

Gastos com exames complementares desnecessários para hipertensos e diabéticos nos serviços de saúde

Gastos con pruebas de laboratorio para hipertensos y diabéticos en los servicios de salud

Spending with unnecessary complementary tests for hypertension and diabetes in health services



Thiago Roberto Castellane Arena^a
Marli de Carvalho Jericó^b
Liliana Cristina de Castro^c
Valéria Castilho^d
Antonio Fernandes Costa Lima^e

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a solicitação e os gastos com exames complementares desnecessários para pacientes hipertensos e diabéticos nos serviços de saúde. Trata-se de estudo transversal retrospectivo, utilizando dados de prontuários de 293 pacientes cadastrados nas unidades de níveis primário – Núcleo de Saúde da Família (NSF3), secundário – Centro de Saúde Escola (CSE) e terciário – Hospital das Clínicas (HC), no período de 2006 a 2009 em um município da região sudeste do Brasil. Observou-se um total de 9.522 exames laboratoriais totalizando R\$ 28.208,28, sendo 568 (5,97%) desnecessários – R\$ 1.641,58. Destes, cerca de R\$ 952,12 (58%) foram solicitados pela NSF3, e R\$ 689,46 (42%), pelo CSE. Os resultados sugerem que ocorre falta de integração nos diferentes níveis de atenção à saúde, acarretando má alocação de recursos e gastos desnecessários.

Descritores: Gastos em saúde. Hipertensão. Diabetes mellitus. Saúde da família. Serviços de saúde.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar la solicitud y los gastos con exámenes auxiliares innecesarios para pacientes con hipertensión y diabetes en los servicios de salud. Se trata de un estudio transversal retrospectivo, utilizando datos de las historias clínicas de 293 pacientes registrados en las unidades de niveles primario –el Núcleo de Salud de la Familia (NSF3), secundario– Centro de Salud de la Escuela (CSE) y terciario Hospital de Clínicas (HC), en el período de 2006 a 2009 en una ciudad del sudeste de Brasil. Hubo un total de 9.522 exámenes de laboratorio, de los cuales un 5,97% innecesarios. De estos, cerca del 58% fue solicitada por el NSF3 y el 42% en el CSE. Los resultados sugieren que ocurre falta de integración entre los diferentes niveles de atención de salud, causando mala distribución de recursos y gastos innecesarios.

Descritores: Gastos en salud. Hipertensión. Diabetes mellitus. Salud de la familia. Servicios de salud.

ABSTRACT

The aims of this study were to analyze unnecessary laboratory exams for patients with hypertension and diabetes and to check the expenditures involved. This is an exploratory-descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. We used data from medical records of 293 patients registered in primary units – the Family Health Center (NSF3); secondary: School Health Center (CSE); and tertiary: Hospital das Clínicas (HC) from 2006 to 2009 in a city in Southeastern Brazil. We identified a total of 9,522 laboratory tests, of which 5.97% were unnecessary. Of these, about 58% were requested by NSF3 and 42% by CSE. Results suggest there is a lack of integration among different levels of health care, which result in misallocation of resources and unnecessary spending.

Descriptors: Health expenditures. Hypertension. Diabetes mellitus. Family health. Health services.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.44793>

^a Médico, Professor Doutorando da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá.

^b Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP.

^c Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde, pela Escola de Enfermagem da USP, Programa de Gerenciamento em Enfermagem – PPGEn.

^d Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^e Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), representam um dos principais desafios em saúde, devido ao alto índice de morbimortalidade ameaçando a qualidade de vida de milhões de pessoas (portadores, família e sociedade) e elevando o custo para os sistemas de saúde de todo o mundo⁽¹⁾.

Nas próximas décadas estima-se que o custo das DCNTs poderá alcançar 47 trilhões de dólares nos Estados Unidos da América, e no Brasil representaria 4% do Produto Interno Bruto (PIB)⁽²⁾. Diante desse cenário, as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, principalmente da HAS e do DM, devem ser considerados prioridades pelos serviços de saúde.

Segundo a Federação Internacional de Diabetes, em 2012, o total de portadores de DM era de 371 milhões em todo mundo, causando 4,8 milhões de mortes e gastos equivalentes a US\$ 471 bilhões⁽³⁾.

Neste cenário, o Brasil está entre os dez países com maior número de portadores de DM, entre 20 e 79 anos, totalizando 13,4 milhões de diabéticos no ano de 2012, com um custo médio, por paciente, de US\$ 1.031,44⁽³⁾.

