vol.11, n.3, pp. 683-703. ISSN 1413-8123.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Estimativa populacional para o ano de 2015 – Paraná**. Rio de Janeiro, 2015.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Séries Históricas e Estatísticas – Número de Médicos por mil Habitantes**. Rio de Janeiro, 2015b. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>. Acesso em 23/05/2015.
- JESUS, W. L. A; ASSIS. M. M. A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, n. 15, v. 1. p. 161 – 170, 2010.
- LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo. V. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.
- LEITE, F. L. B. **Fusão de municípios: Impactos econômicos e políticos da diminuição do número de municípios em Minas Gerais**. Dissertação de Mestrado em Administração Pública. Universidade do Pinho. Portugal, jun./2014.
- LIMA, L. D. **Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida**. Trabalho e Educação em Saúde. v. 6, n. 3, nov/2008-fev./2009. p. 573-597.
- LIMA, L. D. VIANA, A. L. D. MACHADO, C. V. **Regionalização da saúde no Brasil: Condicionantes de Desafios**. In: Regiões de Saúde, diversidade e processo de

regionalização em Mato Grosso. Scatena João Henrique Gurtler, Kehrig RuthTerezinha, Spinelli Maria Angélica dos Santos, organizadores. 1ª ed. Editora HUCITEC, São Paulo, 2014, p. 21-46.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde do estado do Mato Grosso. **Financiamento do SUS**. Secretaria de Estado de Saúde / Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso. 1ª ed. Cuiabá. Gráfica da Secretaria de Estado de Saúde, 2009.

MENDES, E. V. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007. 154p.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MONNERAT G. L; SENNA M. C. M; SOUZA R. G. **A reorganização dos serviços de saúde no cenário local**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, n. 7, v. 3. 2002. p.509-521.

MORAIS, A. **Ortopedia é o gargalo do SUS no Paraná**. Jornal Gazeta do Povo, edição de 26/08/2011. Curitiba-PR, 2011.

NARDO, J. R. de O; JULIANI, C. M. C. M. **Ouvidoria: Avaliando o acesso aos serviços de saúde**. Artigo Original. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. n. 13, v. 3, 2012. P. 613-622.

NEY, M. S; RODRIGUES, P. H. A. **Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família**. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, n.22 v. 4. 2012. p. 1293-1311.

NICOLETTO, S. C. S. **As Comissões Intergestores Regionais e a Gestão Interfederativa no Norte Do Paraná**. Tese de Doutorado. UEL. Londrina-PR. 2015.

NICOLETTO, S. C. S; CORDONI JR, L; COSTA, N. R. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil**. Revista Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 21 n. 1, jan./fev., 2005. p. 29-38.

OGATA, N. M; MACHADO, M. L. T; CATOIA, E. A. **Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 1, n. 14. P.820-829. 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. 300p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná – 2012-2015. Curitiba: SESA – Secretaria de Estado do Paraná, 2013

PIMENTA, A. L. **Presidente do COSEMS afirma que prefeituras investem mais que Estados e União no financiamento do SUS.** Jornal do Cremesp. Edição 215, 7/2005. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Jornal&id=531>. Acesso em: jul/2014.

REGIÃO E REDES. Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil. **Banco de Indicadores Regionais e Tipologias, 2013.** Disponível em: <http://www.resbr.net.br>. Acesso em 01/04/2015.

ROSA, W. de A. G; LABATE, R. C. **Programa Saúde da Família: A Construção de um novo modelo de assistência.** Revista Latino Americana de Enfermagem. n.13, v. 6, p.1027-34. nov./dez.2005.

SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. **Conceitos de Acesso à saúde.** Revista Panamericana de Saúde Pública. n. 13, v. 3. 2012.

SANTOS, C.H. **Subsídios para elaboração do diagnóstico administrativo de enfermagem.** Legislações e Normas COREN-MG. Ed. Especial. Belo Horizonte: 2002. Gestão 1999/2002. p. 29-32.

SANTOS. L. **Relação Público x Privado na gestão dos serviços de saúde.** Seminário Nacional de Atenção Primária em Saúde e sobre as relações público-privado no Sistema Único de Saúde. Brasília-DF, nov./2010.

SIOPS. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Despesas em Saúde Região Macronorte do Estado do Paraná, 2014.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 10/08/2015.

SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Demonstrativo da despesa com saúde - conforme o anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO).** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 17/09/2015.

SOUZA, C. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, n. 7 v. 3, 2002. P. 431.442.

SPEDO, S. M., PINTO, N. R. da S., TANAKA, O. Y. **O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.20 v. 3. p. 953-972, 2010.

TREVISAN, L. M.; JUNQUEIRA L. A. P. **Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, n. 12, v. 4, 2007, p.893-902.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde.** Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Belo Horizonte. mar./2009. 83p.

URSS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde.** Alma-Ata, 1978.

VASCONCELOS, C. M; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde.** In: Tratado de Saúde Coletiva. Campos, et. al, organizadores. Editora HUCITEC / FIOCRUZ. São Paulo – Rio de Janeiro, 2006. p. 531-562.

VIANA, A. L. D. **Financiamento da Saúde: Impasses ainda não resolvidos.** Revista Trabalho e Educação em Saúde. v. 6, n. 3, nov/2008. p. 599-612.

VIANA, A. L. D. **SUS além dos limites territoriais (entrevista).** Revista Região e Redes - Caminho para a universalização da saúde no Brasil. 2014. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/o-sus-alem-dos-limites-territoriais>. Acesso em: 05/07/2015.

VIANA, A. L et. al. Nota Técnica 1/2015: **Quanto o Brasil mudou I - observações a partir da situação das regiões de saúde nos anos 2000 e 2014** – in Novos Caminhos. Região e Redes, 2015.

VIEIRA, A. C. **Clientelismo e serviços de saúde.** In: Sistema Único de Saúde: universalização X exclusão. Relatório de Pesquisa. Recife, 1998.

WALTRICK, R. **Salário e plantão influenciam escolha de carreiras médicas.** Reportagem do Jornal Gazeta do Povo – versão eletrônica. Texto publicado na versão impressa em 22/09/2011. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/salario-e-plantao-influenciam-escolha-de-carreiras-medicas-cdnn6ezvbdlvb59bag0tqzim>. Acesso em 08/02/2016.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2010. 4º ed.

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Município: _____ **Entrevistado:** _____ **Cargo:** _____ **Data:** ____/____/____.

Parte 1: As perguntas abaixo estão relacionadas a consultas especializadas com profissionais de nível superior que são ofertados pelo município a partir da atenção básica.

1 - Partindo da tabela de procedimentos da RENASES e dos procedimentos oferecidos através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro (CISNOP), aponte a oferta mensal por consulta especializada (número de consultas/mês):

Especialidade	Quantidade/mês	Especialidade	Quantidade/Mês
1.1 Angiologia:		1.11 Ortopedia:	
1.2 Cardiologia:		1.12 Mastologia:	
1.3 Dermatologia:		1.13 Oftalmologia:	
1.4 Gastroenterologia:		1.14 Psiquiatria:	
1.5 Infectologia:		1.15 Endocrinologia:	
1.6 Neurologia:		1.16 Nutricionista:	
1.7 Neuro-pediatria:		1.17 Urologia:	
1.8 Nefrologia:		1.18 Otorrinolaringologia:	
1.9 Obstetrícia de alto risco:		1.19 Geriatria:	
1.10 Reumatologia:		1.20 Proctologia:	
		1.21 Vascular:	

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

2 – Ainda relacionado às consultas especializadas e oferecidas pelo município a partir da Atenção Básica considere as seguintes situações:

1 – Cota suficiente: serviço/especialidade oferecido pelo CISNOP em quantidade que atente a demanda mensal;

2 – Cota Insuficiente: serviço/especialidade oferecido pelo CISNOP, mas a quantidade oferecida não atende a demanda mensal;

3 - Não ofertado pelo Consórcio, mas ofertado pelo Município: o município busca alternativas diferentes das oferecidas pelo Consórcio para garantir o acesso à população ao serviço/especialidade;

4 – Vazio Assistencial: serviço/especialidade não ofertado pelo Consórcio e que o município também não possui condições/estratégias para garantir o acesso à população.

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

2.1 Situação das Consultas eletivas especializadas, realizadas por profissionais de nível superior:

1.1 Angiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.11 Ortopedia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2 Cardiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.12 Mastologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.3 Dermatologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.13 Oftalmologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.4 Gastroenterologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.14 Psiquiatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.5 Infectologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.15 Endocrinologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.6 Neurologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.16 Nutricionista:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.7 Neuro-pediatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.17 Urologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.8 Nefrologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.18 Otorrinolaringologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.9 Obstetrícia de alto risco:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.19 Geriatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.10 Reumatologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.20 Proctologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
					1.21 Vascular:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

3 – Caso o Município ofereça especialidade que o CISNOP oferece **Cota Insuficiente**, de que forma o município faz o pagamento do referido serviço/especialidade? Considere as opções:

1- *Extra Cota: O Município paga integralmente pelo serviço, realizado em curto período de tempo, através de Extra-Cota;*

2- *O Município não paga pelo serviço, mas intermedia o acesso, em curto período de tempo, ao usuário que paga pelo serviço, diretamente ao prestador.*

3- *O Município paga parte do serviço, através de contratualização e o restante é pago pelo usuário;*

4- *O Município não paga por Extra-Cota, mas viabiliza o procedimento, com tempo maior entre a solicitação e o atendimento, em fila de espera para serviço pactuado /contratado fora do Consórcio*

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

3.1 Estratégias para acesso a Especialidades em Cota Insuficiente

1.1 Angiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.11 Ortopedia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2 Cardiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.12 Mastologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.3 Dermatologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.13 Oftalmologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.4 Gastroenterologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.14 Psiquiatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.5 Infectologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.15 Endocrinologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.6 Neurologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.16 Nutricionista:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

1.7 Neuro-pediatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.17 Urologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.8 Nefrologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.18 Otorrinolaringologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.9 Obstetrícia de alto risco:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.19 Geriatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.10 Reumatologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.20 Proctologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
					1.21 Vascular:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

4 – Levando em consideração as especialidades **não ofertadas pelo CISNOP, mas ofertadas pelo município**, quais as formas de contratualização / prestação de serviços que o município dispõe para viabilizar acesso aos usuários?

Considere as seguintes possibilidades:

- 1- *Consórcio Intermunicipal de outra regional de Saúde;*
- 2- *Compra de serviços localizados em outros municípios do Estado do Paraná.*
- 3- *Compra de serviços localizados em outros estados.*
- 4- *Compra de serviços terceirizados dentro do próprio município.*
- 5- *Serviços de Referência e Contra-Referência.*

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

4.1 Especialidades não ofertadas pelo Consórcio, mas ofertadas pelo município.

1.1 Angiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.11 Ortopedia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.2 Cardiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.12 Mastologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.3 Dermatologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.13 Oftalmologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.4 Gastroenterologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.14 Psiquiatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.5 Infectologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.15 Endocrinologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.6 Neurologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.16 Nutricionista:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.7 Neuro-pediatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.17 Urologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.8 Nefrologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.18 Otorrinolaringologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.9 Obstetrícia de alto risco:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.19 Geriatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.10 Reumatologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.20 Proctologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
						1.21 Vascular:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

5 - Nos casos de o acesso do usuário ao serviço se dar pela modalidade de extra-cota, como é realizado o custeio serviço?

- a) – Consórcio intermedia a compra do serviço e o gestor paga, via fatura, pra o próprio Consórcio.

b) – O município entra em contato com o prestador (privado, público ou terceirizado) e paga diretamente pelo serviço.

6 – Nos casos em que o município viabiliza o acesso do usuário ao serviço via modalidade extra-cota e custeia integralmente o serviço, qual o critério utilizado?

- a) – A urgência do caso;
- b) – Condições socioeconômicas do usuário;
- c) – Acesso pessoal que o usuário tem com o próprio gestor;
- d) – Processo de Judicialização;
- e) – Todos os procedimentos são pagos pelo município, irrestritamente.

7 – Em casos de consultas especializadas caracterizadas como Vazio Assistencial (não são disponibilizados nem pelo Consórcio, nem pelo Município), qual encaminhamento dado ao paciente?

1– O gestor solicita a **realização do procedimento**, em ambiente hospitalar, **dentro do próprio município**;

2 – O paciente é colocado **em fila de espera**, e aguarda possibilidade de realização do serviço;

3 – **O acesso ao serviço depende da Regulação Estadual**

4 – **Não garante o acesso pelo SUS.**

5– **Outros.**

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

7.1 Estratégias para garantir o acesso a especialidades consideradas Vazio Assistencial.

1.1 Angiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.11 Ortopedia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.2 Cardiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.12 Mastologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.3 Dermatologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.13 Oftalmologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.4 Gastroenterologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.14 Psiquiatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.5 Infectologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.15 Endocrinologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.6 Neurologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.16 Nutricionista:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.7 Neuro-pediatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.17 Urologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.8 Nefrologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.18 Otorrinolaringologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

1.9 Obstetrícia de alto risco:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.19 Geriatria:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.10 Reumatologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.20 Proctologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
						1.21 Vascular:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

Parte 2: As perguntas abaixo estão relacionadas a procedimentos eletivos e acompanhamentos terapêuticos de média e alta complexidade que são ofertados pelo município a partir da atenção básica.

1 - Partindo da tabela de procedimentos da RENASES e dos procedimentos oferecidos através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro (CISNOP) aponte a oferta mensal por procedimentos especializados (Número de procedimentos/Mês).

