



ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO EM UNIDADES DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS PEQUENOS: UM ESTUDO DE CASO

Jailma Alves Silva Barbosa¹ Jorge da Silva Correia Neto²

¹ Universidade Federal Rural de Pernambuco

^{*}Contato: ylmaalves.silva@gmail.com¹

RESUMO

A integração da atenção à saúde tem sido um grande desafio na prestação de cuidados de saúde necessários à população que depende do Sistema Único de Saúde. Quando se trata dos serviços especializados na Atenção Primária e de Média Complexidade em municípios de pequeno porte, são perceptíveis muitas dificuldades relacionadas às questões gerenciais, aos custos e à densidade tecnológica exigida. Dessa forma, o presente estudo avaliou as dificuldades encontradas pela Gestão Municipal em fornecer o atendimento médico de urgência e ambulatorio aos usuários de uma Unidade Mista do município de Lagoa do Carro/PE e suas Unidades Básicas de Saúde. Diante da necessidade de atendimento médico especializado, uma atenção individualizada e profissionais qualificados nas mais diversas áreas é imprescindível. A falta de um atendimento mais específico, devido à escassez de equipamentos e pessoal qualificado, torna inviável o atendimento no município, havendo a necessidade de transferência para outras unidades do Estado. Por meio de estudo de caso, a pesquisa identificou agravamento e complicações no quadro clínico da paciente, por não haver um atendimento especializado necessário para identificar dentro do próprio município a doença que a paciente desenvolveu. O estudo buscou identificar meios para que a administração Municipal consiga suprir essas necessidades dos usuários dentro do próprio município e assim, minimizar dificuldades enfrentadas pelos usuários do sistema de saúde pública do município. Também são apontadas possibilidades de estudos futuros.

Palavras-chave: Municípios pequenos, Pequenas cidades, Níveis da atenção básica à saúde, SUS, Saúde Pública

ABSTRACT

The integration of health care has been a major challenge in providing the health care necessary for the population that depends on the Unified Health System. When it comes to specialized services in Primary and Medium Complexity Care in small municipalities, many are noticeable. difficulties related to managerial issues, costs and required technological density. Thus, the present study evaluated the difficulties encountered by the Municipal Management in providing emergency and outpatient medical care to users of a Mixed Unit in the city of Lagoa do Carro/PE and its Basic Health Units. Faced with the need for specialized medical care, individual attention and qualified professionals in the most diverse areas is essential. The lack of a more specific service, due to the scarcity of equipment and qualified personnel, makes



service in the city unfeasible, with the need for transfer to other units in the State. Through a case study, the research identified aggravation and complications in the patient's clinical condition, as there is no specialized care needed to identify the disease that the patient developed within the municipality itself. The study sought to identify ways for the Municipal administration to be able to meet these users' needs within the municipality and thus minimize difficulties faced by users of the municipality's public health system. Possibilities for future studies are also pointed out.

Keywords: Small municipalities, Small towns, Levels of primary health care, SUS, Public Health

1. INTRODUÇÃO

O direito à vida está relacionado no Título II da Constituição Federal de 1988 (CF/88), que trata “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, sendo o direito à saúde o mais expressivo componente de uma vida com dignidade. Sem saúde, ou pelo menos, sem a assistência à saúde, não se pode dizer que exista uma vida digna. No Art. 196, a CF/88 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A responsabilidade é de todos os entes estatais, ou seja, da União, dos estados e também dos municípios. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela CF/88 e regulamentado pela lei nº 8.080/90. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Em seu artigo 9º, a citada Lei (BRASIL, 1990a) estabelece que a gestão do SUS deve ser única, conforme o inciso I do artigo 198 da CF/88, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Com mais de 30 anos de existência, o SUS atende mais de 190 milhões de pessoas. É organizado de forma descentralizada, por meio de três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Cada um destes níveis apresenta características e demandas específicas. O nível primário é constituído principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). As ações que esse nível dá conta são voltadas à redução do risco de doenças e à proteção da saúde. Isso significa que apresenta também um caráter preventivo. A atenção secundária é formada pelos serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatorios. Este nível engloba atendimento voltado para áreas como pediatria, cardiologia, neurologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia e outras especialidades médicas.