A HAS, considerada como uma doença e um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por 51% das mortes por doenças cerebrovasculares e 41% das coronariopatias. Estima-se que em 2025 a HAS terá afetado 60% da população, alcançando uma prevalência de 40%⁽⁴⁾. O aumento da prevalência da hipertensão é atribuído ao crescimento da população, envelhecimento e fatores de risco comportamentais, como exemplos, dieta inadequada, uso nocivo do álcool, sedentarismo, obesidade, estresse, tabagismo, colesterol elevado e diabetes mellitus. Além disso, grande número de casos é tratado de forma inadequada, contribuindo para a ocorrência de várias complicações, tais como lesões de órgãos-alvo – acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal crônica, retinopatia hipertensiva, entre outras – contribuindo para o aumento dos custos relacionados a hipertensão⁽⁵⁾.

Estudo brasileiro, realizado entre janeiro e dezembro de 2005, evidenciou um custo de US\$ 398,9 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS) com o tratamento de HAS. Deste total, os custos com medicamentos corresponderam a 52,3% (US\$ 208 milhões), seguidos de consultas médicas 20,6% (US\$ 82,5 milhões) e exames complementares 16,5% (US\$ 65,9 milhões)⁽⁵⁾.

Embora existam várias estratégias preventivas visando à redução da prevalência de fatores de risco para as DCNTs, estas vem apresentando baixa efetividade devido à dificuldade de acesso ao sistema de saúde, disponibilidade restrita de exames complementares e de medicamentos, bem como, as características sociodemográficas, culturais e epidemiológicas da população brasileira⁽⁶⁾.

Diante desse contexto, buscar o controle das DCNTs, mais especificamente, da HAS e do DM é um grande desafio para as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), as quais devem desenvolver políticas de saúde baseadas em evidências clínica-epidemiológicas para garantir tratamentos eficientes e reduzir o número e a gravidade das complicações potenciais, que elevam o custo socioeconômico.

No Brasil, 80% da população dependem do sistema público de atenção à saúde e 20% do sistema de plano privado⁽⁵⁾; desta maneira, as análises econômico-epidemiológicas são cobertura de serviços de saúde.

Portanto, o presente trabalho teve como objetivo analisar a solicitação e os gastos com exames complementares desnecessários para pacientes hipertensos e diabéticos nos serviços de saúde.

■ MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal retrospectivo no período de quatro anos (2006 a 2009). Foi desenvolvido no Núcleo de Saúde da Família (NSF3) – nível primário, no Centro de Saúde Escola (CSE) – nível secundário e no Hospital das Clínicas (HC) – nível terciário, todos vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (parecer nº 274/2009).

De um total de 455 pacientes cadastrados no NSF3, segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de 12/05/2008, 287 pacientes portadores de HAS e/ou DM compuseram o estudo, sendo 134 foram atendidos no NSF3, e os demais utilizaram mais de um serviço no período estudado (71 pacientes no NSF3 e CSE, 34 pacientes no NSF3 e HC, 48 NSF3, CSE e HC).

Os critérios de inclusão desses pacientes no estudo foram: estar regularmente cadastrado no NSF3; ser portador de HAS (Pressão Arterial Sistólica – PAS maior ou igual a 140mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica – PAD maior ou igual a 90mmHg), e/ou, ser portador de DM (glicemia plasmática de jejum de 8-12 horas maior que 126mg/dL ou glicemia pós-prandial maior que 200mg/dL⁽⁷⁾).

Quadro 1. Demonstrativo da rotina de exames laboratoriais para pacientes hipertensos e diabéticos do município de Ribeirão Preto, 2006.

Rotina de solicitação de exames laboratoriais para pacientes hipertensos e diabéticos do Município de Ribeirão Preto (2006)		
Exames a serem solicitados com frequência anual para pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos	Uréia Creatinina Ácido Úrico Sódio Potássio Colesterol total Triglicerídeos High Density Lipoprotein (HDL)	Glicemia de Jejum Urina Rotina Proteinúria de 24 horas* Microalbuminúria* Eletrocardiograma (ECG) Radiografia de Tórax Fundo de Olho
Exames a serem solicitados com frequência trimestral para diabéticos com controle glicêmico de jejum ≤ 126 mg/dL	Glicemia de jejum Glicemia pós-prandial Hemoglobina glicada	
Solicitar anualmente para o diabético tipo 1 e, se necessário, no tipo 2	Thyroid Stimulating Hormone (TSH)	
* Microalbuminúria – Solicitar para pacientes diabéticos, hipertensos diabéticos, hipertensos com síndrome metabólica ou hipertensos com 3 ou mais fatores de risco, quando proteinúria anual for < 300 mg/24 horas.		