PROCEDIMENTO	Quantidade/Mês	PROCEDIMENTO	Quantidade/Mês
2.2.1 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por anemia falciforme e outras hemoglobinopatias:		2.2.14 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia plástica reparadora:	
2.2.4 Atendimento e acompanhamento em reabilitação de pessoas com deficiência:		2.2.17 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias reparadoras para tratamentos de grandes queimados e pacientes com lipoatrofia de face:	
2.2.7 Cirurgias ambulatoriais do sistema geniturinário (exceto vasectomia):		2.2.20 Cirurgias ambulatoriais - vias respiratórias:	
2.2.10 Cirurgias ambulatoriais - aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal:		2.2.23 Demais especialidades cirúrgicas - cirurgia bariátrica:	
2.2.13 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia ginecológica e obstétrica:		2.2.3 Atendimento e acompanhamento de pacientes com depressão pós-parto.	
2.2.16 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias da mama:		2.2.6 Cirurgias ambulatoriais com anestesia.	
2.2.19 Cirurgias ambulatoriais – pele, tecidos subcutâneos e mucosas:		2.2.9 Cirurgias ambulatoriais em nefrologia.	
2.2.22 Demais especialidades cirúrgicas - neurocirurgia:		2.2.12 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia do aparelho circulatório:	
2.2.2 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por doenças endócrinas, metabólicas ou nutricionais:		2.2.15 Cirurgias ambulatoriais – cirurgia torácica:	
2.2.5 Cirurgia ambulatorial do sistema geniturinário - vasectomia:		2.2.18 Cirurgias ambulatoriais – oftalmológicas:	
2.2.8 Cirurgias ambulatoriais do sistema osteomuscular (cirurgias ortopédicas eletivas):		2.2.21 Outras especialidades cirúrgicas – cirurgia vascular:	
2.2.11 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia bucomaxilofacial:		2.2.24 Coleta de material para exame complementar ao diagnóstico, por meio de punção ou biópsia:	

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

2 – Ainda relacionado às consultas especializadas e oferecidas pelo município a partir da Atenção Básica considere as seguintes situações:

1 – *Cota suficiente: serviço/especialidade oferecido pelo CISNOP em quantidade que atente a demanda mensal;*

2 – *Cota Insuficiente: serviço/especialidade oferecido pelo CISNOP, mas a quantidade oferecida não atende a demanda mensal;*

3 – *Não ofertado pelo Consórcio, mas ofertado pelo Município: o município busca alternativas diferentes das oferecidas pelo Consórcio para garantir o acesso à população ao serviço/especialidade;*

4 – *Vazio Assistencial: serviço/especialidade não ofertado pelo Consórcio e que o município também não possui condições/estratégias para garantir o acesso à população;*

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

2.1 Situações dos Procedimentos Especializados

2.2.1 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por anemia falciforme e outras hemoglobinopatias:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.14 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia plástica reparadora:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.4 Atendimento e acompanhamento em reabilitação de pessoas com deficiência:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.17 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias reparadoras para tratamentos de grandes queimados e pacientes com lipoatrofia de face:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.7 Cirurgias ambulatoriais do sistema geniturinário (exceto vasectomia):	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.20 Cirurgias ambulatoriais - vias respiratórias:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.10 Cirurgias ambulatoriais - aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.23 Demais especialidades cirúrgicas - cirurgia bariátrica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.13 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia ginecológica e obstétrica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.3 Atendimento e acompanhamento de pacientes com depressão pós-parto.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.16 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias da mama:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.6 Cirurgias ambulatoriais com anestesia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.19 Cirurgias ambulatoriais – pele, tecidos subcutâneos e mucosas:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.9 Cirurgias ambulatoriais em nefrologia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.22 Demais especialidades cirúrgicas - neurocirurgia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.12 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia do aparelho circulatório:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.2 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por doenças endócrinas, metabólicas ou nutricionais:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.15 Cirurgias ambulatoriais – cirurgia torácica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.5 Cirurgia ambulatorial do sistema geniturinário - vasectomia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.18 Cirurgias ambulatoriais – oftalmológicas:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.8 Cirurgias ambulatoriais do sistema osteomuscular (cirurgias ortopédicas eletivas):	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.21 Outras especialidades cirúrgicas – cirurgia vascular:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.11 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia bucomaxilofacial:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.24 Coleta de material para exame complementar ao diagnóstico, por meio de punção ou biópsia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

3 – Caso o Município ofereça especialidade que o CISNOP oferece **Cota Insuficiente**, de que forma o município faz o pagamento do referido serviço/especialidade? Considere as opções:

1– *Extra Cota: O Município paga integralmente pelo serviço, realizado em curto período de tempo, através de Extra-Cota;*

2– *O Município não paga pelo serviço, mas intermedeia o acesso, em curto período de tempo, ao usuário que paga pelo serviço, diretamente ao prestador.*

3– *O Município paga parte do serviço, através de contratualização e o restante é pago pelo usuário;*

4– *O Município não paga por Extra-Cota, mas viabiliza o procedimento, com tempo maior entre a solicitação e o atendimento, em fila de espera para serviço pactuado /contratado fora do Consórcio.*

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

3.1 Estratégias para acesso a procedimentos em Cota Insuficiente

2.2.1 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por anemia falciforme e outras hemoglobinopatias:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.14 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia plástica reparadora:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.4 Atendimento e acompanhamento em reabilitação de pessoas com deficiência:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.17 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias reparadoras para tratamentos de grandes queimados e pacientes com lipoatrofia de face:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.7 Cirurgias ambulatoriais do sistema geniturinário (exceto vasectomia):	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.20 Cirurgias ambulatoriais - vias respiratórias:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.10 Cirurgias ambulatoriais - aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.23 Demais especialidades cirúrgicas - cirurgia bariátrica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.13 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia ginecológica e obstétrica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.3 Atendimento e acompanhamento de pacientes com depressão pós-parto.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.16 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias da mama:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.6 Cirurgias ambulatoriais com anestesia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.19 Cirurgias ambulatoriais – pele, tecidos subcutâneos e mucosas:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.9 Cirurgias ambulatoriais em nefrologia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.22 Demais especialidades cirúrgicas - neurocirurgia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.12 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia do aparelho circulatório:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.2 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por doenças endócrinas, metabólicas ou nutricionais:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.15 Cirurgias ambulatoriais – cirurgia torácica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.5 Cirurgia ambulatorial do sistema geniturinário - vasectomia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.18 Cirurgias ambulatoriais – oftalmológicas:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.8 Cirurgias ambulatoriais do sistema osteomuscular (cirurgias ortopédicas eletivas):	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.21 Outras especialidades cirúrgicas – cirurgia vascular:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2.2.11 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia bucomaxilofacial:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	2.2.24 Coleta de material para exame complementar ao diagnóstico, por meio de punção ou biópsia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

4 – Levando em consideração as especialidades **não ofertadas pelo CISNOP, mas ofertadas pelo município**, quais as formas de contratualização / prestação de serviços que o município dispõe para viabilizar acesso aos usuários?

Considere as seguintes possibilidades:

- 1- *Consórcio Intermunicipal de outra regional de Saúde;*
- 2- *Compra de serviços localizados em outros municípios do Estado do Paraná.*
- 3- *Compra de serviços localizados em outros estados.*
- 4- *Compra de serviços terceirizados dentro do próprio município.*
- 5- *Serviços de Referência e Contra-Referência.*

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

4.1 Estratégias para garantia de acesso a procedimentos não ofertados pelo Consórcio e ofertados pelo Município

2.2.1 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por anemia falciforme e outras hemoglobinopatias:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.14 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia plástica reparadora:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.4 Atendimento e acompanhamento em reabilitação de pessoas com deficiência:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.17 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias reparadoras para tratamentos de grandes queimados e pacientes com lipoatrofia de face:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.7 Cirurgias ambulatoriais do sistema geniturinário (exceto vasectomia):	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.20 Cirurgias ambulatoriais - vias respiratórias:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.10 Cirurgias ambulatoriais - aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.23 Demais especialidades cirúrgicas - cirurgia bariátrica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.13 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia ginecológica e obstétrica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.3 Atendimento e acompanhamento de pacientes com depressão pós-parto.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.16 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias da mama:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.6 Cirurgias ambulatoriais com anestesia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.19 Cirurgias ambulatoriais – pele, tecidos subcutâneos e mucosas:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.9 Cirurgias ambulatoriais em nefrologia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.22 Demais especialidades cirúrgicas - neurocirurgia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.12 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia do aparelho circulatório:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.2 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por doenças endócrinas, metabólicas ou nutricionais:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.15 Cirurgias ambulatoriais – cirurgia torácica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

2.2.5 Cirurgia ambulatorial do sistema geniturinário - vasetomia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.18 Cirurgias ambulatoriais oftalmológicas:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.8 Cirurgias ambulatoriais do sistema osteomuscular (cirurgias ortopédicas eletivas):	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.21 Outras especialidades cirúrgicas - cirurgia vascular:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.2.11 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia bucomaxilofacial:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	2.2.24 Coleta de material para exame complementar ao diagnóstico, por meio de punção ou biópsia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

5 - Nos casos de o acesso do usuário ao serviço se dar pela modalidade de extra-cota, como é realizado o custeio serviço?

- a) – Consórcio intermedia a compra do serviço e o gestor paga, via fatura, pra o próprio Consórcio.
- b) – O município entra em contato com o prestador (privado, público ou terceirizado) e paga diretamente pelo serviço.

6 – Nos casos em que o município viabiliza o acesso do usuário ao serviço via modalidade extra-cota e custeia integralmente o serviço, qual o critério utilizado?

- a) – A urgência do caso;
- b) – Condições socioeconômicas do usuário;
- c) – Acesso pessoal que o usuário tem com o próprio gestor;
- d) – Processo de Judicialização;
- e) – Todos os procedimentos são pagos pelo município, irrestritamente.

7 – Em casos de procedimentos caracterizados como **Vazio Assistencial** (não são disponibilizados nem pelo Consórcio, nem pelo Município), qual encaminhamento dado ao paciente?

1– O gestor solicita a **internação do usuário no serviço hospitalar** e viabiliza o acesso ao serviço **via central de leitos, através de internação em hospital de referência.**

2– O gestor solicita a **realização do procedimento, em ambiente hospitalar, dentro do próprio município;**

3 – O paciente é colocado **em fila de espera, e aguarda** possibilidade de realização do serviço;

4 – **O acesso ao serviço depende da Regulação Estadual**

5 – **Não garante o acesso pelo SUS.**

6– **Outros.**

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

7.1 Estratégias para garantir o acesso a especialidades consideradas Vazio Assistencial.

2.2.1 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por anemia falciforme e outras hemoglobinopatias:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.14 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia plástica reparadora:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
2.2.4 Atendimento e acompanhamento em reabilitação de pessoas com deficiência:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.17 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias reparadoras para tratamentos de grandes queimados e pacientes com lipoatrofia de face:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
2.2.7 Cirurgias ambulatoriais do sistema geniturinário (exceto vasectomia):	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.20 Cirurgias ambulatoriais - vias respiratórias:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
2.2.10 Cirurgias ambulatoriais - aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.23 Demais especialidades cirúrgicas - cirurgia bariátrica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
2.2.13 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia ginecológica e obstétrica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.3 Atendimento e acompanhamento de pacientes com depressão pós-parto.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
2.2.16 Cirurgias ambulatoriais - cirurgias da mama:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.6 Cirurgias ambulatoriais com anestesia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
2.2.19 Cirurgias ambulatoriais – pele, tecidos subcutâneos e mucosas:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.9 Cirurgias ambulatoriais em nefrologia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
2.2.22 Demais especialidades cirúrgicas - neurocirurgia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.12 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia do aparelho circulatório:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
2.2.2 Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por doenças endócrinas,	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.15 Cirurgias ambulatoriais – cirurgia torácica:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()

metabólicas ou nutricionais:														
2.2.5 Cirurgia ambulatorial do sistema geniturinário - vasetomia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.18 Cirurgias ambulatoriais – oftalmológicas:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	
2.2.8 Cirurgias ambulatoriais do sistema osteomuscular (cirurgias ortopédicas eletivas):	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.21 Outras especialidades cirúrgicas – cirurgia vascular:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	
2.2.11 Cirurgias ambulatoriais - cirurgia bucomaxilofacial:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	2.2.24 Coleta de material para exame complementar ao diagnóstico, por meio de punção ou biópsia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

Parte 3: As perguntas abaixo estão relacionadas a exames e métodos diagnósticos de média e alta complexidade que são ofertados pelo município a partir da atenção básica.