É aqui que se encaixam as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). É geralmente o acolhimento na atenção primária que encaminha os pacientes para o nível secundário, se necessário. O nível terciário de atenção à saúde dispõe de atendimento de alta complexidade, sendo formado por hospitais de grande porte. Também envolve procedimentos que requerem tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, transplantes e partos de alto risco. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condição plena e com eficácia. Conforme a Figura 1, é apresentado o modelo da pirâmide: hierarquizado e regionalizado do SUS.



Figura 01 – Hierarquização e regionalização do SUS.



Fonte: Solla & Chioro (2008, p. 2).

O município de Lagoa do Carro-PE, cidade em destaque no presente estudo, é uma pequena cidade do Estado do Pernambuco. Os nascidos no município são chamados lagoenses dos carros. O município se estende por 69,7 km² e contava com 18.071 habitantes no último censo (IBGE, 2010), gerando uma densidade demográfica de 259,4 habitantes por km². A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 12,93 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,6 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 89 de 185 e 78 de 185, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2359 de 5570 e 3103 de 5570, respectivamente. (IBGE, 2010). O município conta com UBSs, uma policlínica, uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e uma Unidade Mista. Nas UBSs de cada bairro são realizados diversos atendimentos, tais como: vacinação, atendimento odontológico e pré-natal, dentre outros.

Para melhor delimitar o problema, cabe uma reflexão sobre as peculiaridades dos pequenos municípios. Diferentemente das capitais, que possuem faculdades de medicina, odontologia e enfermagem, as cidades de menor porte estão distantes dos centros de formação dos profissionais e, quanto mais difícil é o acesso, maiores são as dificuldades de contratação e maiores se tornam os salários dos médicos e o custo da saúde pública. Por conseguinte, agrava as dificuldades da Gestão Pública na Saúde.

A identificação dessa problemática se deu através de relatos de pessoas que necessitaram de atendimento especializado de urgência e precisaram ser transferidos para hospitais da capital. Tal problemática requer da classe profissional, da população e principalmente dos gestores, soluções para que o cidadão possa ser atendido em seu município, sem necessitar de deslocamentos que às vezes chegam a durar horas, muitas vezes agravando a situação do paciente.

Ademais, marcações de consultas nas capitais chegam a ser humilhantes, porque além do paciente necessitar chegar ainda de madrugada, as consultas chegam a ser marcadas para meses depois. Ausência de tratamento especializado, atendimentos mais minuciosos, alguns tipos de exames e procedimentos nas cidades onde moram, faz com que passem por longas viagens até chegar a hospitais públicos na capital pernambucana.



A presente pesquisa buscou refletir sobre esses desafios da gestão pública da saúde no atendimento médico especializado em unidades de saúde em pequenos municípios do interior, em destaque, o município de Lagoa do Carro/PE.

O estudo se justifica tanto pelos aspectos acadêmicos como pelos aspectos da prática da gestão pública. Do ponto de vista da academia, o interesse sobre o acesso à atenção especializada é crescente, mas a realidade dos municípios pequenos é pouco estudada, como aponta o estudo de Silva, Cordoní Júnior e Nunes, (2017).

Sob o olhar da gestão pública, de acordo com a CF/88 todos são iguais perante a lei. Fazendo menção ao Art. 6º da CF/88, são direitos sociais do cidadão: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância além da assistência aos desamparados (BRASIL, 2010). O Plano Nacional de Saúde (PNS), em relação à gestão em saúde, estabeleceu o objetivo de aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão centralizada, de modo a efetivar o comando único de cada esfera do Sistema e aprimorar os processos de negociação e atuação, assim contribuindo para o atendimento, segundo as necessidades e demandas regionais e locais, o que é feito por meio da regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde do SUS (Plano Nacional de Saúde, 2005; BRASIL, 2005).

