

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

NANCY MARIA SILVA JANSSEN

ANÁLISE DA OFERTA E UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS E EXAMES
COMPLEMENTARES EM TRÊS CAPITAIS DO NORDESTE DO BRASIL

RECIFE
2014

NANCY MARIA SILVA JANSSEN

**Análise da oferta e utilização de consultas especializadas e exames
complementares em três capitais do nordeste do Brasil**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências.

Orientadores: Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Prof^a. Dr^a. Idê Gomes Dantas Gurgel

**Recife
2014**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

J35a Janssen, Nancy Maria Silva.
Análise da oferta e utilização de consultas especializadas e exames complementares em três capitais do nordeste do Brasil/ Nancy Maria Silva Janssen. — Recife: [s.n.], 2014.

89 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadoras: Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Idê Gomes Dantas Gurgel.

1. Serviços de Saúde - utilização. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Assistência à Saúde. 4. Estudos de Casos. 5. Exames Médicos. 6. Consultórios Médicos I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Gurgel, Idê Gomes Dantas. III. Título.

CDU 614.2

NANCY MARIA SILVA JANSSEN

**Análise da oferta e utilização de consultas especializadas e exames
complementares em três capitais do nordeste do Brasil**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 03\04\2014

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ-PE

Dr. Petrônio Martelli
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Ao meu pai Adrianus e a minha mãe Helena, por me permitirem enxergar o mundo de forma diferente e me fazerem acreditar que a transformação “emana do povo”, por isso eu trabalho, por isso eu vivo, para transformar!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vida e me permitir abrir os olhos todos os dias com saúde para experimentar a alegria de viver;

Aos meus pais por sempre acreditarem em mim e nos meus sonhos;

A Gilvan, meu companheiro, meu melhor amigo e meu maior amor, que me apoiou nessa escolha e supriu minha ausência no melhor e mais gostoso projeto das nossas vidas, Heitor.

Ao próprio Heitorzinho, que no auge dos seus 6 anos, necessita e consegue compreender que mamãe precisa estudar.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica, em especial a Semente, Glauco e Vivi, sempre dispostos a nos ajudar;

A equipe da Biblioteca do CPqAM, em especial a Márcia e Mégine;

As minhas amigas Ana Lúcia e Gaby Morais por todos os momentos de incentivo e ajuda, sem hora e sem lugar, que aceitaram dividir comigo momentos que eram só seus, obrigado sempre!

A Paulette por me conduzir nesse processo, me trazendo sempre paz e abrindo ainda mais os caminhos do conhecimento;

A professora Maria Rejane Ferreira e ao querido Tiago Feitosa pelas brilhantes contribuições na fase de qualificação do estudo.

As minhas colegas de turma e amigas da vida Renata e Juliana, por tornar meus dias sempre melhores;

Ao meu querido amigo Eduardo Guedes, pelas trocas, ajudas e boas risadas;

Aos colegas do Grupo de Pesquisa RIS, que tanto contribuíram pra as discussões desse trabalho;

Aos colegas de turma do mestrado por fazer esses dois anos mais leves;

As Secretarias de Saúde dos municípios participantes, por aceitarem contribuir para o desenvolvimento deste estudo;

Ao CNPq, cujo apoio financeiro foi imprescindível para a realização desse estudo, através do edital 69/2010.

E por fim, a todos que de alguma forma contribuíram pra conclusão desse trabalho, meu muito obrigado!

“O amor é o perfume das almas”.
Dom Hélder Câmara

“O amor é o cheirinho de nós três juntos”
Heitor Janssen Nascimento

JANSSEN, N. M. S. Análise da oferta e utilização de consultas especializadas e exames complementares em três capitais do nordeste do Brasil. 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