1 - Partindo da tabela de procedimentos da RENASES e dos procedimentos oferecidos através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro (CISNOP), assinale a oferta mensal por exames (Número de exames/mês):

PROCEDIMENTO	Quant./Mês	PROCEDIMENTO	Quant./Mês	PROCEDIMENTO	Quant./Mês
1.1 Diagnósticos por Imagem:		1.4 Diagnóstico por medicina nuclear <i>in vivo</i> - <i>Definição:</i>		1.12 Exames Laboratoriais:	
1.1.1 Diagnóstico por Endoscopia		1.5 Diagnóstico por Radiologia Intervencionista:		1.12.1 Exames Citopatológicos	
1.1.2 Diagnóstico por Radiologia:		1.6 Métodos Diagnósticos:		1.12.2 Exames da Bioquímica do sangue;	
1.1.3 Raio-x		1.6.1 Métodos Diagnósticos em Angiologia;		1.12.3 Exames de análise de urina;	
1.1.4 Mamografia		1.6.2 Métodos Diagnósticos em Cardiologia;		1.12.4 Exames Coprológicos;	
1.1.5 Densitometria óssea		1.6.3 Métodos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista;		1.12.5 Exames Hematológicos;	
1.1.6 Ultrassonografia		1.7 Métodos Diagnósticos em Neurologia;		1.12.6 Exames Microbiológicos;	
1.1.7 Tomografia Computadorizada		1.7.1 Eletroencefalograma;		1.12.7 Exames de Triagem Neonatal;	
1.1.8 Ressonância Magnética		1.7.2 Mapeamento Cerebral		1.12.8 Exames sorológicos e imunológicos;	
1.2 Diagnósticos por testes rápidos:		1.8 Métodos Diagnósticos em Oftalmologia;		- Exames de análises de líquidos biológicos;	
1.2.1 Teste Rápido de HIV;		1.9 Métodos Diagnósticos em Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia		- Exames de Análise Genética	
1.2.2 Teste Rápido de Sífilis		1.10 Métodos Diagnósticos em Urologia;		- Exames de Análise Hormonal	
1.2.3 Teste Rápido Hepatite B;		1.11 Métodos Diagnósticos em Psicologia e Psiquiatria		- Exames Toxicológicos;	

1.2.4 Teste Rápido Hepatite C;					Exames pré-transfusionais doador-receptor: - Doação de Hemoderivados
1.3 Tratamentos Oncológicos:					
1.3.1 Tratamento Oncológico em Radioterapia;					
1.3.2 Tratamento Oncológico em Quimioterapia;					

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

2 – Ainda relacionado às consultas especializadas e oferecidas pelo município a partir da Atenção Básica considere as seguintes situações:

1 – *Cota suficiente: serviço/especialidade oferecido pelo CISNOP em quantidade que atente a demanda mensal;*

2 – *Cota Insuficiente: serviço/especialidade oferecido pelo CISNOP, mas a quantidade oferecida não atende a demanda mensal;*

3 – *Não ofertado pelo Consórcio, mas ofertado pelo Município: o município busca alternativas diferentes das oferecidas pelo Consórcio para garantir o acesso à população ao serviço/especialidade;*

4 – *Vazio Assistencial: serviço/especialidade não ofertado pelo Consórcio e que o município também não possui condições/estratégias para garantir o acesso à população;*

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

2.1 Situação de Exames e Procedimentos Diagnósticos.

1.1 Diagnósticos por Imagem:					1.6.4. Métodos Diagnósticos em Neurologia;				
1.1.1 Diagnóstico por Endoscopia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.4.1 Eletroencefalograma;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.2 Diagnóstico por Radiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.4.2 Mapeamento Cerebral	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.3 Raio-x	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.5 Métodos Diagnósticos em Oftalmologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.4 Mamografia	1 ()	1 ()	3 ()	4 ()	1.6.6 Métodos Diagnósticos em Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia	1 ()	1 ()	3 ()	4 ()
1.1.5 Densitometria óssea	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.7 Métodos Diagnósticos em Urologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.6 Ultrassonografia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.8 Métodos Diagnósticos em Psicologia e Psiquiatria	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.7 Tomografia Computadorizada	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7 Exames Laboratoriais:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.8 Ressonância Magnética	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.1 Exames Citopatológicos	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2 Diagnósticos por testes rápidos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.2 Exames da Bioquímica do sangue;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2.1 Teste Rápido de HIV;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.3 Exames de análise de urina;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2.2 Teste Rápido de Sífilis	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.4 Exames Coprológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2.3 Teste Rápido Hepatite B;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.5 Exames Hematológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2.4 Teste Rápido Hepatite C;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.6 Exames Microbiológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.3 Tratamentos Oncológicos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.7 Exames de Triagem Neonatal;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.3.1 Tratamento Oncológico em Radioterapia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.8 Exames sorológicos e imunológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.3.2 Tratamento Oncológico em Quimioterapia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.9 Exames de análises de líquidos biológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

1.4 Diagnóstico por medicina nuclear <i>in vivo</i> - <i>Definição:</i>	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.10 Exames de Análise Genética	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.5 Diagnóstico por Radiologia Intervencionista:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.11 Exames de Análise Hormonal	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.6 Métodos Diagnósticos:					1.7.12 Exames Toxicológicos;				
1.6.1 Métodos Diagnósticos em Angiologia;					1.7.13 Exames pré-transfusionais doador-receptor: - <i>Doação de Hemoderivados</i>				
1.6.2 Métodos Diagnósticos em Cardiologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.6.3 Métodos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

3 – Caso o Município ofereça especialidade que o CISNOP oferece **Cota Insuficiente**, de que forma o município faz o pagamento do referido serviço/especialidade? Considere as opções:

1.1 Diagnósticos por Imagem:						1.6.4. Métodos Diagnósticos em Neurologia;					
1.1.1 Diagnóstico por Endoscopia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.6.4.1 Eletroencefalograma;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.1.2 Diagnóstico por Radiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.6.4.2 Mapeamento Cerebral	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.1.3 Raio-x	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.6.5 Métodos Diagnósticos em Oftalmologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.1.4 Mamografia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.6.6 Métodos Diagnósticos em Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.1.5 Densitometria óssea	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.6.7 Métodos Diagnósticos em Urologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.1.6 Ultrassonografia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.6.8 Métodos Diagnósticos em Psicologia e Psiquiatria	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.1.7. Tomografia Computadorizada	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7 Exames Laboratoriais:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.1.8 Ressonância Magnética	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.1 Exames Citopatológicos	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.2 Diagnósticos por testes rápidos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.2 Exames da Bioquímica do sangue;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.2.1 Teste Rápido de HIV;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.3 Exames de análise de urina;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.2.2 Teste Rápido de Sífilis	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.4 Exames Coprológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.2.3 Teste Rápido Hepatite B;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.5 Exames Hematológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.2.4 Teste Rápido Hepatite C;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.6 Exames Microbiológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.3 Tratamentos Oncológicos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.7 Exames de Triagem Neonatal;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.3.1 Tratamento Oncológico em Radioterapia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.8 Exames sorológicos e imunológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.3.2 Tratamento Oncológico em Quimioterapia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.9 Exames de análises de líquidos biológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.4 Diagnóstico por medicina nuclear <i>in vivo</i> - <i>Definição:</i>	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.10 Exames de Análise Genética	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.5 Diagnóstico por Radiologia Intervencionista:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.11 Exames de Análise Hormonal	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.6 Métodos Diagnósticos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.12 Exames Toxicológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

1.6.1 Métodos Diagnósticos em Angiologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	1.7.13 Exames pré-transfusionais doador-receptor: - Doação de Hemoderivados	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.6.2 Métodos Diagnósticos em Cardiologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1.6.3 Métodos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

1- Extra Cota: O Município paga integralmente pelo serviço, realizado em curto período de tempo, através de Extra-Cota;

2- O Município não paga pelo serviço, mas intermedeia o acesso, em curto período de tempo, ao usuário que paga pelo serviço, diretamente ao prestador.

3- O Município paga parte do serviço, através de contratualização e o restante é pago pelo usuário;

4- O Município não paga por Extra-Cota, mas viabiliza o procedimento, com tempo maior entre a solicitação e o atendimento, em fila de espera para serviço pactuado /contratado fora do Consórcio.

4 – Levando em consideração as especialidades **não ofertadas pelo CISNOP, mas ofertadas pelo município,** quais as formas de contratualização / prestação de serviços que o município dispõe para viabilizar acesso aos usuários?

Considere as seguintes possibilidades:

- 1- **Consórcio Intermunicipal de outra regional de Saúde;**
- 2- **Compra de serviços localizados em outros municípios do Estado do Paraná.**
- 3- **Compra de serviços localizados em outros estados.**
- 4- **Compra de serviços terceirizados dentro do próprio município.**
- 5- **Serviços de Referência e Contra-Referência.**

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo:

4.1 Exames e Procedimentos Diagnósticos não ofertadas pelo Consórcio, mas ofertadas pelo município.

1.1Diagnósticos por Imagem:					1.6.4. Métodos Diagnósticos em Neurologia;				
1.1.1 Diagnóstico por Endoscopia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.4.1 Eletroencefalograma;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.2 Diagnóstico por Radiologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.4.2 Mapeamento Cerebral	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.3 Raio-x	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.5 Métodos Diagnósticos em Oftalmologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.4 Mamografia	1 ()	1 ()	3 ()	4 ()	1.6.6 Métodos Diagnósticos em Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia	1 ()	1 ()	3 ()	4 ()
1.1.5Densitometria óssea	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.7 Métodos Diagnósticos em Urologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.6 Ultrassonografia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.6.8 Métodos Diagnósticos em Psicologia e Psiquiatria	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

1.1.7.Tomografia Computadorizada	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7 Exames Laboratoriais:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.1.8 Ressonância Magnética	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.1 Exames Citopatológicos	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2 Diagnósticos por testes rápidos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.2 Exames da Bioquímica do sangue;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2.1 Teste Rápido de HIV;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.3 Exames de análise de urina;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2.2 Teste Rápido de Sífilis	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.4 Exames Coprológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2.3 Teste Rápido Hepatite B;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.5 Exames Hematológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.2.4 Teste Rápido Hepatite C;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.6 Exames Microbiológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.3 Tratamentos Oncológicos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.7 Exames de Triagem Neonatal;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.3.1 Tratamento Oncológico em Radioterapia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.8 Exames sorológicos e imunológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.3.2 Tratamento Oncológico em Quimioterapia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.9 Exames de análises de líquidos biológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.4 Diagnóstico por medicina nuclear <i>in vivo</i> - <i>Definição:</i>	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.10 Exames de Análise Genética	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.5 Diagnóstico por Radiologia Intervencionista:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.11 Exames de Análise Hormonal	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.6 Métodos Diagnósticos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.12 Exames Toxicológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.6.1 Métodos Diagnósticos em Angiologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	1.7.13 Exames pré-transfusionais doador-receptor: - <i>Doação de Hemoderivados</i>	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.6.2 Métodos Diagnósticos em Cardiologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
1.6.3 Métodos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014).

5 - Nos casos de o acesso do usuário ao serviço se dar pela modalidade de extra-cota, como é realizado o custeio serviço?

- a) – Consórcio intermedeia a compra do serviço e o gestor paga, via fatura, pra o próprio Consórcio.
- b) – O município entra em contato com o prestador (privado, público ou terceirizado) e paga diretamente pelo serviço.

6 – Nos casos em que o município viabiliza o acesso do usuário ao serviço via modalidade extra-cota e custeia integralmente o serviço, qual o critério utilizado?

- a) – A urgência do caso;
- b) – Condições socioeconômicas do usuário;
- c) – Acesso pessoal que o usuário tem com o próprio gestor;
- d) – Processo de Judicialização;
- e) – Todos os procedimentos são pagos pelo município, irrestritamente.

7 – Em casos de procedimentos caracterizados como Vazio Assistencial (não são disponibilizados nem pelo Consórcio, nem pelo Município), qual encaminhamento dado ao paciente?

1– O gestor solicita a **internação do usuário no serviço hospitalar** e viabiliza o acesso ao serviço **via central de leitos**, através de internação em **hospital de referência**.

2– O gestor solicita a **realização do procedimento**, em ambiente hospitalar, **dentro do próprio município**;

3 – O paciente é colocado **em fila de espera**, e aguarda possibilidade de realização do serviço;

4 – **O acesso ao serviço depende da Regulação Estadual**

5 – **Não garante o acesso pelo SUS.**

6– **Outros.**

Assinale a alternativa que melhor descreve a situação de cada especialidade listada abaixo

7.1 Estratégias para garantir o acesso a Exames e Procedimentos Diagnósticos consideradas Vazio Assistencial.

1.1 Diagnósticos por Imagem:							1.6.4. Métodos Diagnósticos em Neurologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.1.1 Diagnóstico por Endoscopia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.6.4.1 Eletroencefalograma;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.1.2 Diagnóstico por Radiologia:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.6.4.2 Mapeamento Cerebral	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.1.3 Raio-x	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.6.5 Métodos Diagnósticos em Oftalmologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.1.4 Mamografia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.6.6 Métodos Diagnósticos em Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.1.5 Densitometria óssea	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.6.7 Métodos Diagnósticos em Urologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.1.6 Ultrassonografia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.6.8 Métodos Diagnósticos em Psicologia e Psiquiatria	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.1.7 Tomografia Computadorizada	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7 Exames Laboratoriais:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.1.8 Ressonância Magnética	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.1 Exames Citopatológicos	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.2 Diagnósticos por testes rápidos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.2 Exames da Bioquímica do sangue;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.2.1 Teste Rápido de HIV;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.3 Exames de análise de urina;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.2.2 Teste Rápido de Sífilis	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.4 Exames Coprológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.2.3 Teste Rápido Hepatite B;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.5 Exames Hematológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.2.4 Teste Rápido Hepatite C;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.6 Exames Microbiológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()

1.3 Tratamentos Oncológicos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.7 Exames de Triagem Neonatal;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.3.1 Tratamento Oncológico em Radioterapia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.8 Exames sorológicos e imunológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.3.2 Tratamento Oncológico em Quimioterapia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.9 Exames de análises de líquidos biológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.4 Diagnóstico por medicina nuclear <i>in vivo</i> - <i>Definição:</i>	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.10 Exames de Análise Genética	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.5 Diagnóstico por Radiologia Intervencionista:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.11 Exames de Análise Hormonal	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.12 Exames Toxicológicos;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	1.7.13 Exames pré-transfusionais doador-receptor: - <i>Doação de Hemoderivados</i>	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.6 Métodos Diagnósticos:	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.6.1 Métodos Diagnósticos em Angiologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.6.2 Métodos Diagnósticos em Cardiologia;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()
1.6.3 Métodos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista;	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()		1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()

Fonte: BRASIL (2012); 18º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (2014)

8 – Quanto o município gasta em média por serviços realizados por:

- a) – Extra-cota:
- b) – Contratualizações complementares com outros municípios/regionais:
- c) – Contratualizações complementares com o setor privado:
- d) – Contratualizações complementares com serviços terceirizados.
- e) – Contratualizado com CISNOP.

