INCREMENTO DE CUSTOS DO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANO-PI

INCREASE IN COSTS OF TREATMENT AND FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES TREATED AT A BASIC HEALTH UNIT IN FLORIANO-PI

AUMENTO DE LOS COSTOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD EN FLORIANO-PI

Incremento de custos com doenças crônicas não-transmissíveis no SUS

# INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado, apresentando origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais. As doenças infecciosas, no início do século XX, eram as principais causas de óbito na população mundial, enquanto, atualmente, as DCNT se constituem como as principais causas de mortalidade. Vale frisar que a queda no número de mortes vinculadas às doenças infecciosas é resultado das melhores condições socioeconômicas e de saúde nas últimas décadas1.

Por sua vez, as DCNT, doenças cardiovasculares, respiratórias, cânceres e diabetes, são responsáveis por cerca de 70% dos óbitos, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desse número, 16 milhões ocorrem prematuramente, em indivíduos menores de 70 anos de idade e aproximadamente 28 milhões, em países de baixa e média renda. É importante ressaltar que existem evidências que indicam um aumento no número dessas doenças em função do crescimento de quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis2.

Em consonância, De Paula *et al.*3 afirmam que as DCNT representam 71% da mortalidade em todo o mundo, 77% dessas ocorrem em países de baixa e média renda e atingem até um terço de pessoas com menos de 60 anos de idade. Assim, essas doenças geram custos diretos e indiretos para a sociedade, para o sistema de saúde e para os indivíduos acometidos diante sua perda de produtividade, internações por complicações clínicas e comprometimento da sua qualidade de vida.

Pedraza4 defende que as doenças cardiovasculares são responsáveis pela maioria das mortes por DCNT, seguidas por cânceres, doenças respiratórias e diabetes *mellitus*. No Brasil, de modo semelhante a outros países, essas doenças também constituem um problema de saúde pública, pois representam 75% das causas de óbito.

A capacidade dos serviços de saúde de prover cuidados às pessoas com DCNT é amplamente variável de acordo com a região e a renda dos países, apesar da existência de políticas nacionais, diretrizes e protocolos que incentivam a atenção integral a essas doenças. Entretanto, a falta de financiamento adequado impede que as políticas sejam plenamente executadas3.

De acordo com uma pesquisa realizada no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no Brasil, em 2019, existia uma diferença entre os gastos per capita em cada regime de financiamento. A média de gasto de uma pessoa que tem plano de saúde e utiliza o SUS incidiu em um valor médio de R$4.685,00 em 2015 e em 2019, de R$6.620,00. Entretanto, já uma pessoa que depende exclusivamente do SUS, sem plano de saúde e sem recursos para gastos apresentou um custo despendido per capita médio de R$1.083,00 em 2015, e de R$1.320,00 em 2019 5.

Becker e Heidemann 6 afirmam que no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem como finalidade estruturar um modelo de atenção por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), utilizando a estratégia de promoção e prevenção da saúde a todos os pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visando dessa maneira, trazer uma qualidade de vida para a população atendida em seu território de abrangência.

Na APS, a prevenção das DCNT e de seus fatores de risco são importantes para evitar o aumento dessas doenças e suas formas agravadas, não vinculado apenas ao indivíduo, mas sim à coletividade, levando em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais de cada pessoa7.

Draeger *et al.* 8 observaram o aumento gradual das DCNT com várias mortes prematuras, as quais poderiam ter sido evitadas com ações e orientações de saúde na atenção básica, destacando-se a importância de atuação da equipe da atenção básica nessas ações, sabendo que essas estratégias podem sofrer alterações a depender do porte dos municípios, perfil epidemiológico e da APS, dentre outros fatores.

Neste sentido, uma vez que é considerada uma prática que envolve todo o processo saúde/doença da população, os profissionais da atenção primária precisam mostrar que a estratégia de promoção à saúde proporciona ao indivíduo cuidar da sua saúde e ter autonomia, com intervenções efetivas que mostrem o custo/benefício e causem grande impacto para enfrentar tal problemática 9.