A oferta de serviços de saúde tem se mostrado aquém da necessidade da população atendida pelo SUS, sendo as formas de acesso a esses serviços o principal problema encontrado. Este estudo teve por objetivo analisar a oferta e utilização de consultas especializadas e exames complementares, em redes de atenção à saúde orientadas pela ESF em capitais do nordeste do Brasil. Trata-se de estudo de casos múltiplos, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizados nos municípios de Recife-PE, Natal-RN e Fortaleza-CE. Utilizou como fontes, dados do Sistema de Informações Ambulatorial, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e entrevistas semi-estruturadas realizadas com gestores, médicos e marcador de consultas das unidades de saúde da família. Os dados quantitativos foram tabulados e analisados estatisticamente de forma descritiva simples, enquanto os dados qualitativos foram analisados com o auxílio do *Atlas-ti 5.0* e o método utilizado foi a condensação dos significados, proposto por Kvale. Identificou-se que as redes de atenção a saúde se mostraram fragmentadas, com sistema de referência e contra-referência fragilizados. Para medir sua necessidade de saúde, os municípios estudados utilizam a portaria GM/MS nº 1.101/2002, apesar de suas fragilidades. A oferta se apresentou no geral, superior à necessidade preconizada pelos parâmetros ministeriais, porém a utilização se mostrou sempre baixa em relação a oferta de consultas nas especialidades estudadas. O sistema de regulação nos três municípios se mostrou deficiente no processo de organização e desempenho da regulação assistencial, não cumprindo seu papel de organizar fluxos, gerenciar e priorizar o acesso, garantindo assim o princípio da integralidade do SUS. Os achados revelados por esta pesquisa apontam para a necessidade de atualizar os parâmetros assistenciais, de fortalecer a regulação, a fim de que os profissionais que compõem a rede de saúde e aqueles que exercem a função regulatória possam cumprir os preceitos do SUS e assim, assegurar a integralidade na atenção à saúde da população.

Palavras-chave: Necessidades e demandas de serviços de saúde, Regulação e Fiscalização em Saúde e Serviços de saúde.

JANSSEN, N. M. S. Analysis of the supply and use of specialist consultations and laboratory tests in the three capitals of northeastern Brazil. 2014. Dissertation (master's degree in public health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2014.

ABSTRACT

The provision of health services has proved beyond the requirements of the population served by SUS, with the means of access to these services, the main problem encountered. This study aimed to analyze the supply and use of specialist consultations and exams in networks of health care guided by the ESF in capital of northeastern Brazil. This is study of multiple, descriptive case with a quantitative and qualitative approach, conducted in the city of Recife -PE, Natal- RN and Fortaleza - CE. Used as input the Outpatient Information System sources, the National Registry of Health and semi - structured interviews with managers, medical consultations and marker units of family health. Quantitative data were statistically analyzed descriptively simple, while qualitative data were analyzed with the aid of Atlas -ti 5.0 and the method used was the condensation of meanings proposed by Kvale. It was identified that the health care networks proved fragmented, with reference system and weakened counter-reference. To measure health need, the municipalities studied, we use the concierge GS / MS nº 1.101/2002, despite its weaknesses. The offer was presented in general, higher than recommended by the Ministerial need parameters, but using it always showed low against the offer of consultations in specialties studied. The system of regulation in three counties proved, despite their poor weaknesses in the organization and performance of the healthcare regulatory process, not fulfilling their role of organizing flows, manage and prioritize access, thus ensuring the integral principle of the NHS. The findings revealed by this study point to the need to update the parameters assistance, to strengthen the regulation, so that the professionals that comprise the health care system and those who exercise the regulatory function to fulfill the precepts of the NHS and thus ensure completeness in health care of the population.

Keywords : Helth services needs and demand, government regulation and Helth services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Dimensões da Regulação _____	28
Figura 1	Mapa do município do Recife, Pernambuco _____	33
Figura 2	Mapa do município de Natal, Rio Grande do Norte _____	35
Figura 3	Mapa do município de Fortaleza, Ceará _____	37
Quadro 2	Distribuição dos sujeitos entrevistados por função e município _____	39
Quadro 3	Descrição das variáveis do estudo quantitativo _____	41
Quadro 4	Descrição das variáveis do estudo qualitativo _____	42
Quadro 5	Organização dos significados _____	44
Gráfico 1	Relação ente a necessidade, oferta e utilização de consultas especializadas no município A, 2012 _____	57
Gráfico 2	Relação ente a necessidade, oferta e utilização de consultas especializadas no município B, 2012 _____	58
Gráfico 3	Relação ente a necessidade, oferta e utilização de consultas especializadas no município C, 2012 _____	59
Gráfico 4	Necessidade e utilização de exames complementares no município A	62
Gráfico 5	Necessidade e utilização de exames complementares no município B	63
Gráfico 6	Necessidade e utilização de exames complementares no município C	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Unidades de saúde sob gestão municipal, segundo tipo de estabelecimento. Recife, dezembro de 2012_____	34
Tabela 2	Unidades de saúde sob gestão municipal, segundo tipo de estabelecimento. Natal, dezembro de 2012 _____	36
Tabela 3	Unidades de saúde sob gestão municipal, segundo tipo de estabelecimento. Fortaleza, dezembro de 2012 _____	38
Tabela 4	Distribuição da necessidade de consultas especializadas, por municípios, segundo limites superior e inferior da portaria GM/MS nº 1.101/02, 2012 _____	52
Tabela 5	Distribuição da necessidade de exames complementares, por municípios, segundo limites superior e inferior da portaria GM/MS nº 1.101/02, 2012 _____	52
Tabela 6	Cobertura de consultas especializadas, segundo portaria GM/MS nº 1.101, pelos municípios, 2012 _____	54
Tabela 7	Oferta geral e regulada das consultas especializadas, por municípios, 2012 _____	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária à saúde