Fonte: Dados da pesquisa.

Para a coleta de dados foram utilizadas fichas individuais para cada paciente, composta com dados de identificação, exame físico, medicamentos utilizados, testes e exames laboratoriais realizados, registro de diagnósticos do período e complicações associadas.

As informações alvo de análise no escopo do projeto foram àquelas relativas aos exames laboratoriais realizados de rotina para pacientes portadores de HAS e DM, conforme protocolo estabelecido pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do município de Ribeirão Preto (RP) que pode ser visualizado no Quadro 1.

Para efeito de preenchimento da ficha em relação aos exames laboratoriais sanguíneos e/ou urinários, consideraram-se todas as anotações dos exames realizados para cada paciente no período de 2006 a 2009.

Para a análise estatística e conclusão, foram realizadas conversões necessárias dos valores de exame laboratorial quando eles apresentaram unidades diferentes entre si, mas equivalentes.

Foram considerados “desnecessários” os exames de mesmo tipo solicitados, para um mesmo paciente, em datas muito próximas e em duplicidade, solicitados por

unidades de saúde diferentes, que não respeitavam a periodicidade do protocolo estipulado pela SMS-RP.

Utilizou-se a tabela unificada de repasse do SUS, competência 10/2009 do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Orteses Próteses e Materiais de síntese do SUS (SIGTAP/DATASUS) para valoração dos custos dos exames complementares.

Os dados foram organizados a partir de medidas estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa) por meio do Programa Excel da versão do Office Microsoft® 2002 e os valores baseados na moeda monetária do Brasil – Real.

■ RESULTADOS

No estudo, houve o predomínio de pacientes do sexo feminino (média de 60%) nos três níveis de seguimento, maior seguimento na faixa etária acima dos 45 anos (média 5,7%) e de forma expressiva acima de 65 anos (média de 55%).

A prevalência dos atendimentos, cerca de 60%, foi a mulheres em todos os níveis de atenção (NSF3, CSE e HC).

Tabela 1. Distribuição do perfil clínico dos pacientes segundo local de seguimento (n=496), período de 2006 a 2009. Ribeirão Preto – São Paulo, SP, Brasil, 2010.

Diagnósticos de Base	NSF3		CSE		HC	
	N	%	N	%	N	%
HAS	173	60,3	57	46,7	50	57,5
DM	22	7,6	16	13,1	10	11,5
DM + HAS	92	32,1	49	40,2	27	31
Total	287	100	122	100	87	100

Fonte: Dados da pesquisa.

NSF3 – Núcleo de Saúde da Família; CSE – Centro de Saúde Escola; HC – Hospital das Clínicas; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – Diabetes Mellitus.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo associações de locais de seguimento (N= 293), período de 2006 a 2009. Ribeirão Preto – São Paulo, SP, Brasil, 2010.

	NSF3		CSE		HC		NSF3+ CSE		CSE + HC		HC + NSF3		NSF3 + CSE + HC		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
HAS	93	69,4	1	100	1	33,3	30	42,3	1	50	23	67,6	27	56,3	176
DM	7	5,2	0	0	1	33,3	8	11,3	0	0	2	5,9	5	10,4	23
HAS+DM	34	25,4	0	0	1	33,3	33	46,4	1	50	9	26,5	16	33,3	94
Total	134	100	1	100	3	100	71	100	2	100	34	100	48	100	293
		45,7		0,3		1		24,2		0,7		11,6		16,4	

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram obtidas informações de 293 pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

No que se refere ao perfil clínico (Tabela 1), houve maior incidência de pacientes com HAS nos três níveis de atenção.

Nas Tabelas 1 e 2 observa-se a divergência entre o somatório dos totais de pacientes seguidos nos três níveis de atenção (N=496) e o número real de pacientes do estudo (N=293), uma vez que, um mesmo paciente foi avaliado em mais de um nível de cuidado, no período estudado.

Em relação à coordenação do cuidado (Tabela 2) nota-se que, de um total de 455 pacientes cadastrados na NSF3, segundo dados do SIAB de 12/05/2008, 293 (64,4%) apresentaram seguimento clínico nos últimos quatro anos em alguma unidade de saúde do sistema público (NSF3, CSE ou HC) e, destes, 134 (45,7%) foram atendi-

mentos na NSF3 e 287 (97,95%) apresentavam algum seguimento na NSF3.