9 – O gestor participa de órgãos colegiados para a discussão das dificuldades de gestão?

1 – SIM. 2 – NÃO.

10 - Existe profissional específico, dentro da equipe de gestão responsável pela regulação dos procedimentos?

1 – SIM. 2 – NÃO.

Se sim, qual o cargo e a formação profissional:

APÊNDICE 2

5.3.1 Municípios com alta dependência do Consórcio

5.3.1.1 Ribeirão do Pinhal

Ribeirão do Pinhal possui população estimada de 13.646 pessoas, para o ano de 2015.

Em 2013 a produção ambulatorial total foi de 348.608 procedimentos, sendo 39.439 procedimentos de média complexidade e 308.517 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito à realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 1.

Tabela 6 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Ribeirão do Pinhal, 2013

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	14.518	36,9	24.921	63,1	39.439	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	295.812	95,9	12.705	4,1	308.517	100
Outros	652	-	-	-	652	100
Total	310.982	89,2	37.626	10,8	348.608	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando os dados da tabela, observa-se que o município segue a tendência da Regional, e em relação aos serviços de Média Complexidade os mesmos são majoritariamente realizados por prestadores privados, e os serviços de Atenção Básica, são realizados em sua quase totalidade por prestadores públicos. O município não realiza serviços de Alta Complexidade.

Segundo dados do SIOPS (2015), em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 4.631.540,00, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 338,27 por habitante/ano. A despesa com recursos próprios do município foi de R\$ 2.650.690,74 sendo a despesa de recursos próprios em saúde por habitante foi de R\$ 193,59. Comparando os montantes das duas fontes, percebe-se que do total gasto relativo aos recursos do município corresponde a 57,2% do total das despesas em saúde.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 22,48% (SIOPS, 2014), 7,4% acima do mínimo de 15% constitucional.

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores no município, segundo o apontado pela equipe gestora (Tabela 2).

Tabela 7 - Gasto Mensal (média) com serviços de Média e Alta Complexidade, Ribeirão do Pinhal, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	1.097,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	9.000,00
Contratualizações complementares com o setor privado (serviços eventuais)	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	8.000,00
Mensalidade para o CISNOP	12.000,00
Total de Pagamento Mensal a Procedimentos de MAC	30.097,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Ribeirão do Pinhal, 2015.

A entrevista foi realizada no mês de março de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária de Saúde e à funcionária responsável pelo setor de agendamento do município.

Oferta de Consultas Especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 1, de acordo com os dados levantados durante a coleta de dados.

Quadro 1 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão, Ribeirão do Pinhal - PR, 2015

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Gastroenterologia	Neurologia	Endocrinologia
Cardiologia	Reumatologia	Neuro-Pediatria	Nutrição
Dermatologia	Ortopedia		Geriatria
Infectologia	Urologia		Proctologia
Nefrologia	Otorrinolaringologia		Cir. Vascular
Obstetrícia de Alto Risco			
Mastologia			
Oftalmologia			
Psiquiatria			

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Ribeirão do Pinhal, 2015.

O município classificou nove especialidades como Cota Suficiente, cinco especialidades como Cota Insuficiente, duas especialidades como Cota Inexistente e cinco especialidades como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 2 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 2 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Ribeirão do Pinhal, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Gastroenterologia Reumatologia Ortopedia Urologia Otorrinolaringologia	Fila de espera	Neurologia	Fila de Espera	Endocrinologia Nutrição Geriatria	Sem Sus
		Neuro-Pediatria	Outros municípios do Estado do Paraná	Proctologia, Vascular	Via outra especialidade

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Ribeirão do Pinhal, 2015.

O município consegue atuar, fora das possibilidades ofertadas pelo Consórcio em apenas uma das especialidades: Neuro-Pediatria. As demais estratégias dependem da disponibilidade do serviço dentro do próprio consórcio, quer seja a estratégia de fila de espera, ou encaminhar o paciente através de outra especialidade dentro do próprio consórcio.

5.3.1.2 Abatiá

Abatiá possui população estimada de 7.823 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 a produção ambulatorial total foi de 599.772 procedimentos, sendo 22.450 procedimentos de média complexidade e 575.416 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito à realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 3.

Tabela 8 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Abatiá, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	-	-	22.450	100	22.450	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	567.631	98,6	7.785	1,4	575.416	100
Outros	1.906	-	-	-	1.906	100
Total	569.537	94,9	30.235	5,1	599.772	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando a Tabela, percebe-se que a maioria dos procedimentos realizados no município é de Atenção Básica, em sua maior parte realizados, por prestadores públicos. Todos os procedimentos de Média Complexidade são realizados por prestadores privados.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 4.187.023,82 o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 533,24 por habitante/ano. O total das despesas com recursos próprios do município no mesmo ano foi de R\$2.713.884,09, sendo a despesa por habitante de R\$ 345,63. Analisando as despesas das duas fontes, percebe-se que o gasto relativo aos recursos do município corresponde a 64,8% do total (SIOPS, 2015).

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 24,92% (SIOPS, 2014), 9,92% acima do mínimo de 15% constitucional.

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores:

Tabela 9 - Gasto Mensal (média) com serviços de Média e Alta Complexidade, Abatiá, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	4.500,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	8.000,00
Contratualizações complementares com o setor privado (serviços eventuais)	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	1.700,00
Mensalidade para o CISNOP	6.680,00
Total de Pagamento Mensal a Procedimentos de MAC	20.880,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Abatiá, 2015.

Além desses valores gastos, a gestora afirma que são repassadas mensalmente a outros municípios ou regionais autorizações de internação hospitalar (AIH). Para a Santa Casa de Cornélio Procópio são repassadas mensalmente três autorizações de internação hospitalar (AIH), para o Hospital Assai 10 AIH, para o Hospital João de Freitas de Arapongas 10 AIH, quatro AIH para o Hospital de Câncer de Londrina de Londrina, e seis AIH para o hospital de Telêmaco Borba.

A entrevista foi realizada no mês de março de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária de Saúde.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 3, de acordo com o que foi levantado com a equipe de gestão, durante a coleta de dados.

Quadro 3 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Abatiá, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Cardiologia	Neurologia	Nutricionista
Dermatologia	Nefrologia	Neuro-Pediatria	Geriatria
Gastroenterologia	Obstetrícia de Alto Risco	Endocrinologia	Proctologia
Infectologia	Reumatologia		Vascular
Otorrinolaringologia	Ortopedia		
	Mastologia		
	Oftalmologia		
	Psiquiatria		
	Urologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Abatiá, 2015.

O município classificou cinco especialidades como Cota Suficiente, nove especialidades como Cota Insuficiente, três como Cota Inexistente e quatro especialidades como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 4 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 4 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Abatiá, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Cardiologia Nefrologia Obstetrícia de Alto Risco Reumatologia Ortopedia Urologia	“Falta 1”	Neurologia	Município paga	Nutrição Geriatria Proctologia	Sem SUS
Mastologia	Usuário Paga	Neuro-Pediatria	Serviço no município	Vascular	Via outra especialidade
Oftalmologia	Central de Leitos	Endocrinologia	Via UBS		
Psiquiatria	Fila de Espera				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Abatiá, 2015.

Observando-se o Quadro 4, pode-se perceber que o município consegue atuar fora das possibilidades ofertadas pelo Consórcio em apenas duas das especialidades onde não há cota suficiente, ou ela é inexistente. As demais especialidades dependem da falta de usuários de outros municípios, do pagamento do procedimento feito pelo

próprio usuário, da central de leitos ou de outra especialidade dentro do Consórcio, por isso o município é considerado com alta dependência do Consórcio.

5.3.1.3 Nova Fátima

Nova Fátima possui população estimada de 8.359 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 a produção ambulatorial total foi de 86.094 procedimentos, sendo 17.794 procedimentos de média complexidade e 67.399 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito à realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 5.

Tabela 10 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Nova Fátima, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	10.648	59,8	7.146	40,2	17.794	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	64.769	96,1	2.630	3,9	67.399	100
Outros	901	-	-	-	901	100
Total	76.318	88,6	9.776	11,4	86.094	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando os dados da tabela, percebe-se que a grande maioria dos procedimentos foi realizada por prestador público. Em relação aos procedimentos de Média Complexidade, o município não seguiu a tendência da Regional: no ano de 2013, os procedimentos foram realizados em sua maioria por prestadores públicos. Outra particularidade deste município é que houve procedimentos de Atenção Básica realizados por prestador privado.

Em 2014, a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 3.694.014,69, sendo R\$ 441,81 por habitante. A despesa em saúde com recursos próprios do município foi de R\$ 2.792.345,41, sendo R\$ 333,97 por habitante. Ao se comparar os recursos das duas fontes, percebe-se que a despesa relativa ao município corresponde a 75,6% do total.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 21,11% (SIOPS, 2014), 6,1% acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, segundo o apontado pela gestora são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 6):

Tabela 11 - Gasto Mensal (média) com serviços de Média e Alta Complexidade, Nova Fátima, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	4.500,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	*
Contratualizações complementares com o setor privado (serviços eventuais)	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	*
Mensalidade para o CISNOP	7.300,00
Total de pagamento mensal para MAC	11.800,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Nova Fátima, 2015.

A Secretária Municipal de Saúde não especificou os valores referentes às contratualizações com outros municípios ou regionais, nem com serviços terceirizados, porém disse que o orçamento mensal em saúde do município é de em média de R\$ 150.000,00, incluindo serviço de transporte de pacientes.

A entrevista foi realizada no mês de março de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária de Saúde.

Oferta de Consultas Especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 5, conforme os dados coletados.

Quadro 5 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Nova Fátima 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Obstetrícia de Alto Risco	Angiologia	Neurologia	Endocrinologia
Mastologia	Cardiologia	Neuro-Pediatria	Geriatria
Otorrinolaringologia	Dermatologia	Nutrição	Proctologia
	Gastroenterologia		Vascular
	Dermatologia		
	Nefrologia		
	Reumatologia		
	Ortopedia		
	Oftalmologia		
	Psiquiatria		
	Urologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Nova Fátima, 2015.

Estratégias para garantia de acesso:

O Quadro 6 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 6 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Nova Fátima, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Angiologia Cardiologia Dermatologia Gastroenterologia Nefrologia Reumatologia Ortopedia Oftalmologia Psiquiatria Urologia	Fila de Espera	Neurologia	Central de Leitos	Endocrinologia Geriatria Proctologia	Sem SUS
		Neuro-Pediatria	Extra-Cota 2	Vascular	Via outra especialidade
		Nutrição	Via UBS		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Nova Fátima, 2015.

Observa-se que o município depende do Consórcio, para 16 das 18 especialidades possíveis, disponibilizando acesso para apenas **duas** especialidades: Neuro-Pediatria e Nutrição dentro de suas estratégias.

5.3.1.4 Itambaracá

Itambaracá possui população estimada de 6.852 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 293.539 procedimentos, sendo 160.873 procedimentos de média complexidade e 131.908 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito a realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 7.

Tabela 12 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Itambaracá, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	-	-	160.873	100	160.873	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	76.403	57,9	55.505	42,1	131.908	100
Outros	758	-	-	-	758	100
Total	77.161	26,3	216.378	73,7	293.539	

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando os dados da tabela percebe-se que o município não realiza procedimentos de Alta Complexidade, e os procedimentos de Média Complexidade são realizados todos por Prestador Privado. Uma particularidade deste município, é que, ao comparar-se todos os procedimentos, observa-se que a maioria é de Média Complexidade, e que mais de 40% dos procedimentos de Atenção Básica foram

realizados, no ano de 2013, por prestador privado. Portanto, pode-se afirmar que, seguindo caminho diferente da tendência da Regional de Saúde, a maioria dos procedimentos ambulatoriais realizados em Itambaracá são realizados por prestador privado.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 2.593.197,72, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 377,52 por habitante/ano. A despesa com recursos próprios do município foi de R\$ 1.745.110,89, sendo a despesa por habitante, de R\$ 254,06. Analisando as despesas das duas fontes, observa-se que a despesa com recursos próprios do município, tanto no geral, como por habitante, corresponde a 67,3% do total.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 15,16% (SIOPS, 2014), 0,16% acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 8):

Tabela 13 - Gasto Mensal (média) com serviços de Média e Alta Complexidade, Itambaracá, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	9.000,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	*
Contratualizações complementares com o setor privado	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	-
Mensalidade para o CISNOP	7.000,00
Total mensal pago para procedimentos de MAC	16.000,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Itambaracá, 2015.

Nota: A entrevista foi realizada no mês de jan./2015. O município havia realizado credenciamento com o Hospital João de Freitas em Arapongas - PR e ainda não havia recebido a primeira fatura.

O Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária de Saúde e à funcionária responsável pelo agendamento de procedimentos no município.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 7, conforme dados coletados durante a entrevista.

Quadro 7 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Itambaracá, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Cardiologia	Neuro-Pediatria	Endocrinologia
Dermatologia	Gastroenterologia		Nutricionista
Infectologia	Neurologia		Geriatria
Obstetrícia de Alto Risco	Nefrologia		Proctologia
Reumatologia	Ortopedia		Vascular
Mastologia	Oftalmologia		
	Psiquiatria		
	Urologia		
	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Itambaracá, 2015.

Em relação à oferta de Consultas Especializadas, cabe ressaltar que a coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2015, e ainda existia o serviço de neurologia no Consórcio. Mesmo assim, a especialidade foi considerada como Cota Insuficiente.