Além de uma transferência de serviços, também ocorreu uma transferência de ações, incumbências, poderes e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal, transformando milhares de gestores em atores fundamentais no campo da saúde (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006). Contudo, a falta de médicos em hospitais tem prejudicado o atendimento em todo o Brasil, em especial nas cidades do interior dos estados, ferindo um direito social. A saúde em muitos municípios está em condições de abandono.

Assim, a partir desse contexto estrutural e local, adveio a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as dificuldades e consequências enfrentadas pelos usuários das unidades de Saúde do município pela falta de atendimento médico especializado? Sendo assim, a presente investigação traçou o seguinte objetivo geral: analisar o atendimento médico especializado de emergência e ambulatorial nas unidades públicas de saúde de Lagoa do Carro/PE, no interior do estado de Pernambuco, de forma a identificar as causas de o município não possuir estrutura para tal atendimento havendo a necessidade de transferência para outras unidades de saúde do Estado. Como objetivos específicos tem-se: I) Identificar os principais motivos da carência de médicos e equipamentos para um bom atendimento emergencial e ambulatorial em cidades do interior; II) Detectar as principais ações de gestão voltadas para solucionar a problemática; III) Avaliar se a gestão tem dado prioridade às necessidades básicas de saúde da população.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A presente seção discutirá sobre o SUS e sobre a estrutura que os pequenos municípios devem implementar para realizar as atividades de sua competência.

2.1 Saúde direito fundamental

A CF/88, no título VIII, da Ordem Social, no Capítulo II da Seguridade Social, nos afirma no Art. 196 que “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal



e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O direito à saúde é responsabilidade de todos (União, Estados e Municípios). O direito subjetivo do cidadão à saúde implica no dever do Estado de fornecer-lhe todas as ações e serviços indispensáveis à concretização desse direito. Além disso, o Art. 23, Inciso II, confere competência comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para “Cuidar da saúde e assistência pública”.

O processo de elaboração do SUS (sistema único de saúde) sistema de saúde do Brasil, está relativo com a redemocratização e com a própria reconfiguração da Federação brasileira. Atualmente, o SUS atua em todos os municípios do país e, mesmo com suas insuficiências, simboliza um importante desenvolvimento em relação ao cenário anterior a 1988. A história de criação do SUS está ligada ao Movimento da Reforma Sanitária, de meados da década de 1970. Na época, a saúde pública foi um dos focos da luta e da resistência contra a ditadura militar. Os sanitaristas conseguiram aliar variadas correntes e orientações políticas com um único objetivo — o acesso gratuito e integral de todos os cidadãos aos serviços de saúde.

A criação do SUS executa uma política federal de cunho descentralizador, que, associada à gratuidade e universalidade, faz do dele o maior sistema público de saúde do mundo. À União cabe o papel primordial de regulador, estimulador e avaliador das atividades de saúde. Estados e municípios possuem a responsabilidade de planejar e executar os serviços que atendem às populações locais. Assim, os três entes federativos, em vez de concorrer, trabalham juntos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e caracteriza-se por 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 positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

As UBS constituem-se de um componente da Rede de Atenção Básica de Saúde, a qual compreende um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que constitui o primeiro nível de atenção do SUS (BRASIL, 2017).

A atenção especializada é frisada por diversas aberturas, em especial no que alude ao acesso. No Ministério da Saúde (MS), a dificuldade para a garantia ao acesso a atendimentos especializados decorre do modelo adotado e do dimensionamento e organização da oferta do atendimento (BRASIL, 2015), mas a realidade dos municípios pequenos é pouco descrita na literatura (SILVA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2017).