Entretanto, os tipos de gastos mais expressivos no Brasil ocorrem nas atividades de atenção curativa, com 49,8%. Em seguida, os gastos com medicamentos e artigos médicos (20,5%) e exames diagnósticos (11,3%). As ações de prevenção, promoção, vigilância em saúde e reabilitação tem participação menor nos gastos. Os gastos da atenção curativa financiados por regime público (52,5%) são seguidos pelos pacientes que têm plano de saúde privado (36,9%) e logo após têm-se registrado o pagamento realizado direto do bolso do indivíduo (10,7%). É importante destacar que o pagamento realizado pelo paciente com os gastos com medicação e artigos médicos chegam a 87,7% 5.

Também por isso que a OMS recomenda que os gastos públicos sejam realizados de forma prioritária na atenção primária para que assim, seja possível alcançar com maior completude a cobertura universal da população, mesmo que o estado proporcione o cuidado com a saúde e que o SUS e suas estratégias busquem universalidade para o atendimento da população. Ainda assim, os gastos com a saúde podem impactar diretamente a dinâmica orçamentária familiar principalmente em famílias de baixa renda e considerando a desigualdade de renda e desenvolvimento do local onde vivem.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece que a saúde é um direito para todos10. A partir da Constituição surgiu o SUS e posteriormente, a Lei 8.080, de 19 setembro de 1990, que regula os princípios e diretrizes desse sistema, mencionando em seu capítulo a universalidade, a integralidade à assistência, a descentralização, a conjugação dos recursos financeiros, a resolutividade e a organização dos serviços públicos de saúde.

No entanto, após 30 anos de existência do SUS, foi apresentado um balanço de vetores positivos, obstáculos e ameaças, com a falta de prioridades pelos governos e subfinanciamento. Ressaltou-se ainda a financeirização da saúde, uma das maiores ameaças do SUS 11.

Apesar de o acesso à saúde de forma gratuita ser estabelecido constitucionalmente como um direito, a incompletude da universalidade ocorre por vários motivos, como barreiras territoriais que fazem com que haja custos com o tratamento que podem impactar o orçamento familiar 12.

Parte-se da hipótese que os pacientes cadastrados na UBS e usuários do SUS têm custos com o tratamento e acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis. Assim, considerando o grande impacto econômico que as DCNT causam e que há uma lacuna sobre quais os gastos da população com a saúde, esse estudo objetiva avaliar despesas relacionadas ao tratamento fora da cobertura do SUS e caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis atendidos em uma UBS de Floriano-PI.

# MÉTODOS

Para o desenvolvimento deste trabalho a coleta de dados foi realizada através de um questionário estruturado, com perguntas abertas e de múltiplas escolhas, elaborado pelo próprio autor, abordando variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas, foi realizado um estudo transversal, quantitativo, prospectivo e exploratório na UBS Jasmina Bucar, localizada em Floriano-PI.

Essa é uma UBS de referência na cidade de Floriano, por ter uma excelente estrutura, por ser uma UBS escola, pois fica localizada em uma faculdade privada, possui uma equipe multiprofissional para atender a demanda da população e é localizada dentro de uma área com muitos problemas sociais. A pesquisa ocorreu no período de julho a novembro de 2022.

A população alvo foi 200 pacientes cadastrados na área de abrangência da UBS avaliada. Os participantes foram selecionados por conveniência, nesse estudo foram utilizados dados de pacientes com diagnóstico de DCNT. As doenças crônicas consideradas foram hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer, doenças respiratórias, doenças renais, doenças cardiovasculares, infarto e hanseníase.

Foi realizado um inquérito domiciliar, com os pacientes que são cadastrados nas áreas de abrangência, os pacientes foram escolhidos de acordo com o diagnóstico de DCNT, a coleta de dados foi dividida entre as quatros microáreas, em cada visita, os participantes eram abordados individualmente, em seu domicílio e lhes era esclarecido acerca do objetivo da pesquisa. Em seguida, eram convidados a participar do estudo.