O município considerou seis especialidades como Cota Suficiente, nove especialidades como Cota Insuficiente, uma especialidade como Cota Inexistente e cinco especialidades como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 8 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 8 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Itambaracá, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Cardiologia	Usuário paga	Neuro-Pediatria	Outros Estados	Endocrinologia Nutrição Geriatria	Sem SUS
Gastroenterologia	Município Complementa			Proctologia Vascular	Via outra Especialidade
Neurologia Nefrologia Ortopedia Oftalmologia Urologia Otorrinolaringologia	Fila de Espera				
Psiquiatria	Município Complementa				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Itambaracá, 2015.

Observa-se pela Tabela 8 que o município consegue atuar para garantir acesso a apenas três especialidades: Gastroenterologia, Psiquiatria e Neuro-Pediatria das 15 possíveis. Para as demais, ou depende das vagas do Consórcio, ou não oferece o serviço pelo SUS.

5.3.1.5 Santa Amélia

Santa Amélia possui população estimada de 3684 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 a produção ambulatorial total foi 37.021 procedimentos, sendo 6.591 procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade. O município não realizou produção ambulatorial de Alta Complexidade.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito a realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 9.

Tabela 14 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Santa Amélia, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	-		6.591	100	6.591	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	23.854	78,4	6.576	21,6	30.430	100
Total	23.854	64,4	13.167	35,6	37.021	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando os dados da tabela, observa-se que a maior parte dos procedimentos realizados no município é de Atenção Básica, realizados por prestador público, e que todos os procedimentos de Média Complexidade são realizados por prestadores privados.

Em 2014, a despesa total do SUS em Saúde no município foi de R\$ 6.574.928,71, sendo R\$ 1.764,61 por habitante/ano. A despesa de recursos próprios do município foi de R\$ 4.708.539,71, sendo R\$ 1.263,70 por habitante. Analisando as duas fontes, observa-se que os gastos do município, tanto no geral, como por habitante corresponde a 71,6% do total.

A porcentagem do orçamento do município gasto em saúde no ano de 2014 foi de 34,04%, 19,04% acima do limite constitucional de 15% (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 10):

Tabela 15 - Gasto Mensal (média) com serviços de Média e Alta Complexidade, Santa Amélia, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	4.000,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	7.000,00
Contratualizações complementares com o setor privado	500,00
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	37.000,00
Mensalidade para o CISNOP	4.900,00
Total de Pagamento Mensal a Procedimentos de MAC	53.400,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santa Amélia, 2015.

Os procedimentos pagos via extra-cota são procedimentos contratualizados com o CISNOP, mas não entram na fatura mensal, porque são pagos de acordo com a demanda do município. Esse valor pago por extra-cota pode variar de um mês para outro.

A entrevista foi realizada no mês de janeiro de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária Municipal de Saúde.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 9, conforme a caracterização realizada durante a coleta de dados.

Quadro 9 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Santa Amélia 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Gastroenterologia	Neuro-Pediatria	Geriatria
Cardiologia	Neurologia	Endocrinologia	Proctologia
Dermatologia	Reumatologia	Nutricionista	Vascular
Infectologia	Ortopedia		
Nefrologia	Mastologia		
Obstetrícia de Alto Risco	Oftalmologia		
Psiquiatria	Urologia		
	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santa Amélia, 2015.

Como a coleta de dados foi realizada no mês de Janeiro, a especialidade de Neurologia foi caracterizada como Cota Insuficiente, pois ainda existia o serviço no Consórcio, sendo suspenso a partir do mês de março de 2015.

O município classificou sete especialidades como Cota Suficiente, oito especialidades como Cota Insuficiente, três como Cota Inexistente e três como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 10 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 10 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Santa Amélia, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Gastroenterologia Neurologia Reumatologia Ortopedia Mastologia Oftalmologia Urologia Otorrinolaringologia	Fila de Espera	Neuro-Pediatria	Extra-Cota 2	Geriatria	Sem SUS
		Endocrinologia	Via UBS	Proctologia Vasculard	Via outra especialidade
		Nutricionista	Serviço no Município		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santa Amélia, 2015.

Das 14 especialidades possíveis de atuação, o município consegue garantir acesso a apenas **três**. Para as demais, ou o município depende do Consórcio, ou não oferece o serviço pelo SUS.

5.3.1.6 São Sebastião da Amoreira

São Sebastião da Amoreira possui população estimada de 8.952 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 a produção ambulatorial total foi de 71.568 procedimentos, sendo 16.196 procedimentos de média complexidade e 54.732 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito à realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 11.

Tabela 16 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, São Sebastião da Amoreira, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	6.446	39,8	9.750	60,2	16.196	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	54.732	100	-	-	54.732	100
Outros	640		-		640	100
Total	61.818	86,4	9.750	13,7	71.568	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando-se os dados da Tabela, observa-se que o município segue a tendência da Regional, sendo que os procedimentos de Média Complexidade são realizados, em sua maioria, por Prestador Privado e os procedimentos de Atenção Básica são realizados pelo Prestador Público.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 5.172.678,58, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 578,92 por habitante/ano. A despesa por recursos próprios do município foi de R\$ 3.742.042,66, sendo R\$ 418,81 por habitante. Analisando as duas fontes, observa-se que a despesa com recursos próprios do município corresponde a 72,3% do total (SIOPS, 2015).

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 26,94% (SIOPS, 2014), 11,9% acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 12):

Tabela 17 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, São Sebastião da Amoreira, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	14.000,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	11.000,00
Contratualizações complementares com o setor privado (serviços eventuais)	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	*
Mensalidade para o CISNOP	8.000,00
Total dos paramentos mensais para MAC	33.000,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – São Sebastião da Amoreira, 2015.

A secretária refere que o município contrata serviço terceirizado para laboratório de Análises Clínicas, sem especificar valores.

A entrevista foi realizada no mês de março de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária de Saúde.

Oferta de Consultas Especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 11, conforme a coleta de dados.

Quadro 11 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – São Sebastião da Amoreira, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Gastroenterologia	Angiologia	Neurologia	Endocrinologia
Infectologia	Cardiologia	Neuro-Pediatria	Geriatria
Nefrologia	Dermatologia	Nutricionista	Proctologia
Obstetrícia de Alto Risco	Reumatologia		Vascular
	Ortopedia		
	Mastologia		
	Oftalmologia		
	Psiquiatria		
	Urologia		
	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – São Sebastião da Amoreira, 2015.

O município considera quatro especialidades como Cota Suficiente, 10 especialidades como Cota Insuficiente, três como Cota Inexistente e quatro especialidades como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 12 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 12 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – São Sebastião da Amoreira, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Angiologia Cardiologia Dermatologia Reumatologia Ortopedia Mastologia Oftalmologia Psiquiatria Urologia Otorrinolaringologia	Fila de Espera	Neurologia Neuro-Pediatria	Extra-Cota 2	Endocrinologia Geriatria	Sem SUS
		Nutrição	Via Hospitalar	Proctologia	Via outra especialidade
				Vascular	Via outra especialidade – Com Fila

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – São Sebastião da Amoreira, 2015.

O município consegue garantir acesso dentro de suas estratégias, para três das 17 possíveis. Para as outras, depende do Consórcio, ou não garante acesso aos serviços pelo SUS.

5.3.1.7 Santo Antonio do Paraíso

Santo Antonio do Paraíso possui população estimada de 2.333 habitantes para 2015.

Em 2013 a produção ambulatorial total foi de 34.303 procedimentos, sendo 7.380 procedimentos de Média Complexidade.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito à realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 13.

Tabela 18 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Santo Antonio do Paraíso, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	3.509	47,6	3.871	52,4	7.380	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	26.923	100	-	-	26.923	100
Total	30.432	88,7	3.871	11,3	34.303	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Observando-se a Tabela 13 verifica-se em relação aos procedimentos de Média Complexidade os prestadores privados e públicos realizaram, em 2013, praticamente a mesma quantidade de procedimentos, que no município não existe realização de procedimentos de alta complexidade e que não há realização de procedimentos de Atenção Básica por prestadores privados.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 3.160.036,16, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 1.339,57 por habitante/ano. A despesa de recursos próprios do município, no mesmo ano foi de R\$ 2.134.582,43, sendo R\$ 904,87 por habitante. Analisando as duas fontes, verifica-se que a despesa de recursos próprios do município corresponde a 67,5% do total.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 19,73% (SIOPS, 2014), 4,7% acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 14):

Tabela 19 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Santo Antonio do Paraíso, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	1.500,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	-
Contratualizações complementares com o setor privado	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	1.000,00
Mensalidade para o CISNOP	2.100,00
Valores mensais pagos para procedimentos de MAC	4.600,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santo Antonio do Paraíso, 2015.

A entrevista foi realizada no mês de março de 2015, e o instrumento de coleta de dados foi aplicado à Secretária Municipal de Saúde.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 13, conforme dados levantados com a Secretária de Saúde, durante a coleta de dados.

Quadro 13 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Santo Antonio do Paraíso, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Obstetrícia de Alto Risco	Angiologia	Neuropediatria	Neurologia
	Cardiologia		Endocrinologia
	Dermatologia		Nutricionista
	Gastroenterologia		Geriatria
	Infectologia		Proctologia
	Nefrologia		Vascular
	Reumatologia		
	Ortopedia		
	Mastologia		
	Oftalmologia		
	Psiquiatria		
	Urologia		
	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santo Antonio do Paraíso, 2015.

Somente uma das especialidades ofertadas pelo Consórcio é considerada como Cota Suficiente. Das 20 restantes, 13 são consideradas Cota Insuficiente, uma é considerada Cota Inexistente e seis são consideradas como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 14 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 14 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Rancho Alegre, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Angiologia Cardiologia Dermatologia Gastroenterologia Infectologia Reumatologia Ortopedia Urologia Otorrinolaringologia	Fila	Neuro-pediatria	Extra-Cota	Neurologia Endocrinologia	Usuário Paga
Nefrologia	Extra-Cota				
Mastologia Oftalmologia	Usuário Paga			Nutrição Proctologia	Sem SUS
Psiquiatria	Serviço no Município			Geriatria	Sem demanda / Sem SUS
				Vascular	Via outra especialidade – Com fila

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santo Antonio do Paraíso, 2015.

Das especialidades consideradas como Cota Insuficiente, somente os serviços de Nefrologia e Psiquiatria são ofertados dentro do município. O serviço de Neuro-Pediatria é ofertado via extra-cota dentro do próprio Consórcio. Portanto, das 20 especialidades possíveis, o município consegue atuar somente em três.

Nas especialidades de Mastologia e Oftalmologia, que são consideradas Cota Insuficiente, o município intermedia o acesso ao prestador privado e o serviço é pago pelo usuário. Isso também acontece no serviço de Neurologia e Endocrinologia, que não possuem cota no CISNOP, em que os usuários são orientados a procurar serviços particulares. O município também não garante acesso aos serviços de Nutrição e Proctologia. Os usuários que necessitam de serviço de Vascular são encaminhados via especialidade de Angiologia, mesmo assim, aguardam em fila de espera. O serviço de Geriatria não é ofertado via SUS porque, segundo a gestora não há demanda no município por esse tipo de consulta.

5.3.1.8 Congonhinhas

Congonhinhas possui população estimada para o ano de 2015 de 8.736 pessoas. Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 100.485 procedimentos, sendo 19.531 procedimentos de média complexidade e 80.871 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito a realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 15.

Tabela 20 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Congonhinhas, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	10.957	56,1	8.574	43,9	19.531	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	80.871	-	-	-	80.871	100
Outros	83	100	-	-	83	100
Total	91.911	91,5	8.574	8,5	100.485	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando os dados da tabela, observa-se que o município, em relação aos procedimentos de Média Complexidade, em 2013, não seguiu a tendência da regional, pois, a maioria dos procedimentos foi realizada por prestador público. A maior parte dos procedimentos realizados pelo município é de Atenção Básica, sendo que não realiza procedimentos de Alta Complexidade.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 6.079.254,20, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 699,33 por habitante/ano. A despesa de recursos próprios do município foi de R\$ 4.008.068,29, sendo R\$ 461,07 por habitante (SIOPS, 2015). Analisando as duas fontes, observa-se que a despesa de recursos próprios do município equivale a 65,9% do total.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 18,84% (SIOPS, 2014), 3,8% acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 16):

Tabela 21 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Congonhinhas, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	25.000,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	*
Contratualizações complementares com o setor privado (serviços eventuais)	**
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	78.000,00

Mensalidade para o CISNOP	7.500,00
Valores mensais pagos para procedimentos MAC	110.500,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Congonhinhas, 2015.

Em relação aos serviços contratados em outros municípios ou regionais o secretário diz que paga mensalmente valores correspondentes a AIH no hospital de Santa Mariana, conforme a necessidade dos usuários, sem determinar valores. O secretário relata também que os serviços privados são pagos quando não há possibilidade de oferecer o serviço pelo SUS, conforme a demanda, sem determinar valores.

A entrevista foi realizada no mês de abril de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado ao Secretário de Saúde.

Oferta de consultas especializadas:

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 15, conforme dados coletados durante a entrevista.

Quadro 15 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Congonhinhas, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Cardiologia	Neurologia	Nutricionista
Dermatologia	Gastroenterologia	Neuro-Pediatria	Geriatria
Infectologia	Reumatologia	Endocrinologia	Proctologia
Nefrologia	Ortopedia		Vascular
Obstetrícia de Alto Risco	Oftalmologia		
Mastologia	Psiquiatria		
	Urologia		
	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Congonhinhas, 2015.