Dentre as atribuições dos municípios sobre as ações de combate ao COVID19, os hospitais de campanha ganharam destaque, mas cabe ressaltar que cabe aos Estados e Municípios adequar o atendimento de baixa e média complexidade para atender a população de forma mais rápida e diminuir a superlotação nos hospitais de referência.

A implantação dos Hospitais de Campanha é de responsabilidade dos estados, Distrito Federal e municípios. Como aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), a construção e a



gestão desse tipo de unidade deve ser uma das estratégias de ampliação e organização da oferta de leitos e deverá fazer parte dos Planos de Contingência elaborados pelos gestores locais. Neste sentido, o atendimento Médico Especializado, com equipamentos adequados e um diagnóstico rápido nos municípios do Interior, diminui de forma significativa o agravamento do quadro clínico do paciente.

A pandemia de covid-19 evidenciou a demanda por saúde pública e o valor do SUS, mas também mostrou as adversidades desse sistema que, com baixo volume de investimento e poucos profissionais, atinge de forma significativa pequenas cidades, que, ao serem atingidas, mostram os resultados da pandemia com forte repercussão sanitária. Tal conjuntura nos mostra a importância de ligarmos políticas públicas de enfrentamento da pandemia com a análise do arranjo territorial. Repensar a saúde dos municípios na forma de rede, determinar preferências e redirecionar investimentos em saúde e infraestrutura para os pequenos municípios, pode diminuir o impacto de uma pandemia e melhorar o atendimento das pessoas que mais precisam da saúde pública.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Toda pergunta de pesquisa pede um procedimento metodológico específico que dê conta de realizar aquela investigação. Nesta seção serão apresentados a caracterização da pesquisa, os métodos de coleta e os métodos de análise utilizados.

Na caracterização da pesquisa, quanto aos objetivos, optou-se pela pesquisa exploratória e descritiva, pois envolveu levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema, além da análise de exemplos, visando explicar a problemática. Quanto aos meios, a pesquisa utilizou um estudo de caso (o município de Lago do Carro/PE) e, em especial, a jornada de uma paciente gestante, que foi acompanhado buscando um detalhamento aprofundado do assunto. Sendo assim, é uma pesquisa qualitativa e aplicada.

É exploratória por que objetiva “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses”, mas é também descritiva, pois visa descrever as “características de determinada população ou fenômeno” (GIL, 2002, p. 41-42). O estudo de caso, normalmente, é realizado a partir de um caso em particular e, posteriormente, é realizada uma análise comparativa com outros casos, fenômenos ou padrões existentes (CAJUEIRO, 2015).

Quanto aos meios, segundo Diehl (2004) a escolha do método se dá pela natureza do problema, bem como de acordo com o nível de aprofundamento. Ademais, estes métodos envolvem a forma de abordagem do problema, pela sistemática pertinente a cada um deles (RICHARDSON, 1989).

Quanto à abordagem, foi adotada a perspectiva qualitativa de análise de dados. Objetivando o conhecimento da opinião, das atitudes e significados sobre a temática, a coleta de dados se deu pela observação sistemática, ou seja, o pesquisador sabe quais são os aspectos que deseja focalizar e quais são os mais significativos para sua pesquisa; também foi utilizada a observação participante, quando o pesquisador se introduz na vida da comunidade e dela participa, assumindo o papel de um de seus membros (MEDEIROS, 2019). Também foram coletados dados como registros, documentos e publicações a respeito do tema, quando necessários. Os sujeitos da pesquisa foram usuários da Unidade Mista Simeão Ribeiro de Melo



e da UBS do município de Lagoa do Carro-PE Zona da Mata, em destaque, uma usuária grávida.

Quanto ao processo de análise de dados, ele é definido por Kerlinger (1980, p. 353) como “a categorização, ordenação, manipulação e sumarização de dados” e tem por objetivo reduzir grandes quantidades de dados brutos a uma forma interpretável e mensurável. Como a pesquisa é qualitativa, a análise de seus dados tem como base métodos de coleta focados na comunicação, que busca soluções para pessoas e sociedade, portanto, é descritiva.