Diante do aceite, foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário auto aplicado a ser respondido acerca do objeto do estudo. É importante ressaltar que os princípios éticos utilizados nesse estudo atenderam as diretrizes da Resolução 466/12, criada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Dessa forma, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Academia Cearense de Odontologia e aprovado sob parecer nº 5.486.779 e CAAE nº 59902022.4.0000.5034.

Foram incluídos neste estudo pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com boa compreensão da língua portuguesa e com diagnóstico confirmado de DCNT e que são cadastrados na área de abrangência da UBS sob avaliação.

Foram excluídos da pesquisa quaisquer pacientes que não estivessem em condições cognitivas favoráveis para responder ao questionário de estudo ou que se recusaram a participar e preencher a ficha com seus dados socioeconômicos e demográficos.

Para aqueles que resolveram participar, sua ficha compreendia dados de identificação (iniciais de seu nome, sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, naturalidade, procedência, comorbidades e medicações em uso) e questões socioeconômicas (tipo de ocupação, auxílio do INSS, número de dependentes, renda mensal, renda familiar, moradia e meio de transporte).

Foi solicitado ainda aos participantes que respondessem um questionário detalhado para analisar os custos financeiros despendidos com medicações não disponíveis em farmácias básicas e outros insumos necessários durante o tratamento, como as consultas, exames e terapias necessárias realizadas no último mês vigente.

As variáveis categóricas foram descritas através da distribuição de frequências e as variáveis contínuas, através de média, intervalo e desvio padrão. A avaliação dos fatores vinculados aos gastos dos pacientes foi realizada utilizando o modelo de regressão linear univariada.

Considerou-se como a variável dependente o gasto fora de cobertura com saúde e como variável independente os potenciais fatores associados ao gasto, como idade, sexo, estado civil, escolaridade, presença de comorbidades (HAS, diabetes mellitus, neoplasia maligna, acidente vascular encefálico, doença cardiovascular, hanseníase).

Foi considerado um nível de significância estatística de 0,05 e para análise dos dados, foi utilizado o programa STATA 18. Os dados da pesquisa foram organizados em tabelas descritivas para melhor visualização.

# RESULTADOS

Segundo as características sociodemográficas, verifica-se maior prevalência de DCNT em indivíduos do sexo masculino (66,5%, n=133), casados (59%, n=118), de cor parda/negra (84, n=168%), com ensino fundamental completo (53,0, n=106), aposentados (48,5%, n=97), renda individual até um salário mínimo (64,0%, n=128) e familiar de até 2 salários mínimos (42,5%, n=85) que não recebem auxílio de renda (57,5%, n=85), residem em moradia própria (89,5%, n=179) e não tem carro próprio (83,5%, n=167), conforme expõe a Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de pacientes com diagnóstico de DCNT atendidos pela USB do município de Floriano-PI.

Ao analisar a associação entre cada uma das características sociodemográficas vinculadas a ocorrência de gastos com saúde entre pacientes com diagnóstico de DCNT atendidos pela UBS do município de Floriano-PI, observou-se que nenhuma das características impactou de forma estatisticamente significante os gastos com saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre as condições sociodemográficas e a ocorrência de gastos em saúde entre pacientes com diagnóstico de DCNT atendidos pela UBS do município de Floriano-PI.

Cardiologia (59%) e endocrinologia (18%) são as especialidades que mais tiveram ocorrência de gastos em saúde entre pacientes com diagnóstico de DCNT, assim como HAS (70%), e HAS associada a Diabetes (14%) e Diabetes (12%), como demonstrado na Figura 1.

**Figura 1**. Percentual de especialidades e patologias que tiveram gastos em saúde entre pacientes com diagnóstico de DCNT atendidos pela UBS do município de Floriano-PI.

Também foi possível observar que a diabetes (p=0,378), a hipertensão arterial sistêmica (p=0,158), doenças respiratórias (p=0,219), câncer (p=0,806), saúde mental (p=0,994), AVC (p=0,831), doença cardíaca (p=0,490), infarto (p=0,757) e hanseníase (p=0,768) não apresentaram associação com a ocorrência de gastos em saúde, como exposto na tabela 3.