No que se refere aos exames realizados (Tabela 3), nota-se que para os 293 pacientes investigados, foram solicitados 9.522 exames laboratoriais (em média 32,5 exames para cada paciente) e, destes, 568 exames foram considerados desnecessários (cerca de 6%) por terem sido solicitados fora do período estipulado pelo protocolo da SMS ou por terem sido solicitados para um mesmo paciente, em duas unidades de saúde de níveis de atenção diferentes, em períodos muito próximos. Destaca-se que não foi motivo de investigação os motivos pelos quais o paciente procurou atendimento em outro serviço.

Em termos de valoração monetária, segundo a tabela unificada de repasse do SUS competência 10/2009 do SIGTAP/DATASUS (DATASUS, 2009), esses 9.522 exames

Tabela 3. Distribuição dos exames laboratoriais colhidos, percentual dos gastos com exames desnecessários para os pacientes (N=293) acompanhados no período de 2006 a 2009, Ribeirão Preto – São Paulo, SP, Brasil, 2010.

Tipo de exame realizado	N°TER	N°TED	TGER\$	TGED\$	%GED
Uréia	427	25	789,9	46,2	5,8
Creatinina	798	48	1.476,3	88,8	6,0
Clearance de Creatinina	25	1	87,7	3,5	4,0
Ácido úrico	315	19	582,7	35,1	6,0
Sódio	507	30	937,9	55,5	5,9
Potássio	552	33	1.021,2	61,0	5,9
Urina I	47	2	173,9	7,4	4,2
Radiografia de tórax	60	0	412,8	0	0
Proteinúria de 24 horas	148	10	370,0	25,0	6,7
Microalbuminúria	80	4	649,6	32,4	5,0
Glicemia jejum	1.129	66	2088,6	122,1	5,8
Glicemia pós-prandial	384	29	710,4	53,6	7,5
Glucose Tolerance Test (GTT) 75g	42	2	420,0	20,0	4,7
Hemoglobina glicada	500	32	3.930,0	251,52	6,4
Fundoscopia ocular	67	0	225,8	0	0
ECG	188	2	968,2	10,3	1,0
Colesterol Total	911	58	1.685,3	107,3	6,3
HDL	896	54	3.144,9	189,54	6,0
Triglicérides	850	59	2.983,5	207,09	6,9
Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO)	389	26	781,8	52,26	6,6
Transaminase Glutâmico Pirúvica (TGP)	336	24	675,3	48,24	7,1
CPK	246	19	905,2	69,92	7,7
Bilirrubina total	66	3	132,6	6,03	4,5
Bilirrubina direta	62	3	124,6	6,03	4,8
Bilirrubina indireta	42	0	84,4	0	0
Fosfatase alcalina	66	2	132,6	4,0	3,0
Gama GT	85	4	298,3	14,0	4,7
Amilase	9	0	20,2	0	0
Thyroid Stimulating Hormone (TSH)	194	10	1.738,2	89,6	5,1
T4-livre	49	3	568,4	34,8	6,1
T3-livre	10	0	87,1	0	0
Total	9.522	568	28.208,3	1.641,5	5,97

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: **N°TER** = N° total de exames realizados, **N°TED** = N° total de exames desnecessários, **TGER\$** = valor total gasto em reais para os exames realizados, **TGED\$** = valor total gasto em reais para os exames desnecessários, US\$ 49.364,53*, **%GED** = percentual do gasto em reais com exames desnecessários US\$ 2.872,63*. (conversão dólar=1,750 US\$/dezembro/2009)*

*http://economia.acspservicos.com.br/EGV/EGV_DOLAR.HTM

Tabela 4. Relação entre exames solicitados e desnecessários segundo local de seguimento (N=293), período de 2006 a 2009. Ribeirão Preto – São Paulo, SP, Brasil, 2010.

	NSF3	CSE	HC	Total
Exames solicitados	4555	2821	2146	9522
Exames desnecessários	327	241	-	568
Percentual de exames desnecessários segundo local de seguimento	7,17%	8,54%	-	5,97%
Percentual de exames desnecessários, por local de seguimento, em relação ao total de exames desnecessários	57,57%	42,43%	-	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

custaram aos cofres públicos cerca de R\$ 28.208,28, sendo que o gasto com os 568 exames desnecessários foi da ordem de R\$ 1.641,58, isto é, 5,97% do total gasto em reais.