Para conhecer certos aspectos da experiência, precisamos explorar os detalhes do contexto, assim, a pesquisa qualitativa com usuários pode ajudar no entendimento de cenários mais reais (SHERWIN, 2013). Neste sentido, a observação participante acompanhou uma gestante da citada UBS, durante todo o seu pré-natal, no ano de 2020.

4. RESULTADOS

Esta seção está dividida conforme os objetivos específicos traçados. Durante toda a pesquisa, foram colhidas informações de funcionários e usuários do sistema de saúde do município.

4.1 Identificar os principais motivos da carência de médicos e equipamentos para um bom atendimento emergencial e ambulatorial em cidades do interior

Atualmente, 1,6 milhão de pessoas vivem longe de centros de saúde bem equipados, como aponta estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) acerca de hospitais com Unidade de Terapia Intensiva (IPEA, 2020).

A contradição que o atendimento médico no Brasil vive atualmente é inaceitável. Apesar do grande aumento na formação de profissionais a cada ano, a carência de profissionais na saúde pública, especialmente em hospitais públicos do interior, continua sendo uma grande dificuldade para a qualidade dos serviços ofertados pelo município. Quanto maior a distância dos centros urbanos, maior é a dificuldade e menor a disponibilidade de médicos para a população.

Ausência de verbas para o setor da saúde, elevadas despesas de compra e manutenção de equipamentos e crescimento populacional são alguns obstáculos que a gestão pública da saúde brasileira enfrenta na busca em ofertar atendimento público de saúde de boa qualidade (BRASILEIRO, 2019; SAFATLE, 2012). Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil é o único país do mundo que conta com um sistema público para mais de 100 milhões de habitantes (BRASIL, 2021). Porém, diversas causas e problemas fazem com que o sistema não tenha eficácia no nível que poderia ter.

São diversos os desafios da gestão da saúde pública no Brasil. A Emenda Constitucional 29 determinou, em 2000, que os municípios investissem em saúde pelo menos 15% do que arrecadam, e os estados, 12%. Mesmo assim, sabemos que além do baixo investimento financeiro na saúde, existem vários outros fatores que influenciam na qualidade do atendimento.

4.2 Detectar as principais ações de gestão voltadas para solucionar a problemática



Escassez de médicos especialistas nos municípios de pequenos portes é algo presente há muitos anos (SILVA; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2017). No entanto, é possível observar que existe um discreto e contínuo interesse dos gestores para melhoria da situação.

Bem sabemos que gerir tal problemática não é algo fácil, tendo em vista a própria dificuldade de os médicos em geral aceitarem ir para municípios pequenos, devido a fatores que afetam a permanência deles nessas localidades, tais como: perspectivas de ganhos financeiros; o local de formação; as oportunidades de atualização e especialização profissional, entre outros (MARCO; FERREIRA, 2020).

Com relação ao município em estudo, observou-se que a gestão foi melhorando o atendimento na policlínica municipal. Em contato com usuários da unidade de saúde, foi observada a satisfação em poder ter acesso às consultas com algumas especialidades médicas na própria cidade, consultas essas que antes era necessário sair de madrugada para ter atendimento na capital.

Essa Unidade de saúde tem atendimentos de média complexidade com especialistas como geriatra, ginecologista obstetra, gastroenterologista entre outros, buscando assim a estruturação da rede e a garantia da atenção especializada aos usuários. Um estudo realizado no estado do Ceará, sobre a Rede de Atenção Especializada, trouxe como objetivo analisar políticas e instrumentos de gestão voltados à organização regional da atenção especializada no Ceará e teve como resultado que os Consórcios Públicos de Saúde (CPS) representam o principal instrumento para a integração da Rede de Assistência dos serviços especializados, mas em si não garantem a integração da rede (ALMEIDA et al., 2019).