BPA: Boletim de Produção Ambulatorial

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de saúde

CNS: Conferência Nacional de Saúde

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPqAM: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

DM: Diabetes *Mellitus*

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

GERIS: Grupo de Estudos em Redes Integradas de Saúde

GM: Gabinete do Ministro

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MS: Ministério da Saúde

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

PA: Arquivos do SIA referentes à produção ambulatorial

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PF: Arquivos do CNES referentes aos profissionais dos estabelecimentos de saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

PPI: Programação Pactuada e Integrada

RPA: Região Político Administrativa

RISS: Redes Integradas de Serviços de Saúde

SER: Secretaria Executiva Regional

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais

SIS: Sistemas de Informações em Saúde

SISREG: Sistema de Regulação

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

ST: Arquivos do CNES referentes aos estabelecimentos de saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
<i>2.1 O Sistema Único de Saúde e a integralidade</i>	<i>17</i>
<i>2.2 Necessidades de saúde</i>	<i>19</i>
<i>2.3 As redes de atenção à saúde e a oferta e utilização dos serviços de saúde</i>	<i>22</i>
<i>2.4 Regulação do acesso.....</i>	<i>27</i>
3 OBJETIVOS.....	30
<i>3.1 Objetivo Geral.....</i>	<i>30</i>
<i>3.2 Objetivos Específicos</i>	<i>30</i>
4 PERCURSO METODOLÓGICO	31
<i>4.1 Desenho do Estudo.....</i>	<i>31</i>
<i>4.2 Área e período do Estudo.....</i>	<i>32</i>
<i>4.2.1 Área 1: Recife, Pernambuco</i>	<i>32</i>
<i>4.2.2 Área 2: Natal, Rio Grande do Norte.....</i>	<i>34</i>
<i>4.2.3 Área 3: Fortaleza, Ceará.....</i>	<i>36</i>
<i>4.3 População de estudo e Fonte dos Dados</i>	<i>38</i>
<i>4.4 Variáveis do Estudo</i>	<i>41</i>
<i>4.5 Processamento e análise dos dados.....</i>	<i>42</i>
<i>4.6 Considerações Éticas</i>	<i>45</i>

4.7 Limitações do Estudo	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 As redes de atenção à saúde e o cuidado na atenção especializada. 47	
5.2 A relação entre a necessidade, a oferta e a utilização de consultas especializadas e exames complementares.....	51
5.3 A regulação assistencial e seu papel na organização do acesso e monitoramento da demanda à atenção especializada.....	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	80
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista.....	82
APÊNDICE C – Lista de procedimentos estudados	84
APÊNDICE D – <i>Check list</i>	85
ANEXO A - Parecer de anuência para realização da pesquisa da secretaria municipal de saúde de Fortaleza, CE.	86
ANEXO B - Parecer de anuência para realização da pesquisa da secretaria municipal de saúde de Natal, RN.....	87
ANEXO C - Parecer de anuência para realização da pesquisa da secretaria municipal de saúde do Recife, PE.	88
ANEXO D – Parecer do comitê de ética em pesquisa do CPqAM	89

1 INTRODUÇÃO

A integralidade da atenção à saúde tem se mostrando atualmente um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS). Após uma expressiva expansão da atenção primária a saúde, os serviços de atenção especializada mostram-se insuficientes, portanto incapazes de cumprir com o seu papel.

As redes de atenção à saúde foram propostas com a finalidade de consolidar este princípio norteador do SUS e proporcionar ao usuário um cuidado continuado das suas necessidades de saúde.