Pode-se observar que os exames mais solicitados foram glicemia de jejum (cerca de 11,9% do total), creatinina (cerca de 8,4% do total) seguido por colesterol total, HDL e triglicérides (cerca de 9,6%, 9,4% e 9% do total, respectivamente).

Os exames desnecessários mais solicitados foram os de CPK (creatinofosfoquinase), glicemia pós-prandial e TGP (7,7%, 7,5% e 7,1% respectivamente), mas os maiores gastos, em valores monetários, ocorreram durante a solicitação dos exames de hemoglobina glicada (R\$ 251,50), triglicérides (R\$ 207,00), HDL (R\$ 189,50) e glicemia de jejum (R\$ 122,10).

De acordo com a Tabela 4, pode-se observar que, dos 5,97% de exames desnecessários solicitados, a NSF3 foi responsável por cerca de 58% das solicitações contra 42% das solicitações do CSE. Nota-se também que, dos 4.555 exames solicitados pela NSF3 7,17% foram desnecessários enquanto que, no CSE, dos 2.821 exames solicitados, 8,54% foram considerados desnecessários.

A inexistência de um sistema de informação que permita a comunicação entre os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção – NSF3, CSE e HC (sistema de referência e contra-referência) contribuiu para a solicitação desnecessária dos 5,97% dos exames complementares.

Os resultados do estudo revelam que, numa mesma organização de saúde, com atendimentos multidisciplinares, ainda ocorre falta de integralidade na atenção dos pacientes por meio de um prontuário único, acarretando má alocação de recursos e gastos desnecessários.

■ DISCUSSÃO

O custo com relação aos exames complementares, dos portadores de diabetes e de hipertensão arterial, com 293 pacientes, foi de US\$ 49.364,53, em uma unidade de referência região oeste de São Paulo. De acordo com estudo realizado no México⁽⁸⁾, o custo dos exames laboratoriais nos portadores de DM, está entre os três maiores custo por paciente, sendo em média US\$ 692,70 nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), US\$396,80 na Internação, US\$240,20 no Ambulatório, US\$218,60 nas Emergências e US\$137,20 no Centro Cirúrgico.

Outro estudo realizado em São Paulo demonstrou que 16,5% do custo total com pacientes hipertensos foi com exames laboratoriais totalizando US\$ 66 milhões de dólares, após medicamentos e consultas médicas⁽⁵⁾. Pesquisa em Recife, mostrou um custo com medicamentos para hipertensão R\$ 1.195.966,00 representando o custo total de 24,6%⁽⁹⁾.

A hipertensão é considerada um grande problema de saúde pública, sendo responsável por 45% das mortes por doença cardíaca, totalizando 9,4 milhões de mortes no mundo por ano. Em geral, países de alta renda têm menor prevalência de hipertensão (35%) quando comparados a outros grupos, de média e baixa renda (40%). Além disso, por causa dos sistemas de saúde ineficientes e com limitado acesso, o número de pessoas com HAS que não são diagnosticados, tratados e mal controlados também são mais elevados⁽¹⁰⁾.

Pesquisa realizada em Recife, após analisar os custos da assistência aos portadores de DM e HAS, os custos diretos e o valor reembolsado pelo SUS totalizaram R\$ 4.855.291,82 e R\$ 2.118.893,56, respectivamente. Os gru-

pos de despesas que apresentaram maiores custos foram: medicamentos R\$ 1.762.424,42 (36,3%), serviços de terceiros R\$ 996.637,82 (20,5%) e pessoal R\$ 978.096,10 (20,1%). Sendo que, todos os procedimentos apresentaram maior custo estimado que os valores pagos pela tabela SUS⁽⁹⁾.

A crescente preocupação frente aos custos elevados, nas DCNTs, os estudos vem mostrando grandes impactos dos custos em relação aos portadores de diabetes e hipertensão arterial. Ocorre que a maioria dos sistemas de saúde está organizada para prestar cuidados em casos isolados e de forma desestruturada, sem que se enfatize o cuidado coordenado e contínuo, necessário no manejo das DCNTs.

Na prevenção e tratamento das DCNTs, independente do nível de atenção, é imprescindível uma adequada geração e sistematização de informações, do mesmo modo que um consenso entre os profissionais de saúde, pacientes e família, para estabelecer uma "Atenção compartilhada"^(11:57-76) visando qualidade e melhoria do acesso à atenção da saúde.