Seguindo essa linha, os consórcios intermunicipais e o convênio com clínicas particulares, estão sendo instrumentos do município em estudo e tem buscado atender a população nas suas necessidades. Esses convênios são importantes, pois reduzem os custos para o município e otimizam o fluxo dos usuários, bem como contribuem para se ter uma assistência de forma e integrada e não fragmentada.

O consórcio intermunicipal está previsto no Brasil desde a Constituição de 1937. Sua sistematização e disseminação entre os gestores públicos, entretanto, começou a se fortalecer somente a partir da década de 1990, quando a descentralização das políticas públicas, resultado do desenho institucional que a CF/88 conferiu ao nosso federalismo, impôs aos governos locais dilemas de coordenação e cooperação (DIEGUEZ, 2011).

Uma outra ação de gestão são os mutirões de atendimento que ocorrem, como levar um certo especialista para determinada localidade e realizar atendimento e encaminhamentos. Essa, no entanto é uma ação pontual em que o usuário não poderá contar com um possível retorno, mas que contribui para a melhoria contínua da assistência à saúde. Um estudo realizado em um município do Brasil buscou avaliar a eficácia do mutirão de cirurgia de catarata realizado em um município, em 2017, visando o incremento na produção de cirurgias de catarata e a redução da prevalência de catarata na população. E teve como conclusão que as campanhas de prevenção da cegueira têm a capacidade de assegurar a qualidade de vida saudável, promovendo a educação dos envolvidos e ainda conseguir demonstrar às autoridades a magnitude do problema, assim como sua resolubilidade. Muitas pessoas podem se beneficiar das campanhas de mutirão de catarata, no sentido de restauração da visão e de prevenção de sua perda (ALMANÇA; JARDIM; DUARTE, 2018).

Algumas ações nesse sentido acontecem no município em algumas datas para dar maior visibilidade e ênfase à necessidade de cuidados, como por exemplo, mutirões na semana em que se comemora o Dia Internacional da Mulher, com atendimentos, exames e check up para o



público feminino, da mesma forma nos meses de outubro e novembro com exames e consultas das mais variadas especialidades, dando uma maior visibilidade às campanhas outubro rosa e novembro azul. Tais campanhas e mutirões, são realizados em cada UBS do município, atingindo assim, um grande número de pacientes nas mais variadas especialidades. Vale salientar, que tais ações não são suficientes para atender as necessidades contínuas dos usuários, pois as especialidades médicas não possuem uma continuidade de atendimento, como por exemplo, o retorno para o especialista para apresentar exames realizados dentre outras necessidades. Mas no geral, as ações da gestão tem dado um suporte aos moradores do município e diminuído de forma significativa os deslocamentos para a capital para a realização de atendimentos médicos.

Dessa forma, observa-se que o município em estudo tem procurado a melhoria para estruturar a rede de assistência especializada em consonância com diversos estudos encontrados.

4.3 Avaliar se a gestão tem dado prioridade às necessidades básicas de saúde da população

O oferecimento escasso ou irreal de atendimentos médicos em diversas especialidades contribui para que os gestores se deparem com intensa dificuldade para assegurar o atendimento especializado aos moradores do município. Existindo tais obstáculos, as necessidades de saúde dos munícipes ou as solicitações por serviços de saúde não são ofertadas de forma satisfatória, o que se observou no caso estudado.

O Ministério da Saúde orienta que sejam feitas no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), considerando ideal que a primeira consulta seja no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais (BRASIL, 2000). Entre a 34ª e 38ª semanas, o indicado seria uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que comumente ocorre na 40ª semana, mas pode durar até 42 semanas.

A gestante foi acompanhada durante as 37 semanas de gestação na UBS do centro da cidade. Sem intercorrências durante as 36 semanas. As consultas com o Enfermeiro (a) obstetra, seguiram o protocolo para o monitoramento da saúde da gestante e do feto. Incluíram anamnese, exame físico e análise de exames laboratoriais e de imagem. Na 37ª semana, ao realizar o pré-natal, foi observado um aumento significativo de peso da gestante e uma pequena alteração na pressão arterial, levando o enfermeiro que realizava o acompanhamento gestacional a encaminhá-la para uma consulta com o obstetra na Policlínica do município, para uma anamnese mais detalhada dos fatores que levaram ao aumento de 10kg em um intervalo de 15 dias.