Tabela 3. Associação entre as condições clínicas e a ocorrência de gastos em saúde entre pacientes com diagnóstico de DCNT atendidos pela UBS do município de Floriano-PI.

De forma multivariada, também foi analisada a associação das características sociodemográficas e clínicas com a ocorrência de gastos em saúde. Com base no nível de significância (p) adotado na metodologia, nenhuma das condições clínicas e/ou comorbidades dos pacientes com diagnósticos de DCNT apresentou a associação significativa com gastos fora de cobertura, haja vista que todos os valores de significância apresentados na Tabela 4 são superiores a 0,05. O resultado sugere que, de acordo com o modelo de regressão, nenhuma das condições do paciente tem impacto significativo na ocorrência de gastos fora de cobertura.

Tabela 4. Regressão multivariada sobre os fatores associados aos gastos.

# DISCUSSÃO

A população deste estudo foi formada por pacientes com diagnóstico de DCNT que têm indicação do uso de medicamentos relacionados ao tratamento e possuem acompanhamento concedido pelas USB. Diabetes e hipertensão foram as DCNT mais prevalentes e nenhuma das características sociodemográficas e clínicas impactou nos gastos fora de cobertura pela população estudada. Além disso, cardiologia e endocrinologia e HAS e diabetes foram, respectivamente, as especialidades e patologias em que houve ocorrência de gastos com a saúde na população estudada.

O gasto médio por mês do paciente foi de R$283,20, o que corresponde a 23,4% do valor de um orçamento familiar. Esses gastos competem com outros dispêndios que são necessários, como alimentação, habitação, educação e transporte. Dessa maneira, as famílias de baixa renda tendem a remanejar seu orçamento, deixando de adquirir insumos importantes para a sua subsistência para adquirir medicamentos ou outros cuidados para a sua saúde como exames e consultas13.

Um estudo realizado um município do Rio Grande do Sul, na APS com 216 participantes, 31,5% apresentaram-se na faixa etária entre 61 e 70 anos, predominando o sexo feminino 65,3%, em relação a cor autorreferida 74,1% declararam cor branca, 57,9% eram inativos, 38,4% aposentado por tempo de trabalho, 71,8% possuem renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimo. As doenças mais prevalentes foram as cardiovasculares 31,5%, seguidas das neoplasias 18,5%14.

Drummond 15, usando dados de uma Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, apresentou que somente 15,3% da população brasileira teve acesso gratuito por meio do sistema público de saúde a todos os medicamentos prescritos e 63,9% dos pacientes tiveram gastos para obtenção dos fármacos. Uma pesquisa realizada pelo IPEA, em 2019, mostrou uma elevada participação do pagamento direto do bolso das famílias com gastos com medicamentos e artigos médicos5.

A participação pública no total de gastos da saúde é pouca. No Brasil os cofres governamentais custeiam 43% dos gastos totais no setor, o restante é arcado pelas famílias com serviços de saúde privados, planos de saúde e compras de medicamentos. No Reino Unido, a participação estatal no gasto total chega a 80% 16.

A grande parte dos gastos dos pacientes, dois terços, estão relacionados a custo com medicamentos. Em relação ao acesso gratuito de medicamentos pelo SUS, somente 15,3% da população brasileira teve acesso aos medicamentos prescritos. E uma grande parte 63,9% dos indivíduos tiveram dispêndio monetário para obtenção dos fármacos 15.

Portanto, o tratamento de doenças crônicas pode ser oneroso em países onde uma elevada percentagem de despesas totais de saúde é paga a partir do próprio bolso das famílias, ou seja, onde a participação governamental nas despesas com saúde é pequena. Causando pobreza por acarretarem gastos prolongados que aprisionam os lares mais pobres com endividamento e doença, trazendo desigualdades econômicas e de saúde e consequências para a família como redução de ganho, dificultando o sustento da família17.

Como consequência, pode trazer um cenário de vulnerabilidade socioeconômica e precariedade em algumas famílias que podem estar inseridas diante de bens e serviços que são básicos e necessários para sobrevivência, direito de todos mediante a constituição federal. As famílias mais pobres gastam mais proporcionalmente mais em saúde em relação às famílias com nível de renda médio e alto, caracterizando desigualdade no que se refere à cobertura universal de saúde 13.