O município considera seis especialidades como Cota Suficiente, oito especialidades como Cota Insuficiente, três especialidades como Cota Inexistente e quatro especialidades como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 16 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 16 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Congonhinhas, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Cardiologia Gastroenterologia Reumatologia Ortopedia Oftalmologia Urologia Otorrinolaringologia	Fila	Neurologia	Município paga	Nutrição Proctologia	Sem SUS
Psiquiatria	Serviço no Município	Neuro-Pediatria	Extra-Cota 2	Geriatrics	Via UBS
		Endocrinologia	Via UBS	Vascular	Via outra especialidade

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Congonhinhas, 2015.

Diante das estratégias apontadas pelo município, há possibilidade de resolução de quatro das 15 especialidades consideradas como Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial. O município paga consulta particular em caso de urgências para especialidade de Neurologia, consulta em modalidade extra-cota para consulta de Neuro-Pediatria, oferece o serviço de endocrinologia dentro de Unidade Básica de Saúde e o serviço de Psiquiatria pode ser ofertado também dentro do município. A consulta de Geriatrics ser ofertada por meio da Atenção Básica não foi considerada como resolução porque não é realizada por médico especialista, mas sim, substituída por consulta com médico generalista.

No caso das outras especialidades consideradas como Cota Insuficiente os pacientes aguardam em fila de espera a realização do serviço dentro do Consórcio. No caso da especialidade de Vascular, são encaminhados via especialidade de Angiologia. Para as demais especialidades, o município não garante acesso.

5.3.1.9 Rancho Alegre

Rancho Alegre possui população estimada para o ano 2015 de 3.990 habitantes.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 362.910 procedimentos, sendo 297 o total de procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade, e o restante na Atenção Básica, todos pelo SUS. O município não realizou produção ambulatorial de Média ou Alta Complexidade pelo Setor Privado.

Em 2014, a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 3.527.028,09, sendo R\$ 880,88 por habitante. A despesa de recursos próprios do município foi de R\$

2.890.001,96, sendo R\$ 721,78 por habitante. Analisando as duas fontes, observa-se que a despesa de recursos próprios do município corresponde a 62,6% do total.

A porcentagem do orçamento do município gasto em saúde em 2014 foi de 27,52%, 12,5% acima do mínimo constitucional de 15% (SIOPS, 2015).

Em relação aos valores pagos para os procedimentos de Média e Alta Complexidade neste município, a funcionária entrevistada não apontou os valores porque não recebeu autorização do Secretário de Saúde.

A entrevista foi realizada no mês de março de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à funcionária do setor de Agendamento.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 17, conforme o apontado pela equipe de gestão, durante a coleta de dados.

Quadro 17 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Rancho Alegre, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Nefrologia	Neurologia	Mastologia
Cardiologia	Reumatologia	Neuro-pediatria	Psiquiatria
Dermatologia	Ortopedia	Nutricionista	Endocrinologia
Gastroenterologia	Oftalmologia	Geriatria	Proctologia
Infectologia	Urologia		Vascular
Obstetrícia de Alto Risco	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Rancho Alegre, 2015.

Das 21 especialidades o município considera seis como Cota Suficiente, seis como Cota Insuficiente, quatro como Cota Inexistente e cinco como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 18 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 18 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Rancho Alegre, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Nefrologia Ortopedia	Fila	Neurologia	Outros Municípios	Mastologia	Sem demanda/ Sem SUS

Oftalmologia Otorrinolaringologia			Estado do Paraná		
Reumatologia	Usuário Paga	Neuro-pediatria	Extra-Cota 2	Psiquiatria	Fila até realização
Urologia	“Falta 1”	Nutrição	Via UBS	Endocrinologia	Usuário Paga
		Geriatrics	Serviço no município	Proctologia Vascular	Via outra especialidade

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Rancho Alegre, 2015.

Das especialidades consideradas como Cota Insuficiente, o município não consegue atuar com nenhuma estratégia fora do Consórcio. Isso também acontece com as especialidades consideradas Vazio Assistencial.

Das 15 especialidades possíveis, o município atua em quatro especialidades: Neurologia, encaminhando os pacientes para outro município no Estado do Paraná, Neuro-Pediatria pagando extra-cota; o serviço de nutrição é ofertado em Unidade Básica e o município também possui médico Geriatria.

5.1.5.10 Nova América da Colina

Nova América da Colina possui população estimada de 3.553 habitantes para o ano de 2015.

Em 2013 a produção ambulatorial foi de 64.288 procedimentos, sendo 8.136 procedimentos de produção ambulatorial de Média Complexidade, e 55.409 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito à realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 17.

Tabela 22 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Nova América da Colina, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	579	7,1	7.557	92,9	8.136	100
Alta Complexidade	-		-	-		
Atenção Básica	55.409	100	-	-	55.409	100
Outros	743	100			743	100
Total	56.731	88,3	7.557	11,7	64.288	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando-se os dados da Tabela, verifica-se que o município não realiza procedimentos de Alta Complexidade e que não há realização de atendimentos de Atenção Básica pelo setor privado. Em relação aos procedimentos de Média

Complexidade, o município segue a tendência da Regional, pois são realizados majoritariamente por prestador privado.

Em 2014, a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 3.604.835,99, sendo R\$ 1.013,73 por habitante/ano. A despesa de recursos próprios do município no mesmo ano foi de R\$ 2.256.040,70, sendo R\$ 634,43. Analisando as duas fontes, observa-se que a despesa de recursos próprios do município corresponde a 62,6% do total.

A porcentagem do orçamento do município gasto em saúde no sexto bimestre de 2014 foi de 19,50%, 4,5% acima do mínimo constitucional de 15% (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 18):

Tabela 23 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Nova América da Colina, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	10.000,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	21.500,00
Contratualizações complementares com o setor privado (serviços eventuais)	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	1.250,00
Mensalidade para o CISNOP	10.000,00
Total mensal pago para procedimentos de MAC	42.750,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Nova América da Colina, 2015.

A entrevista foi realizada no mês de abril de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado junto ao Secretário Municipal de Saúde e à funcionária responsável pelo setor de Agendamento.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 19 e foi levantada durante a coleta de dados, conforme a indicação da equipe de gestão.

Quadro 19 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Nova América da Colina, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Dermatologia	Neurologia	Endocrinologia
Cardiologia	Nefrologia	Neuro-Pediatria	Nutricionista
Gastroenterologia	Reumatologia		Geriatrics
Infectologia	Ortopedia		Proctologia
Obstetrícia de Alto Risco	Oftalmologia		Vascular
Mastologia	Psiquiatria		
	Urologia		

	Otorrinolaringologia		
--	----------------------	--	--

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Nova América da Colina, 2015.

O município considera seis especialidades como Cota Suficiente, oito especialidades como Cota Insuficiente, duas especialidades como Cota Inexistente e cinco especialidades como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 20 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 20 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Nova América da Colina, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Dermatologia Otorrinolaringologia	Município Complementa	Neurologia	Fila até a realização	Endocrinologia Geriatrics	Usuário paga
Nefrologia Reumatologia Ortopedia Urologia	Fila de Espera	Neuro-Pediatria	Outro município Estado do Paraná	Nutrição Proctologia	Sem SUS
Oftalmologia	Outro município Estado do Paraná			Vascular	Via outra especialidade
Psiquiatria	Serviço no Município				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Nova América da Colina, 2015.

Das 15 especialidades possíveis, o município consegue atuar para a garantia de acesso de **cinco**: Dermatologia e Otorrinolaringologia têm seu número insuficiente de cotas complementado através de pactuação com outros municípios; os pacientes que necessitam de oftalmologia são encaminhados para outros municípios dentro do estado do Paraná; o serviço de Psiquiatria é ofertado dentro do município. Os usuários que necessitam de atendimento de Neuro-Pediatria são encaminhados para outros municípios dentro do estado. Para as demais especialidades consideradas como Cota Insuficiente, os usuários aguardam em fila de espera. Para a especialidade de Endocrinologia e Geriatrics o município intermedia o acesso ao prestador particular, e o serviço é pago pelo usuário. O serviço de Nutrição e Proctologia não são ofertados pelo SUS, e o serviço de Vascular é atendido através da especialidade de Angiologia.

Em relação ao serviço de Neurologia, o município aguarda o restabelecimento das cotas pelo Consórcio. Não foi considerado Vazio Assistencial porque o gestor e a funcionária responsável pelo agendamento consideram essa falta de oferta do serviço uma condição temporária.

5.3.2 Municípios Parcialmente Dependentes do Consórcio

5.3.2.1 Santa Cecília do Pavão

Santa Cecília do Pavão possui população estimada de 3.597 habitantes para o ano de 2015.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 975.804 procedimentos, sendo 15.375 de produção ambulatorial de Média Complexidade. O município não realizou produção ambulatorial de Alta Complexidade – por prestadores públicos ou privados.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito à realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 19:

Tabela 24 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Santa Cecília do Pavão, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	3.051	19,9	12.324	80,1	15.375	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	960.429	-	-	-	960.429	100
Total	963.480	98,7	12.324	1,3	975.804	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Em 2014, a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 2.118.382,27, sendo R\$ 584,38 por habitante/ano. A despesa com recursos próprios do município, no mesmo ano, foi de R\$ 1.651.908,30, sendo R\$ 455,70 por habitante. Analisando as duas fontes, observa-se que a despesa de recursos próprios do município corresponde a 77,9% do total das despesas em saúde.

A porcentagem do orçamento do município gasto em saúde, no ano de 2014 foi de 21,7%, 6,7% acima do limite constitucional de 15% (SIOPS, 2015).

Em relação ao valor pago mensalmente para procedimentos de MAC, a entrevistada não informou valores. Disse que essas informações só poderiam ser fornecidas pelo secretário de saúde.

A entrevista foi realizada no mês de abril de 2015. O Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à enfermeira responsável pela Atenção Básica.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 21.

Quadro 21 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Santa Cecília do Pavão, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Cardiologia	Neuro-Pediatria	Neurologia
Gastroenterologia	Dermatologia	Obstetrícia de Alto Risco	Mastologia
Infectologia	Nefrologia	Endocrinologia	Geriatria
Reumatologia	Ortopedia	Nutricionista	Proctologia
Urologia	Oftalmologia		Vascular
	Psiquiatria		
	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santa Cecília do Pavão, 2015.

Das 21 especialidades cinco são consideradas como Cota Suficiente, sete são consideradas como Cota Insuficiente, quatro são consideradas como Cota Inexistente e cinco foram consideradas como Vazio Assistencial.

Cabe ressaltar que para a especialidade de Obstetrícia de Alto Risco, o município não utiliza as vagas ofertadas pelo CISNOP porque conta com profissional no município. Por questões metodológicas, a especialidade foi classificada na categoria de Cota Inexistente.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 22 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 22 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Santa Cecília do Pavão, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Cardiologia Dermatologia Nefrologia Ortopedia Otorrinolaringologia	Fila	Neuro-Pediatria	Extra-Cota 2	Neurologia	Fila até realização
Oftalmologia	TFD	Obstetrícia de Alto Risco	Serviço no município	Mastologia	Sem demanda/ Sem SUS
Psiquiatria	Serviço no Município	Endocrinologia Nutrição	Via UBS	Geriatria Proctologia Vascular	Sem SUS

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santa Cecília do Pavão, 2015.

Das 16 especialidades, o município consegue atuar para a resolução de seis delas: Oftalmologia, encaminhando o usuário para o serviço de referência, Psiquiatria ofertando o serviço dentro do município, Neuro-Pediatria pagando consulta na modalidade de extra-cota, Obstetrícia de Alto Risco utilizando o serviço de profissional do município. O serviço de Endocrinologia e Nutrição são ofertados pelo município em Unidade Básica de Saúde.

Para os demais serviços, nos que são considerados como Cota Insuficiente os usuários aguardam em fila de espera. Em relação ao serviço de neurologia, os usuários são colocados em fila de espera, indefinidamente, aguardando possibilidade de realização do serviço. O serviço de Mastologia não é ofertado, porque, segundo a entrevistada não existe demanda desse tipo de consulta no município. O serviço de Vascular é encaminhado por meio da especialidade de Angiologia. Os demais não são ofertados pelo SUS.

5.3.2.2 Santa Mariana

Santa Mariana possui população estimada de 12.432 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 104.247 procedimentos, sendo 13.816 procedimentos de média complexidade e 89.960 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito a realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 20:

Tabela 25 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Santa Mariana, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	-	-	13.816	100	13.816	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	89.960	100	-	-	89.960	100
Outros	471	100	-	-	471	-
Total	90.431	86,7	13.816	13,3	104.247	-

Fonte: Região e Redes, 2013.

Observa-se que o município não realizou procedimentos de Alta Complexidade, que os Procedimentos de Média Complexidade foram todos realizados por Prestador Privado e que os procedimentos de Atenção Básica foram todos realizados por Prestador Público, seguindo a tendência da Regional de Saúde.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 8.705.467,58, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 696,66 por habitante/ano. O total da despesa com recursos do próprio município, no mesmo ano, foi de R\$ 6.954.235,27, sendo R\$ 556,52 por habitante. Analisando as duas fontes, observa-se que a despesa de recursos próprios do município equivaleu a 79,9% do total.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 34,68% (SIOPS, 2014), 19,6% acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 21):

Tabela 26 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Santa Mariana, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	25.300,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	*
Contratualizações complementares com o setor privado (serviços eventuais)	6.000,00
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	*
Mensalidade para o CISNOP	12.000,00
Total mensal pago para procedimentos de MAC	43.300,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santa Mariana, 2015.

Em relação às contratualizações complementares com outros municípios/regionais e contratualizações complementares com serviços terceirizados, as entrevistadas não informaram valores.

A entrevista foi realizada no mês de fevereiro de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado às funcionárias responsáveis pelo setor de agendamento do município.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 23, conforme dados levantados durante a entrevista com a equipe de gestão.