A gestante foi orientada pelo enfermeiro a marcar a consulta com o obstetra, pois segundo ele, a consulta seria por precaução. Já que a gestante ainda estava com 36 semanas e ainda teria algumas semanas de gestação, a orientou ainda a evitar esforços. A solicitação foi realizada numa sexta-feira, mas o obstetra atende uma vez por semana, nas quintas-feiras, o que levaria a gestante a esperar alguns dias até a consulta. Não conformados com a necessidade de esperar, a família, por conta própria, conduziu a gestante até um hospital da capital. Ao ser avaliada na triagem, foram feitos vários exames e, ainda na triagem, através do exame de urina foi detectada pré-eclâmpsia, e a gestante estava em trabalho de parto, 4 cm/10 cm de dilatação.



O parto ocorreu no mesmo dia, tendo sido recomendado que ela repousasse e marcasse uma consulta.

No Brasil, entre 5% e 10% das gestantes sofrem pré-eclâmpsia, mal que chega a afetar 8,5 milhões de mulheres em todo o mundo. Quando não diagnosticada precocemente e controlada, pode evoluir para convulsões, acidente vascular cerebral, hemorragia, dano renal, insuficiência hepática e até morte. Como citado anteriormente, até a 36ª semana o acompanhamento do pré-natal seguiu sem intercorrências, não havendo necessidade de investigações de doenças, a gestante não apresentava fatores de riscos tais como: hipertensão, diabetes, obesidade, idade avançada entre outros fatores. Além disso, era sua primeira gestação, fazia alimentação saudável e não era sedentária.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso reforça que o acesso e o atendimento médico especializado são uma realidade difícil para os Lagoenses do Carro. Um fator que contribui para a problemática é o progressivo afastamento das competências Federal e Estadual de suas atribuições, tanto no que tem a ver com o financiamento como na gestão do sistema, em especial a regionalização. A quantidade de vagas abaixo do normatizado, quantitativo de médicos insuficiente, dificuldade de fixação dos médicos no interior, elevada dependência do setor privado, diminuição da participação da União e do Estado na oferta e no financiamento de serviços, são as possíveis causas do problema do acesso às consultas especializadas.

O município possui um atendimento especializado em algumas áreas, porém, o pessoal é reduzido e, na maioria das vezes, há apenas um médico de determinada especialidade atendendo uma vez por semana apenas, não conseguindo atender a demanda do município. No caso da gestante, teria que aguardar uma semana para ser atendida, e ainda foi orientada a fazer repouso até a consulta. Mesmo sem sintomas graves, o quadro de saúde da gestante já era de alerta, pois saiu totalmente do quadro das primeiras 36 semanas. A falta de experiência ou de comprometimento do profissional que acompanhou a gestante colocou em risco a vida da gestante e do bebê. Ela poderia ter sido encaminhada à Unidade Mista local para ser avaliada na emergência, mas no hospital também não são realizados exames. Todos os exames solicitados nas UBSs e Unidade Mista, são realizados em um laboratório particular conveniado no município. Exames laboratoriais só são realizados de segunda a sexta-feira, e ultrassonografia uma vez por semana na Policlínica.

Neste caso da paciente em estudo, ocorreu tudo bem, o parto foi realizado no mesmo dia em um hospital da capital e mãe e recém-nascido não tiveram nenhum tipo de intercorrências. Por serem pessoas esclarecidas e informadas, foram por conta própria e conseguiram o atendimento necessário em um hospital de referência na capital do estado. Mas muitos outros casos, não apenas de gestantes, não tiveram o mesmo desfecho. Infelizmente, a escassez de um atendimento minucioso, detalhado, atendendo às necessidades individuais e coletivas de forma digna, tem feito dos munícipes reféns. Muitas vezes um quadro clínico simples se agrava, por não existir a realização de um simples hemograma na emergência nos finais de semana.