Os sistemas de regulação de acesso são apontados como um caminho para a melhoria da efetivação desse cuidado integral. Utiliza-se de estratégias de planejamento da assistência, monitoramento da oferta e da demanda aos serviços de saúde, com objetivo de garantir o acesso de forma que haja um menor número de perdas e conseqüentemente uma melhor utilização da oferta de serviços.

Nessa perspectiva, é necessária uma reflexão sobre o funcionamento dessas redes e da regulação de acesso, hora existente, bem como um olhar diferenciado para os atuais parâmetros assistenciais, sendo estes os responsáveis por apontar a necessidade da população, traduzindo-se no quanto deve ser produzido nos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde vem desde o início da década de 80 definindo critérios para estabelecimento de parâmetros que caracterizem as necessidades assistenciais da população. No entanto, há diversas críticas em relação à definição dos parâmetros, sobretudo, em virtude da metodologia utilizada nestes instrumentos.

O estudo e monitoramento da necessidade, oferta e a utilização dos serviços de saúde se constitui em importante ferramenta de gestão, permitindo que os sistemas de regulação de acesso se adequem e se organizem de maneira que permitam uma melhor estrutura, operacionalização, supervisão, enfim, um melhor controle e avaliação do desempenho desses serviços do setor saúde.

Nesse sentido, partiu-se do pressuposto que o acesso à atenção especializada não é oportuno e que as redes de atenção podem ser uma estratégia para o enfrentamento deste problema.

Por isso, pergunta-se: qual o papel da regulação assistencial na organização do acesso à atenção especializada e em que medida a oferta de consultas especializadas e exames complementares é suficiente para atender a necessidade da população em redes integradas coordenadas pela atenção primária a saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Sistema Único de Saúde e a integralidade

Em meados da década de 70, surge no Brasil, um movimento pautado na democratização da saúde, apoiado pela conjuntura contemporânea de surgimento de novos sujeitos sociais que lutavam pela redemocratização do país e contra um regime de ditadura militar posto. Atores como, estudantes, professores universitários, entidades de profissionais de saúde, alguns setores populares, entre outros, passaram a defender mudanças importantes no setor saúde o que culminou na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tem como eixo estruturante de seu projeto essa democratização da saúde e da sociedade (FLEURY, 2001).

A partir dessa organização da sociedade civil, nasce o chamado movimento sanitário que prevê uma transformação dos cuidados da saúde, apontando para o fim do então sistema fragmentado, e inicia a idéia de uma democracia na tomada de decisões (ALBUQUERQUE, 2012; FLEURY, 2001; PAIM, 2009).

Em 1985, com a conquista da democracia tornou-se possível, no ano seguinte, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), reafirmando-se a saúde como um direito de todos, dever do Estado, recomendando-se um Sistema Único de Saúde, universal, descentralizado, democrático, sendo garantida a participação social na formulação das políticas de saúde, bem como no seu acompanhamento e nos processos avaliativos (PAIM, 2009).

Após a 8ª CNS, dentro desse contexto de democratização da saúde a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma reforma democrática do Estado, dando-se a esse processo o nome de Reforma Sanitária.

Nesta conjuntura, as opções pelo fortalecimento das políticas públicas e construção das bases de um estado do bem-estar social foram vistas como

prioritárias. A construção de um projeto de reforma sanitária foi um movimento social, organizado por pessoas dos segmentos populares, estudantes, pesquisadores, intelectuais e profissionais de saúde pela construção de um Estado democrático social (FLEURY, 2009;PAIM, 2009).

Esta reforma democrática, que se consubstanciou na institucionalidade projetada na Constituição Federal de 1988, foi duramente confrontada pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional e, por fim, a bem articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado (PAIM, 2009; FLEURY, 2009).

O Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) está definido na Constituição Brasileira de 1988, como um sistema que apresenta uma rede regionalizada e hierarquizada, sob os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade. Estas diretrizes têm por objetivo orientar a organização e o funcionamento desse sistema de saúde na perspectiva de torná-lo mais adequado às necessidades da população brasileira (BRASIL, 1998).

O princípio da Integralidade, entendida nesse contexto, como acesso a todos os recursos assistenciais que o usuário necessita, apresenta-se como um dos principais desafios do SUS. O conceito da integralidade rapidamente reporta a integração de serviços de saúde por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e das organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTRADIOPOULOS, 2001).