De acordo com a OMS 18, aponta que 52,5% dos gastos com saúde no Brasil são pagos pelos pacientes e 47,5%, pelo governo. Esses gastos estão incluídos cirurgia, consultas e medicamentos. Na média mundial 57,6% dos gastos são pagos pelo poder público e 42,35%, pelas famílias.

Nos gastos com saúde aqui no Brasil categorizados como gastos com medicamentos, consulta/exames e hospitalizações, observam-se significativos traços de desigualdade social e regional. Os indivíduos que residem nas regiões norte e nordeste com rendimento entre ¼ de salário e 1 salário-mínimo são os que possuem as menores médias de gastos com saúde em todas as categorias citadas. A compra de medicamentos foi o componente de maior peso no total dos gastos com a saúde das famílias de menor renda, embora em termos absolutos seja muito menor que o gasto das famílias com maior nível de renda. Já os gastos com planos de saúde corresponderam ao maior peso total para as famílias de maior nível de renda13.

De acordo com Pereira13, em 2022 os indivíduos com renda de ¼ de salário, ½ salário-mínimo e 1 salário mínimo essas famílias possuem gastos com medicamentos, consultas e exames. Esses indivíduos estariam amparados pela SUS, todavia eles tendem a arcar com parte de seus gastos com saúde, em termos proporcionais, valores entre R$ 10,00 e R$ 25,00 são valores significativos para aqueles que possuem rendimentos agrupados nas menores faixas de renda, comprometendo seu orçamento em termos proporcionais quando necessário a obtenção de determinados bens de consumo associados à saúde de forma privada.

Os gastos com medicamentos, consultas, exames e planos privados de saúde na região norte e nordeste apresentam um nível médio de gastos abaixo da média nacional13. Os custos de natureza microeconômica ou domésticos das DCNT traz consequências macroeconômicas, traduzidos principalmente pela queda da produtividade da força de trabalho. Foi estimado que, para cada incremento de 10% na mortalidade por DCNT, reduz em até 0,5% o crescimento econômico. De acordo com essas evidências, o Fórum econômico Global e a OMS colocam as DCNT entre as principais ameaças globais ao desenvolvimento econômico17.

O controle das DCNT é essencial para o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, entretanto o descontrole aumenta a pobreza, favorece a exaustão econômica dos indivíduos, das famílias e dos negócios em geral. A situação vigente em todo mundo é uma epidemia, que ameaça o desenvolvimento social, econômico e o ambiente global17.

As condições de saúde da população brasileira estão intimamente associadas à desigualdade social, fruto de uma trajetória histórica. Os gastos com saúde entre os mais pobres estão presentes, ainda que em níveis desproporcionais em relação às famílias com rendimentos mais elevados, toda a população, diante de variados contextos da vida, possui essas despesas de alguma forma, mais existe uma variação quantitativa e qualitativa dos gastos efetuados de acordo com as condições socioeconômicas das famílias13.

Diante desses resultados pode-se afirmar que as atividades educativas são um dos meios eficazes para prevenir as doenças crônicas não transmissíveis e prover a redução de custos com as mesmas, mas essas atividades precisam iniciar-se na atenção primária, com ênfase no planejamento em saúde para que se consiga alcançar um público considerável nessas atividades, tendo o apoio matricial como uma ferramenta bastante útil nessas ações de saúde, uma vez que, os profissionais qualificados orientam quanto aos fatores preveníveis das doenças, bem como, quanto a promoção da qualidade de vida dos pacientes diagnosticados.

De acordo com Mori19, é necessário intensificar a prevenção e o tratamento das DCNT e a APS é fundamental, pois é a porta principal de entrada do SUS e possui capacidade para resolver cerca de 80% dos problemas que afetam a saúde da população. A elevada prevalência de DCNT e dos fatores associados, identificados neste estudo, são de fundamental importância para auxiliar na elaboração e na implementação de estratégias de controle, prevenção e promoção de saúde e diminuição dos índices de morbidade crônica.