Desse modo, algumas causas como, a supervalorização do exame laboratorial, em detrimento do exame físico ou história clínica, postura médica defensiva, insegurança ou inexperiência profissional, redução do tempo da consulta médica, influência dos meios de comunicação e conflitos de interesse, desconhecimento do custo dos procedimentos e a falta de comunicação/integração entre os serviços de saúde, têm contribuído para o crescimento da demanda por exames complementares que auxiliam o diagnóstico e tratamento clínico⁽¹²⁾. Contudo, as indicações médicas devem estar pautadas na realidade epidemiológica local e protocolos revistos periodicamente⁽¹³⁾, evitando assim, o excesso de solicitação de exames laboratoriais que consomem recursos financeiros, que poderiam ser melhor aplicados na atenção à saúde⁽¹²⁾.

Assim, no contexto atual, o levantamento das análises de custos – seja de materiais, pessoal, estrutura e/ou de processos, deve ter ações não somente com a racionalização e redução de custos, mas sim, como subsídio na tomada de decisões para melhor alocação e priorização de recursos financeiros visando eficiência na qualidade da atenção à saúde da população.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscar novas estratégias para reduzir custos, diminuir hospitalizações, combater agravos à saúde e buscar a eficiência dos recursos utilizados na prestação de serviços, passam a ser o foco dos gestores de saúde, no entanto, a maioria dos programas de atendimento às DCNTs foca

principalmente a doença, negligenciando modelos de atenção que funcionem de modo integrado voltado para as necessidades dos pacientes.

Assim, a mensuração dos gastos evidenciando má alocação de recursos, representa estratégia importante para avaliar a o processo de atenção as DCNT, ainda influenciado pelo modelo biomédico, hospitalocêntrico, em detrimento da promoção e do cuidado na Atenção Primária a Saúde (APS), porta de entrada preferencial do SUS.

Nesse sentido, para consolidar os princípios do SUS considerando o acesso e a integralidade da assistência, se faz necessária a organização do serviços de saúde integrados por meio de redes assistenciais que trabalhem de forma articulada por meio de uma linha de cuidado pactuada entre todos os níveis envolvidos, nas quais o sistema de referência e contra-referência seja efetivo e estratégico no processo de gestão do cuidado. Essas fragilidades, imitações latentes neste estudo, remetem à necessidade de pesquisas e discussões na área no intuito de operacionalizar os aspectos epistemológicos que regem o SUS.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritária. Brasília; 2013.
2. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011.
3. Federação Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes de la FID [Internet]. 5. ed. Brussels; 2012 [citado 2013 mar 03]. Disponível em: www.idf.org/diabetes-atlas.
4. Organización Mundial de Salud. Estadísticas sanitarias mundiales: una instantánea de la salud mundial [Internet] Ginebra; 2012 [citado 2013 mar 03]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1
5. Dib MW, Riera R, Ferraz MB. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):125-31.
6. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:337-41.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília, 2006. *Cadernos de Atenção Básica*, 16.
8. Rodríguez BRA, Reynales SLM, Jiménez RJA, Juárez MSA, Hernández AM. Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(6):412-20.
9. Marinho MGS, Cesse EAP, Bezerra AFBB, Carvalho IM, Fontbonne A, Carvalho EF. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2011;55(6):406-11.

10. World Health Organization. A global brief on hypertension: world health day 2013 [Internet]. Geneva; 2013 [citado 2013 abr 05]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1
11. Casajuana-Brunet J. Cordinación entre atención primaria y atención especializada. In: Casajuana-Brunet J. Gestión del día a día en el equipo de atención primaria. Barcelona: SEMFYC Ediciones; 2007. p. 57-76.
12. Aguiar FJB, Ferreira-Júnior M, Sales MM, Cruz-Neto LM, Fonseca LAM, Sumita NM, et al. Proteína C reativa: aplicações clínicas e propostas para utilização racional. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2013 [citado 2013 out 27];59(1):85-92.
13. Moura A, Viriato A. Gestão hospitalar: da organização ao serviço de apoio diagnóstico e terapêutico. Barueri: Manole; 2008. p.105.

■ **Endereço do autor:**

Marli de Carvalho Jericó
Rua Benjamin Constant, 4035/91, Vila Imperial
15015-600, São José do Rio Preto, SP
E-mail: marli@famerp.br

Recebido: 25.01.2014

Aprovado: 29.10.2014