Para Pinheiro (2009), a integralidade é uma ação resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos da atenção à saúde, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos devam ser considerados.

A integralidade pode ser vista também como um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em

sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios (MACHADO et al., 2007). Ainda para este autor, é mais que um conceito, é uma “bandeira de luta”.

Pinheiro (2009) destaca duas dimensões da integralidade, a primeira relaciona-se com o movimento da medicina integral, que em sua essência via a integralidade como sendo o cuidar da pessoa como um todo e criticava o fato de médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude fragmentada, prática resultante da formação médica através de um currículo que privilegiava os laboratórios e hospitais como principal espaço de aprendizagem. A outra dimensão ou sentido da integralidade relaciona-se como o modo de organizar os serviços e as práticas de saúde. Os serviços deveriam se organizar de tal forma que permita as diferentes necessidades de uma pessoa sejam atendidas de forma integral, de modo que considera inadmissível que um homem diabético, com outras co-morbidades, precise dá entrada em dois ou três pontos distintos do sistema de saúde para ter encaminhada a solução do seu problema.

Segundo Capra (2006), “[...] na integralidade somos totalidades, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente”.

Para a consolidação da integralidade é necessário que o sistema de saúde se estruture em um formato de rede de atenção à saúde, considerando a interdependência dos atores e das organizações.

2.2 Necessidades de saúde

Para Marx e Engels (1993), “[...] necessidade é o que precisa ser satisfeito para que a vida continue”. Sendo esta necessidade ou a satisfação dela, responsável por gerar um produto de um processo de trabalho, ou seja, a necessidade gerando o produto.

Conhecendo a relação existente entre necessidades, processos de trabalho e produto, Campos e Baiatero (2007) realizaram estudo bibliográfico cujos resultados encontrados indicam “[...] que as ações em saúde reiteram que necessidades de saúde são respondidas com o consumo de um procedimento de saúde – majoritariamente, a consulta médica”.

Segundo Stotz (1991), as necessidades de saúde que são primordiais para a reprodução da vida, não ocorrem separadas dos processos sociais nos quais as pessoas vivem, o que justificaria essa busca pelo consumo dos procedimentos de saúde.

Campos e Mishima (2005) dizem que o tema necessidades de saúde é o que amplia a concepção de necessidades, para compreender suas raízes e define que as necessidades não são homogêneas e que a heterogeneidade das necessidades é definida pela inserção de classe sociais dos indivíduos.

Nesta perspectiva, necessidades de saúde são necessidades de reprodução social, ou seja, são necessidades de indivíduos das diferentes classes, sendo diferentes, nos diferentes grupos sociais, definidos pela inserção na divisão social do trabalho, determinante dos diferentes modos de viver (CAMPOS; BAIATERO, 2007; SOUSA, 2010; STOTZ, 1991)

Em razão dessa origem social, produzem-se necessidades que correspondem a de muitas pessoas e, potencialmente, de todas, a depender de seu grupo social. Assim sendo, para atender necessidades de saúde de uma dada população, é necessário instaurar diferentes práticas, que respondam a essas necessidades.

Esse tema é complexo, já que pelo modo como os serviços de saúde são organizados, há uma oferta de ações, a partir de demanda, sem que se considere as necessidades como um todo. Tomar as necessidades de saúde como objeto das práticas implica em considerar a inserção dos indivíduos nos diferentes grupos sociais. Dessa forma, as estratégias em saúde irão abranger, além da dimensão biológica, as dimensões: cultural, econômica, ecológica e política, que são comandadas no modo de produção capitalista - pela dimensão econômica (CAMPOS; BAIATERO, 2007).

Sousa (2010) considera a necessidade:

[...] um conjunto de necessidades referentes ao acesso universal e integral aos serviços de saúde. Considerando que essa dimensão de necessidades constitui-se como um dos determinantes da condição de saúde da população, conforme definição de saúde dada pela Constituição Brasileira.

Porém observa-se que as necessidades de saúde estão frequentemente ligadas a assistência, expressas a partir da oferta e demanda por serviços de saúde. Dessa forma, a organização das ações de saúde para a “produção e distribuição efetiva dos serviços, será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, ao contexto instaurador de necessidades”, ou seja, gerador de demandas assistenciais (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996).