Apesar das comorbidades detectadas, os resultados apresentados demonstraram que os custos fora de cobertura relacionados ao tratamento das doenças crônicas vinculadas aos indivíduos atendidos na UBS de Floriano-PI e participantes da pesquisa não manifestaram significativo custo com tais gastos ressaltados, o que reflete na eficácia da cobertura do SUS para as DCNT mais prevalentes.

De acordo com um estudo realizado por Malta 2, os pacientes com HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DIA (Diabetes) são os que mais utilizam o SUS como fonte exclusiva de recebimento dos medicamentos específicos para o seu tratamento. Enquanto pacientes com outros diagnósticos, como por exemplo, doença respiratória pulmonar crônica, adquirem medicamentos também a partir de outras fontes. Vale frisar que o SUS foi a principal fonte para aquisição dos medicamentos para tratamento de doenças crônicas, tendo a farmácia popular uma menor procura para obtenção deles.

Durante a 16º Conferência Nacional de Saúde foi discutido sobre a necessidade de fortalecer a APS e organização da saúde; ratificou-se que a saúde é um direito de todos os brasileiros e que os medicamentos têm uma grande importância na resolutividade nas ações de saúde. A Organização Pan-Americanas de Saúde (OPAS) informou que o uso racional de medicamentos é importante para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável e para melhorar a eficácia e eficiência dos cuidados com a saúde5.

Em seu trabalho, Borges *et al.* 20 apontou a HAS e o total de exames realizados para diagnóstico de pacientes como os maiores preditores significativos no custo total do governo e também no tempo de permanência hospitalar desses indivíduos. Figueiredo, Prado e Medina21, por sua vez, afirmam que mesmo com uma lei constitucional e a existência de um sistema público de saúde que garante a universalidade, o país apresenta gastos privados com saúde superiores aos gastos públicos.

Ressalta-se ainda que o acompanhamento do orçamento provê uma visão geral sobre a alocação de recursos e gera informação para o monitoramento de sua execução, possibilitando a identificação e a correção de problemas durante o exercício financeiro. Dessa forma, a gestão pública além de fornecer fomento de apoio a essa atividade, contribui para o aprimoramento da elaboração da proposta orçamentária e dos orçamentos por parte dos órgãos de governo; possibilita a preparação de programações de recursos mais ajustadas às políticas e facilita a elaboração da prestação de contas. Para a sociedade, constitui como um instrumento de transparência na utilização dos recursos governamentais 22.

É importante destacar que existe uma relação entre as condições socioeconômicas, as doenças crônicas e os gastos em saúde da população em geral. Entretanto, ao tratar-se de gastos individuais catastróficos em saúde por portadores de diferentes DCNT ainda é um tema pouco explorado, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil 23.

No Brasil, o Ministério da Saúde descreve ações essenciais para prevenir e monitorar os casos de DCNT. Dentre essas, pode-se destacar a capacitação das equipes de saúde da família, a promoção de ações de prevenção de doenças, o monitoramento dos indicadores de saúde e a aplicação de procedimentos apropriados à realidade regional e local. Por exemplo, uma das estratégias utilizadas na APS é a discussão e análise das práticas assistenciais e a promoção da cogestão do cuidado por meio do apoio matricial com todos os profissionais da equipe para assim ter-se uma abordagem mais efetiva24.

O fato de o estudo ter sido realizado em apenas um território de uma UBS da atenção básica em um município no interior do Piauí, Nordeste do Brasil, e em um período de um mês limita a capacidade de generalização dos resultados para outras regiões do país, considerando as desigualdades socioeconômicas existentes. Por outro lado, há poucos estudos publicados nessa área, o que denota a relevância desse estudo.

Os achados deste estudo poderão contribuir para o planejamento das ações de saúde da APS, planejar os cuidados às pessoas com DCNT e o empoderamento dos pacientes para realizar o autocuidado e enfrentar os desafios impostos pela doença.