Quadro 23 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Santa Mariana, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Neurologia	Neuro-Pediatria	Psiquiatria
Cardiologia	Reumatologia	Mastologia	Endocrinologia
Dermatologia	Ortopedia	Geriatria	Nutricionista
Gastroenterologia			Proctologia
Infectologia			Vascular

Nefrologia			
Obstetrícia de Alto Risco			
Oftalmologia			
Urologia			
Otorrinolaringologia			

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santa Mariana, 2015.

O município considera 10 especialidades como Cota Suficiente, três especialidades como Cota Insuficiente, três como Cota Inexistente e cinco como Vazio Assistencial. Cabe ressaltar que no mês de fevereiro de 2015 ainda existia programação de vagas para o serviço de neurologia – que foi interrompido a partir do mês de março. Mesmo assim a cota programada foi considerada como Insuficiente para o serviço.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 24 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 24 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Santa Mariana, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Neurologia Reumatologia	Extra-Cota 1	Neuro-Pediatria Geriatria	Serviço no Município	Psiquiatria Endocrinologia Nutrição Proctologia	Sem SUS
Ortopedia	Serviço no município	Mastologia	Serviço no Município	Vascular	Via outra especialidade

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Santa Mariana, 2015.

O município consegue suprir as três especialidades consideradas como Cota Insuficiente através de pagamento de extra-cota ou terceirizando o serviço dentro do município. Para as especialidades de neuro-pediatria e geriatria o município oferece o serviço, ou através de profissionais terceirizados dentro do município. Portanto, o município consegue atuar para a garantia de acesso a seis especialidades. Os profissionais da equipe gestora relataram que o município não utiliza o serviço de Mastologia do CISNOP porque possui médico no município, que supre a demanda dos usuários.

Cabe ressaltar que a equipe de gestão, em relação à especialidade de Psiquiatria, refere que o CAPS não funciona, incluindo assim, essa especialidade na categoria de

Vazio Assistencial. Os usuários que necessitam da especialidade de Vascular são encaminhados através da especialidade de Angiologia. Para as demais especialidades consideradas como Vazio Assistencial não existe acesso pelo SUS.

5.3.2.3 São Jerônimo da Serra

São Jerônimo da Serra possui população estimada de 11.553 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 178.136 procedimentos, sendo 52.681 procedimentos de média complexidade e 125.095 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito à realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 22.

Tabela 27- Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, São Jerônimo da Serra, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	20.569	39,1	32.112	60,9	52.681	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	--
Atenção Básica	122.771	98,1	2.324	1,9	125.095	100
Outros	360	-	-	-	360	100
Total	143.700	80,7	34.436	19,3	178.136	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando os dados da Tabela, observa-se que os procedimentos de Atenção Básica são, em sua maior parte, executados por prestador público, e os de Média Complexidade por prestador privado. Entretanto, observa-se que quase 40% dos procedimentos de Média Complexidade são realizados por prestador público. Então, olhando para os números totais, observa-se que a maioria dos procedimentos, incluindo os de AB e MC são realizados pelo prestador público.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 5.625.059,09, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 486,18 por habitante/ano. A despesa com recursos próprios do município no mesmo ano foi de R\$ 3.796.376,73, sendo R\$ 328,12 por habitante. Analisando as duas fontes, observa-se que a despesa com recursos do município corresponde a 67,5 % do total (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 23):

Tabela 28 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, São Jerônimo da Serra, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	10.000,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	15.000,00
Contratualizações complementares com o setor privado (serviços eventuais)	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	400.000,00
Mensalidade para o CISNOP	12.000,00
Total mensal pago para procedimentos de MAC	437.000,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – São Jerônimo da Serra, 2015.

A gestora esclarece que o valor médio de R\$ 400.000,00 para serviços terceirizados engloba serviços contratados de neurologista, cardiologista, dermatologista e ultrassonografia, juntamente com aluguel de máquina de raio-x e plantão hospitalar.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 23,04% (SIOPS, 2014), 8 % acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

A entrevista foi realizada no mês de abril de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária de Saúde.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 25, conforme coleta de dados realizada no município.

Quadro 25 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – São Jerônimo da Serra, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Cardiologia	Neurologia	Endocrinologia
Gastroenterologia	Dermatologia	Neuro-Pediatria	Geriatria
Infectologia	Infectologia	Nutricionista	Proctologia
Obstetrícia de Alto Risco	Reumatologia		Vascular
Mastologia	Ortopedia		
Psiquiatria	Oftalmologia		
	Urologia		
	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – São Jerônimo da Serra, 2015.

Das 21 especialidades, seis são consideradas Cota Suficiente, oito são consideradas Cota Insuficiente, três consideradas como Cota Inexistente e quatro são consideradas como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 26 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 26 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – São Jerônimo da Serra, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Cardiologia Dermatologia	Município Complementa	Neurologia	Serviço no Município	Endocrinologia	Judicialização
Dermatologia	Município Complementa	Neuro-Pediatria	Referência e Contra-Referência	Geriatria	Sem SUS
Infectologia Reumatologia Ortopedia Oftalmologia Otorrinolaringologia	Fila	Nutricionista	Via UBS	Proctologia Vascular	Via outra especialidade
Urologia	Fila de Espera / SCCP				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – São Jerônimo da Serra, 2015.

O município atua para a garantia de acesso a seis especialidades – considerando o envio de pacientes para avaliação de urologia para a Santa Casa de Cornélio Procópio – das 15 possíveis: Cardiologia e Dermatologia, complementando o número de vagas ofertadas; Neurologia, utilizando serviço de profissional terceirizado dentro do município; Neuro-Pediatria, encaminhando o usuário por meio de Referência e Contra-Referência para serviço de referência e Nutrição, por meio de serviço ofertado em Unidade Básica de Saúde. Também atua para a garantia de acesso à especialidade de Endocrinologia, quando acontece processo de judicialização, porém esse serviço não foi colocado na mesma categoria dos demais, porque esse processo não é usual no município.

Para a especialidade de Geriatria não existe acesso pelo SUS. Os usuários que necessitam das especialidades de Proctologia e Vascular são encaminhados através da especialidade de Gastroenterologia e Angiologia respectivamente.

5.3.2.4 Sapopema

Sapopema possui população estimada para o ano de 2015 de 6.908 pessoas.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 114.373 procedimentos, sendo 12.191 procedimentos de média complexidade e 102.005 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito a realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 24.

Tabela 29 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Sapopema, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	3.652	29,9	8.539	70,1	12.191	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	102.005	100,0	-	-	102.005	100
Outros	177					
Total	105.834	92,5	8.539	7,5	114.373	100

Fonte: Região e Redes, 2015.

Analisando os dados da tabela, observa-se que embora o prestador público tenha realizado procedimentos de Média Complexidade – realizados em sua maioria por prestador privado – no ano de 2013, sua produção concentrou-se na Atenção Básica.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 4.148.922,41, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 600,42 por habitante/ano. A despesa de recursos próprios do município no mesmo ano foi de R\$ 2.681.708,65, sendo R\$ 388,09 por habitante (SIOPS, 2015). Analisando as duas fontes, observa-se que a despesa com recursos próprios do município foi 64,6% do total.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 24,21% (SIOPS, 2014), 9,21% acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores:

Tabela 30 - Gasto Mensal (médio) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Sapopema, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	2.500,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	*
Contratualizações complementares com o setor privado	1.500,00
Contratualizações complementares com serviços terceirizados (serviços eventuais)	-
Mensalidade para o CISNOP	8.900,00
Total mensal pago para procedimentos de MAC	12.900,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Sapopema, 2015.

Em relação às contratualizações com outros municípios ou regionais, o município gasta o valor relativo a três Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) em Cornélio Procópio (Santa Casa), 10 AIH Hospital Assai, 10 AIH Araçongas, quatro AIH Londrina (ICL) e seis AIH em Telêmaco Borba.

A entrevista foi realizada no mês de abril de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado ao Secretário de Saúde e ao funcionário responsável pelo agendamento de procedimentos nos municípios.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 27, conforme coleta de dados.

Quadro 27 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Sapopema, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Dermatologia	Neurologia	Endocrinologia
Cardiologia	Ortopedia	Neuro-Pediatria	Geriatria
Gastroenterologia	Psiquiatria	Nutricionista	Proctologia
Infectologia	Urologia		Vascular
Nefrologia	Otorrinolaringologia		
Obstetrícia de Alto Risco			
Reumatologia			
Mastologia			
Oftalmologia			

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Sapopema, 2015.

O município considera como Cota Suficiente 10 especialidades, cinco como Cota Insuficiente, três como Cota Inexistente e quatro como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 28 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 28 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Sapopema, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Dermatologia Urologia	Município Complementa	Neurologia	Central de Leitos	Endocrinologia	Contato pessoal do Gestor com o prestador
Ortopedia	Fila de Espera	Neuro-	Extra-Cota 2	Geriatria	Sem SUS

Otorrinolaringologia		Pediatria			
Psiquiatria	Serviço no Município	Nutrição	Via UBS	Proctologia	Outra especialidade / Usuário paga
				Vascular	Via outra especialidade

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Sapopema, 2015.

Das 12 especialidades possíveis, o município atua em seis para a garantia de acesso. Em relação às especialidades consideradas Cota Insuficiente, o município faz complementação de vagas para os serviços de Dermatologia e Urologia e oferece o serviço de Psiquiatria no município.

O município conta com a Central de Leitos para os casos que necessitam de atendimento de Neurologia, paga consulta de Neuro-Pediatria via extra-cota para o próprio CISNOP e oferece o serviço de nutrição via Unidade Básica de Saúde.

O serviço de Endocrinologia é oferecido para os pacientes devido a contato pessoal do gestor com o prestador – neste caso, o Secretário Municipal de Saúde não afirmou se existe, ou não, cobrança para o município ou para o usuário. O serviço de Geriatria não é oferecido pelo SUS. O serviço de Proctologia é ofertado via outra especialidade, porém o usuário paga pelo serviço. A especialidade de Vascular é atendida via Angiologia.

5.3.2.5 Sertaneja

Sertaneja possui população estimada de 5.724 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 116.681 procedimentos, sendo 16.076 procedimentos de média complexidade e 100.241 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito à realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 26.

Tabela 31 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Sertaneja, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%		
Média Complexidade	5.328	33,1	10.748	66,9	16.076	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	100.241	100	-	-	100.241	100
Outros	364	100	-	-	364	100
Total	105.933	90,8	10.748	9,2	116.681	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando os dados da Tabela, observa-se que o município não realizou procedimentos de alta complexidade em 2013, e que os serviços de Média Complexidade são realizados, em sua maioria, por Prestadores Privados, e que os serviços de Atenção Básica são realizados totalmente pelo Prestador Público, seguindo a tendência da Regional.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 5.245.238,20, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 908,90 por habitante/ano. A despesa com recursos próprios do município foi de R\$ 4.291.694,29, sendo R\$ 743,67 por habitante. Analisando-se as duas fontes, percebe-se que a despesa com recursos próprios de saúde do município corresponde a 81,8% do total.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 24,92% (SIOPS, 2014), 9,9% acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, a funcionária responsável pela regulação dos procedimentos não passou informações a cerca do que é gasto pelo município por não ser autorizada pelo gestor a passar esse tipo de informação.

A entrevista foi realizada no mês de março de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à funcionária responsável pelo agendamento de procedimentos no município.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 29:

Quadro 29 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Sertaneja, 2015

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Cardiologia	Angiologia	Neuro-Pediatria	Neurologia
Infectologia	Dermatologia	Nutricionista	Endocrinologia
Nefrologia	Gastroenterologia	Proctologia	Geriatria
Obstetrícia de Alto Risco	Reumatologia		Vascular
Oftalmologia	Ortopedia		
Otorrinolaringologia	Mastologia		
	Psiquiatria		
	Urologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Sertaneja, 2015.

O município considera seis especialidades como Cota Suficiente, oito especialidades como Cota Insuficiente, três especialidades como Cota Inexistente e quatro especialidades como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 30 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 30 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas – Sertaneja, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Angiologia Reumatologia Psiquiatria Urologia	Fila	Neuro-Pediatria	Extra-Cota 2	Neurologia	SCCP (Emergência)
Dermatologia Gastroenterologia Mastologia	Município Complementa	Nutricionista	Via UBS	Endocrinologia Geriatria	Sem SUS
Ortopedia	Extra-Cota 3	Proctologia	Serviço no Município	Vascular	Via outra especialidade – Com fila

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Sertaneja, 2015.

Das 15 especialidades possíveis, o município consegue atuar em sete para a garantia de acesso aos serviços. Em relação às especialidades consideradas como Cota Insuficiente o município complementa o número de vagas para as especialidades de Dermatologia, Gastroenterologia e Mastologia. Para a especialidade de Ortopedia o município garante acesso pagando consultas em modalidade de extra-cota por meio de pactuação realizada com outra Regional de Saúde.

Em relação às especialidades consideradas como Cota Inexistente, o município atua por meio de extra-cota para o CISNOP para a especialidade de Neuro-Pediatria, oferece acesso à especialidade de Nutrição em Unidade Básica de Saúde e oferece serviço de Proctologia com médico no município.

Das especialidades consideradas como Vazio Assistencial, no caso de Neurologia, o município encaminha os pacientes para a Santa Casa de Cornélio Procópio somente em caso de emergência, não existindo atendimento para consultas eletivas. Os usuários que necessitam de consultas com Vascular são encaminhados via

Angiologia, porém necessitam de aguardar em fila de espera. As especialidades de Geriatria e Proctologia não são fornecidas pelo SUS.

5.3.2.6 – Urai

Urai possui população estimada de 11.695 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 33.904 procedimentos, sendo 20.873 procedimentos de média complexidade e 12.500 de Atenção Básica.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito a realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 27.