Com o objetivo de quantificar a necessidade de saúde da população e subsidiar o planejamento das atividades assistenciais do então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Portaria ministerial nº 3.046 foi publicada pelo MPAS em julho de 1982 (BRASIL, 1982), estabelecendo normas para a realização de contratos e convênios de assistência médica, no âmbito da Previdência Social e parâmetros de cobertura assistencial, que seriam utilizados no planejamento das ações (SILVA, 2007).

Em 2002, foi publicada uma nova portaria, GM/MS nº 1.101/02 (BRASIL, 2002) com o objetivo de “**atualizar**” os parâmetros assistenciais estabelecidos pela, até então vigente Portaria MPAS nº 3.046/82 (BRASIL, 1982). Para estabelecer os novos parâmetros de cobertura assistencial, considerou-se a composição da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) – SUS. Estes parâmetros destinam-se a “[...] orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, se constituindo em subsídios para analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais e na elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada –PPI” (BRASIL, 2002).

A Portaria GM/MS nº 1.101/02 define os parâmetros de cobertura assistencial para o SUS de forma ampla. Porém, traz limitações principalmente no que se refere às consultas especializadas e exames complementares. Dessa forma, podemos perceber nesta portaria a grande influência da Portaria GM/MS nº 3.046/82, do

extinto INAMPS, que baseou-se em estudo da produção de procedimentos pagos e registrados pelo órgão na década de 70 (BRASIL, 1982, 2002).

Estudo realizado em 2010 mostra que com a exceção de uma consulta pública realizada antes da definição dos parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/02, a metodologia utilizada na construção desses parâmetros foi idêntica ao método de elaboração dos parâmetros da portaria GM/MS nº 3.046/82, e por isso, observou-se semelhança entre valores de alguns parâmetros nas duas portarias, não havendo justificativa tecnicamente coerente para a manutenção desses valores, pois o contexto da política de saúde vigente na década de 80 é bem distinto do atual (SOUSA, 2010).

Na busca da superação dessa realidade é preciso conhecer melhor a oferta e utilização dos serviços de saúde locais, na perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas que atendam as necessidades de saúde da população.

2.3 As redes de atenção à saúde e a oferta e utilização dos serviços de saúde

As redes assistenciais referem-se a um conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral dos serviços de saúde, numa dada região (KUSHNIR, 2006).

Mendes (2010) conceitua as redes de atenção à saúde como sendo:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependentes, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (APS), prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômica.

Santos e Andrade (2013) trazem que as redes de serviços de saúde ou redes de atenção à saúde são formas de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis, de um determinado território, que no SUS será sempre a região de saúde. A rede regionalizada deve a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes,

tecnologias, culturas, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme lógica técnico- sanitária.

Shortell (apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DE SAÚDE, 2010) apresentou um conceito de redes que foi adaptado em documento recente, propondo a implementação de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) na América. Nesta publicação, acrescenta-se a idéia de prestação de serviços equitativos e integrais a uma população definida. Além disso, a Organização Pan-Americana de Saúde considera que a população é definida a partir da Atenção Primária à Saúde, alinhando a proposta no campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos.

Os serviços de primeiro contato, também denominados de porta de entrada prioritária do sistema, configuram, dentro da rede de atenção à saúde, o nível assistencial de atenção básica, e deve necessariamente ser de fácil acesso, sendo esse aspecto essencial em modelos organizados por nível de atenção (hierarquizados) como é o caso do Brasil (STARFIELD, 2002).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) compreende a atenção básica como um “conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas principalmente para a promoção da saúde e prevenção de agravos”. No Brasil, o governo federal tem instituído como política de atenção básica o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia de Saúde da Família, criado em 1994 (VIANA; DAL POZ, 2005).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil tem gerado esperanças na organização de uma rede de serviços coerente e capaz de garantir o atendimento às necessidades da população a custos viáveis para o SUS. No entanto, a referência para os serviços especializados tem sido um grande problema que vem inclusive colocando em xeque a estratégia nos últimos anos, devido a influência que exerce sobre a resolutividade das ações, desacreditando o sistema tanto junto aos usuários quanto aos profissionais.