# CONCLUSÃO

Em face do exposto, ao avaliar as despesas relacionadas ao tratamento de doenças crônicas dos pacientes atendidos em uma UBS de Floriano-PI., nenhuma das condições clínicas e condições sociodemográficas com DCNT apresentaram impacto significativo nos gastos com a saúde. Embora a cobertura na atenção básica seja ampla, o valor gasto com saúde ainda representa uma proporção considerável do orçamento familiar. A identificação das lacunas de cobertura pode auxiliar no planejamento da ampliação de cobertura e elaboração de diretrizes para incrementar a universalidade do SUS.

**Conflitos de interesse**

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

**Fontes de financiamento**

A pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização

**REFERÊNCIAS**

1. Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F. & Figueiredo, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. Ciencia & saude coletiva 26, 77–88 (2021).

2. Malta, D. C., Saltarelli, R. M. F., Prado, R. R. do, Monteiro, R. A. & Almeida, M. F. de. Mortes evitáveis no Sistema Único de Saúde na população brasileira, entre 5 e 69 anos, 2000-2013. Revista Brasileira de Epidemiologia 21, e180008 (2018).

3. de Paula, E. A., Schwartz, E., Nunes, B. P., dos Santos, B. P. & Barceló, A. Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na atenção primária à saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem 24, 68990–68990 (2022).

4. Pedraza, C. C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Revista Panamericana de Salud Pública 44, (2020).

5. BRASIL, M. da S. Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. (2022).

6. Becker, R. M. & Heidemann, I. T. S. B. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. Texto & Contexto-Enfermagem 29, e20180250 (2020).

7. Silocchi, C. & Junges, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Trabalho, Educação e Saúde 15, 599–615 (2017).

8. Draeger, V. M., Andrade, S. R. de, Meirelles, B. H. S. & Cechinel-Peiter, C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. Escola Anna Nery 26, e20210353 (2022).

9. Becker, R. M. et al. Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Revista Brasileira de Enfermagem 71, 2643–2649 (2018).

10. BRASIL. Constituição Da República Federativa Do Brasil. (1988).

11. Paim, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva 23, 1723–1728 (2018).

12. Tetemann, E. C., Trugilho, S. M. & Sogame, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes/Universality and Territorialization in SUS: contradictions and tensions inherent. Textos & Contextos (Porto Alegre) 15, 356–369 (2016).

13. Pereira, M. L., Júnior, W. A. D. & Teixeira, E. C. Gastos em saúde no Brasil e suas macrorregiões a partir de distintos níveis de renda. Oikos: Família e Sociedade em Debate 33, (2022).

14. Pasquetti, P. N. et al. Qualidade de vida de usuários com doenças crônicas não transmissíveis assistidos na atenção primária à saúde. Cogitare Enfermagem 26, e75515 (2021).

15. Drummond, E. D., Simões, T. C. & Andrade, F. B. de. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. Revista Brasileira de Epidemiologia 21, e180007 (2018).

16. Saldiva, P. H. N. & Veras, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Estudos Avançados 32, 47–61 (2018).

17. Goulart, F. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização pan-americana da saúde (2011).

18. WHO, W. H. O. Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf (2018).

19. Mori, N. L. R., Olbrich Neto, J., Spagnuolo, R. S. & Juliani, C. M. C. M. Resolution, access, and waiting time for specialties in different models of care. Revista de saude publica 54, 18 (2020).

20. Borges, M. M., Custódio, L. A., Cavalcante, D. de F. B., Pereira, A. C. & Carregaro, R. L. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. Ciência & Saúde Coletiva 28, 231–242 (2023).

21. Figueiredo, J. O., Prado, N. M. de B. L., Medina, M. G. & Paim, J. S. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. Saúde em Debate 42, 37–47 (2018).

22. Frossard, L. B. de M. & Oliveira, M. L. de A. Acompanhamento Orçamentário. 123–131 (2023).

23. Bernardes, G. M., Saulo, H., Fernandez, R. N., Lima-Costa, M. F. & Andrade, F. B. de. Gastos catastróficos em saúde e multimorbidade entre adultos mais velhos no Brasil. Revista de Saúde Pública 54, 125 (2020).

24. Leite, M. T., Dal Pai, S., de Moura Quintana, J. & da Costa, M. C. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online 7, 2263–2276 (2015).