Tabela 32 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Urai, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	12.394	54,1	10.522	45,9	22.916	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	10.351	98,9	106	1,1	10.457	100
Outros	531	100	-	-	531	100
Total	23.276	68,6	10.628	31,4	33.904	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Analisando-se os dados da tabela, observa-se que o município não segue a tendência da Regional, no que diz respeito aos procedimentos de Média Complexidade, pois os mesmos foram realizados em sua maioria por prestador público. O prestador privado também realizou procedimentos de Atenção Básica, embora os mesmos tenham sido realizados em sua grande maioria pelo prestador público.

Em 2014 a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 4.189.957,67, o que corresponde a um gasto em saúde de R\$ 357,78 por habitante/ano. A despesa com recursos próprios em saúde do município foi de R\$ 2.979.543,96, sendo R\$ 254,42 por habitante (SIOPS, 2015). Analisando as duas fontes, observa-se que a despesa paga com recursos próprios do município corresponde a 71,1% do total.

O percentual do orçamento gasto em saúde no ano de 2014 foi de 18,62% (SIOPS, 2014), 3,6% acima do mínimo de 15% constitucional (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 28):

Tabela 33 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Urai, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	28.000,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	*
Contratualizações complementares com o setor privado (serviços eventuais)	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	-
Mensalidade para o CISNOP	10.200,00
Total mensal pago para procedimentos de MAC	38.200,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Urai, 2015.

Quanto às contratualizações complementares com outros municípios/regionais: a pesquisa foi realizada em Jan./2015 e o município acabara de fechar credenciamento através do CISNOP com o hospital João de Freitas, e o município ainda não havia recebido a fatura.

A entrevista foi realizada no mês de janeiro de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária de Saúde.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 31, e foi assim apontada durante a coleta de dados.

Quadro 31 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Urai, 2015

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Dermatologia	Angiologia	Neuro-Pediatria	Endocrinologia
Obstetrícia de Alto Risco	Cardiologia	Nutrição	Geriatria
Nefrologia	Gastroenterologia		Proctologia
Oftalmologia	Infectologia		Vascular
Psiquiatria	Neurologia		
Otorrinolaringologia	Reumatologia		
	Ortopedia		
	Mastologia		
	Urologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Urai, 2015.

Das 21 especialidades, o município considera seis como Cota Suficiente, nove como Cota Insuficiente, duas como Cota Inexistente e quatro como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 32 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 32 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas –Urai, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Angiologia	Outra Regional	Neuro-Pediatria	Extra-Cota 2	Endocrinologia	Município paga (social).
Cardiologia Neurologia Reumatologia Mastologia	Fila de Espera	Nutricionista	Serviço no Município	Geriatria Proctologia	Sem SUS
Gastroenterologia Urologia	Município Complementa				
Infectologia	Serviço no Município			Vascular	Fila até realização
Ortopedia	Central de Leitos				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Urai, 2015.

O município é capaz de garantir acesso, através de suas estratégias, para sete das 15 especialidades possíveis. Em relação àquelas consideradas Cota Insuficiente, o município complementa as vagas para as especialidades de Gastroenterologia e Urologia, terceiriza o serviço de infectologia dentro do próprio município, e encaminha os pacientes de Angiologia para outra regional, por meio de pactuação. Em caso de urgências ortopédicas encaminha os pacientes para o serviço de referência, via Central de Leitos.

Cabe ressaltar que em janeiro de 2015, quando os dados foram coletados no município, ainda existia o serviço de neurologia no CISNOP, com oferta de vagas mensais, entretanto a cota de vagas foi considerada como insuficiente.

Em relação às especialidades consideradas Cota Inexistente o município paga as consultas de Neuro-Pediatria via extra-cota dentro do próprio CISNOP e terceiriza o serviço de Nutrição dentro do município.

5.3.2.7 Leópolis

Leópolis possui população estimada de 4.165 pessoas para o ano de 2015.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 53.576 procedimentos, sendo todos do SUS e realizados na Atenção Básica. O município não realizou produção ambulatorial de Média ou Alta Complexidade, público ou privado.

Em 2014, a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 2.843.210,52, sendo R\$679,87 por habitante. A despesa com recursos próprios de saúde do município foi de R\$ 2.126.191,42, sendo R\$ 508,41 por habitante. Analisando as duas fontes, percebe-se que a despesa com recursos do município corresponde a 74,8% do total.

A porcentagem do orçamento do município gasto em saúde e, 2014 foi de 18,26%, 3,26% acima do mínimo constitucional de 15% (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 29):

Tabela 34 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Leópolis, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	2.500,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	10.500,00
Contratualizações complementares com o setor privado	3.000,00
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	-
Mensalidade para o CISNOP	3.600,00
Total mensal pago para procedimentos de MAC	19.600,00

Fonte: Dados levantados junto à Secretaria Municipal de Saúde, Leópolis, 2015.

A entrevista foi realizada no mês de março de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária de Saúde e à enfermeira responsável pela Atenção Básica.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 33, e foi assim apontada durante a coleta de dados.

Quadro 33 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Leópolis, 2015.

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Angiologia	Dermatologia	Neurologia	Geriatria
Cardiologia	Gastroenterologia	Neuro-Pediatria	Proctologia
Obstetrícia de Alto Risco	Nefrologia	Nutrição	Vascular
Mastologia	Reumatologia	Infectologia	

	Ortopedia	Endocrinologia	
	Oftalmologia		
	Psiquiatria		
	Urologia		
	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde –Leópolis, 2015.

O município aponta quatro especialidades como Cota Suficiente, nove especialidades como Cota Insuficiente, três especialidades como Cota Inexistente e cinco como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 34 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 34 - Estratégias para garantia de acesso a Consultas Especializadas - Leópolis, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Dermatologia	Outro Município Estado do Paraná	Neurologia	Extra-Cota 3		
Gastroenterologia Reumatologia Oftalmologia Urologia Otorrinolaringologia	Fila	Neuro-Pediatria	Extra Cota 2	Geriatria	Usuário paga
Nefrologia Psiquiatria	Município Complementa	Nutricionista	Via UBS	Proctologia Vascular	Sem SUS
Ortopedia	Fila / TFD / Judicialização	Infectologia Endocrinologia	Município paga		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Leópolis, 2015.

O município atua em oito especialidades, das 17 possíveis. Complementa as vagas no caso das especialidades de Dermatologia, Nefrologia e Psiquiatria.

Também tem a possibilidade de atuar, embora não seja a estratégia habitual, em casos específicos para a especialidade de Ortopedia, encaminhando os pacientes via TFD, ou garantindo o acesso ao serviço em casos de judicialização.

Em relação às especialidades de Cota Inexistente, para as consultas de Neurologia, o município possui pactuação com outra Regional do Estado do Paraná, e paga as consultas via extra-cota; para as consultas de Neuro-Pediatria o município paga

a consulta via extra-cota para o CISNOP. O serviço de Nutrição é ofertado via Unidade Básica de Saúde.

No caso das especialidades de Infectologia e Endocrinologia, o gestor paga o serviço direto ao prestador privado. No caso da especialidade de Geriatria, intermedia o acesso ao prestador particular e o usuário paga. As especialidades de Proctologia e Vascular não possuem acesso pelo SUS.

5.3.3 Municípios com baixa dependência do Consórcio

5.3.3.1 Nova Santa Bárbara

Nova Santa Bárbara possui população estimada de 4.163 habitantes para o ano de 2015.

Em 2013 o total de produção ambulatorial foi de 59.062 procedimentos, sendo 12.943 procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade.

A relação entre os prestadores Públicos e Privados no que diz respeito a realização de procedimentos pelo SUS é apresentada na Tabela 30.

Tabela 35 - Distribuição dos procedimentos realizados pelo SUS, por tipo de prestador, Nova Santa Bárbara, 2013.

Procedimentos	Público	%	Privado	%	Total	%
Média Complexidade	4.755	36,8	8.188	63,2	12.943	100
Alta Complexidade	-	-	-	-	-	-
Atenção Básica	46.119	100	-	-	46.119	100
Total	50.874	86,1	8.188	13,9	59.062	100

Fonte: Região e Redes, 2013.

Em 2014, a despesa total do SUS em Saúde foi de R\$ 3.317.496,39, sendo R\$ 802,30 por habitante. A despesa de recursos próprios do município no mesmo ano foi de R\$2.319.553,38, sendo R\$ 560,96 por habitante (SIOPS, 2015). Analisando as duas fontes, percebe-se que a despesa com recursos do município corresponde a 69,9 % do total.

A porcentagem do orçamento do município gasto em saúde. Em 2014 foi de 25,91%, 10,9% acima do mínimo constitucional de 15% (SIOPS, 2015).

Em relação aos procedimentos de Média e Alta Complexidade, são pagos mensalmente (em média) os seguintes valores (Tabela 31):

Tabela 36 - Gasto Mensal (média) com procedimentos de Média e Alta Complexidade, Nova Santa Bárbara, 2015.

Modalidade	Valor mensal (Média)
Pagamento de Procedimentos via Extra-Cota para o CISNOP	8.000,00
Contratualizações complementares com outros municípios/regionais	30.000,00
Contratualizações complementares com o setor privado	-
Contratualizações complementares com serviços terceirizados	880,00
Mensalidade para o CISNOP	4.000,00
Total mensal pago para procedimentos de MAC	42.800,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Nova Santa Bárbara, 2015.

A entrevista foi realizada no mês de abril de 2015 e o Instrumento de Coleta de Dados foi aplicado à Secretária Municipal de Saúde e duas funcionárias responsáveis pelo setor de Agendamento.

Oferta de consultas especializadas

A caracterização das consultas especializadas está apresentada no Quadro 35 e foi apontada durante a coleta de dados

Quadro 35 - Caracterização das especialidades segundo o apontado pela Equipe de Gestão – Nova Santa Bárbara, 2015

Cota Suficiente	Cota Insuficiente	Cota Inexistente	Vazio Assistencial
Infectologia	Angiologia	Neurologia	Mastologia
Nefrologia	Cardiologia	Neuro-Pediatria	Endocrinologia
Obstetrícia de Alto Risco	Dermatologia	Nutricionista	Geriatrics
	Gastroenterologia		Proctologia
	Reumatologia		Vascular
	Ortopedia		
	Oftalmologia		
	Psiquiatria		
	Urologia		
	Otorrinolaringologia		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Nova Santa Bárbara, 2015.

O município considera três especialidades como Cota Suficiente, 10 especialidades como Cota Insuficiente, três especialidades como Cota Inexistente e cinco especialidades como Vazio Assistencial.

Estratégias para garantia de acesso

O Quadro 36 mostra as estratégias utilizadas por esse município para as especialidades consideradas Cota Insuficiente, Cota Inexistente e Vazio Assistencial.

Quadro 36 - Estratégias para garantia de acesso à Consultas Especializadas – Nova Santa Bárbara, 2015.

Cota Insuficiente	Estratégia	Cota Inexistente	Estratégia	Vazio Assistencial	Estratégia
Angiologia Reumatologia	Fila de Espera	Neurologia Nutrição	Outros municípios Estado do Paraná	Mastologia	Sem demanda / Sem SUS
Cardiologia Dermatologia Gastroenterologia	Município Complementa	Neuro-Pediatria	Extra-Cota 2	Endocrinologia	Usuário Paga

Ortopedia Oftalmologia Psiquiatria Urologia Otorrinolaringologia					
				Geriatria Proctologia	Sem SUS
				Vascular	Via outra especialidade – Com fila.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Nova Santa Bárbara, 2015.

O município é considerado relativamente autônomo em relação ao CISNOP porque, consegue atuar para a garantia do acesso em 11 das 21 especialidades, sendo que três delas são consideradas como Cota Suficiente.

As especialidades consideradas Cota Insuficiente que o município complementa o número de vagas são: Cardiologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Ortopedia, Oftalmologia, Urologia e Otorrinolaringologia. O município oferece ainda o serviço de Psiquiatria.

Em relação às especialidades consideradas como Cota Inexistente, o município encaminha os usuários que necessitam do serviço de neurologia e nutricionista para outro município no Estado do Paraná; paga consultas em modalidade de extra-cota para os usuários que necessitam de Neuro-Pediatria.

A gestora considera que não existe demanda no município para o serviço de Mastologia, então não oferece o serviço pelo SUS. A especialidade de Vascular é atendida via Angiologia, porém os usuários aguardam em fila de espera.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UEL – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA DEPARTAMENTO DE
SAÚDE COLETIVA - MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente termo de consentimento, declaro que autorizo a minha participação na pesquisa para dissertação de mestrado, intitulada “Estratégias utilizadas por gestores de municípios de pequeno porte para garantia de acesso aos usuários do SUS a serviços de média e alta complexidade”, da mestranda Camila Ribeiro Silva, orientada pela Prof. Dra. Brígida Gimenez de Carvalho pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento coerção, dos objetivos, das justificativas, bem como do registro e publicação dos dados coletados, sem identificação e nomeação dos pesquisadores.

Fui igualmente informado(a):

1. Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa.
2. Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo.
3. Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados à tese em questão.

Contatos da Pesquisadora: Camila Ribeiro Silva. Endereço: R: Marechal Cândido Rondon, 420. Andará-PR. CEP: 86.380-000. Fones: (43) 3538-1209 / (43) 9667-6085.

Contatos da Orientadora: Brígida Gimenez de Carvalho. Endereço: Av. Robert Koch, 60. Vila Operária. Londrina-PR. CEP 86038-350 Dep. Saúde Coletiva. Fone: (43) 3371-2359.

Município: _____ .Data: ____/____/_____.

Nome do entrevistado: _____.

Assinatura. _____.