Apesar de trazer um tema bastante relevante para a população, o presente estudo não atinge sua generalidade. Serão indispensáveis novos estudos, pesquisas e discussões na área. Serão fundamentais outros estudos que exponham quais respostas os municípios estão



ofertando às urgentes necessidades por serviços especializados, ou seja, quais procedimentos estão sendo adotados pelos gestores para garantir a obtenção dos serviços de média complexidade.

REFERÊNCIAS

ALMANÇA, A. C. D.; JARDIM, S. P.; DUARTE, S. R. M. P.; Perfil epidemiológico do paciente submetido ao mutirão de catarata. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. v. 77, n. 5, Sep-Oct 2018; Acesso em: 05 dez. 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbof/a/DjsQzzdc7XWdRWZRS4GSFN/?lang=pt#>>

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MARTINS FILHO, M. T.; LIMA, L. D. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, dez 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/6yHMGMLTpgsKDGDZG9QLfqN/?lang=pt>>. Acesso em: 05 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS: Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição**. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2011. 240p.

_____. Ministério da Saúde. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. 2021**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/o-brasil-e-o-unico-pais-com-mais-de-100-milhoes-de-habitantes-que-assegura-acesso-universal-e-gratuito-a-servicos-de-saude-diz-ministro-em-reuniao-do-g20>> Acesso em: 30 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde define regras para implementação de unidades temporárias**. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-define-regraspara-implementacao-de-unidades-temporarias>> Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASILEIRO, G. T. Gestão pública municipal: desafio à efetivação do direito à saúde. **Tese** (Doutorado em Direito Político e Econômico na Universidade Mackenzie). 2019. 171 p.

DALLARI, S.G. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DIEGUEZ, R. C. Consórcios intermunicipais em foco: Debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v.



6, n. 9, p. 291-319, jul.-dez. 2011. Acesso em: 05 dez. 2021. Disponível em:
<<http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/231>>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2002.

IPEA: 1,6 milhão de pessoas vivem longe de centros de saúde bem equipados. Acesso em: 04 de dez. 2021. Acesso em: 04 de dez. 2021. Disponível em: <
<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-04/ipea-16-milhao-de-pessoas-vivem-longo-de-centros-de-saude-equipados>>

JACOBSEN, A. L. **Metodologia Científica** - Elaboração e apresentação de trabalhos científicos – artigos. Acesso em: 26 set. 2021. Disponível em:
<<https://cursodegestaoelideranca.paginas.ufsc.br/files/2016/03/Slides-Alessandra.pdf>>

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, 2010;

LOURENÇO, E. O. Avaliação do sistema eletrônico de informações (SEI) em uma Instituição Federal de Ensino Superior. 2019. 65f. **Dissertação...** (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

MARCO, A. S. M.; FERREIRA, A. M. O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (2013-2017). **REAd. Revista Eletrônica de Administração**. Porto Alegre, v. 26, n. 2, May-Aug 2020. Acesso em: 05 dez. 2021. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/read/a/9gWf8gTRQNfsPs6HdkpZCNQ/?lang=pt>>

SAFATLE, D. K. Análise de indicadores de desempenho de manutenção para a aplicação em Unidades Básicas de Saúde no Brasil. **Monografia**. (Especialização em Gerenciamento de Facilidades - MBA/USP. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo). 2012.

SILVA, C. R.; CORDONI JÚNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, Apr. 2017. Disponível em:
<<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/dificuldade-de-acesso-a-servicos-de-media-complexidade-em-municipios-de-pequeno-porte-umestudo-de-caso/15975?id=15975>> Acesso em: 27 jun. 2020.

VERGARA, C. S. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005. 287p.