Essa garantia de atendimento se traduz no conceito de acesso, que de acordo com Travassos e Martins (2004), é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. Varia entre os autores e muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia também varia. Alguns autores preferem empregar o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível – enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada - ambos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Donabedian (1973) distingue duas dimensões da acessibilidade: a *sócio organizacional* que inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no seu uso de serviços que está incluído na segunda dimensão de acessibilidade, a *geográfica*. Esta por sua vez, relaciona-se à fricção de espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.

Enquanto, Andersen (1995), apresenta o acesso como sendo um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados a organização dos serviços, que se referem à entrada no serviço de saúde e a continuidade do tratamento. Abrange a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. Posteriormente, este autor amplia e clareia seu entendimento sobre o conceito de acesso, tornando-o multidimensional, composto por dois elementos: acesso potencial que caracteriza-se pela presença no âmbito dos indivíduos de fatores capacitantes, que limitam ou ampliam a capacidade de uso dos serviços; e acesso realizado que representa a utilização de fato desses serviços.

O acesso aos serviços de saúde pode ser facilitado ou dificultado por alguns elementos, dentre eles a relação entre oferta e demanda aos serviços de saúde. Estudar a oferta, ou seja, o 'quanto' deve ser produzido e a demanda, a procura por determinado serviço e/ou produto, estimando o número de possíveis 'consumidores', tem especial relevância para o planejamento orçamentário e produtivo de qualquer organização, inclusive dos serviços de saúde. A demanda pode ser considerada ainda a busca ou a procura de alternativas que satisfaçam uma necessidade

sentida. Dentro desse processo, tem-se como resultado uma relação entre a necessidade desse bem, produto ou serviço, a oferta e o consumo do mesmo (FELICÍSSIMO; DUARTE, 2004).

É observada no Brasil, uma busca por assistência à saúde empreendida predominantemente por indivíduos, tanto porque esse movimento resulta de uma determinação subjetiva, ou seja, a necessidade auto-referida, quanto pela forte cultura de valorização da demanda espontânea. Esta tem sido politicamente instituída por vários sistemas de saúde para viabilizar a prestação da assistência como uma ação caridosa, ou como um bem acessível aos que têm algum mérito por estar contribuindo com o acúmulo de capital, ou ainda como um artigo de mercado (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO, 1991; MERHY, 1997; MENDES, 1995).

Além desses aspectos, sabe-se que a incorporação tecnológica nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente, no campo do diagnóstico, a ação da mídia e os padrões culturais de uma dada sociedade também podem influenciar no perfil de demanda por serviços de saúde (CAMARGO JÚNIOR, 2005).

É possível observar no modelo assistencial ainda predominante no nosso país, que os serviços são constituídos não em função de necessidades de saúde, e sim a partir da existência de uma demanda potencial. Além disso, esse modelo assistencial caracteriza-se por uma organização do trabalho em saúde, cuja ênfase, está nos aspectos biológicos e na cultura consumidora de procedimentos do complexo médico – industrial, contribuindo assim, para o aumento da demanda para especialistas e o alto consumo de exames complementares (FRANCO, 2003).

A oferta de serviços de saúde é definida como a quantidade, tipo ou disponibilidade de bem ou serviço disponíveis, destinados a atenção à saúde no setor público ou privado. A oferta satisfaz a demanda (a quantidade de um bem ou serviço que as pessoas desejam consumir) em função das suas capacidades e de suas práticas. É influenciada por sua localização geográfica, cultura dos profissionais e pela ideologia dos prestadores, É possível compreender que a oferta pode não ser diretamente correspondente a necessidade, pois muitas vezes surge a

partir da demanda, enquanto que a demanda pode também ser criada em função da oferta de um serviço ou determinado produto, situação essa conhecida como a 'lei de Roemer' (FELICISSIMO; DUARTE, 2004; MALIK, 2001; PINHEIRO, 2009;).

Por sua vez, utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Do ponto de vista da economia, representa o que, de fato, foi consumido em termos de produtos e serviços de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto com os serviços de saúde, seja através de consultas médicas, hospitalizações, realização de exames preventivos e diagnósticos. É resultante da interação do comportamento do indivíduo que busca cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Ao se medir a utilização dos serviços, está se medindo conseqüentemente o acesso a esses serviços, podendo ser facilitado ou dificultado. Considera-se que as razões para a distância entre oferta e utilização podem estar associadas a características da gestão do serviço, disponibilidade da força de trabalho e sua distribuição geográfica. Pode ser atribuída também às mudanças no perfil epidemiológico, trazendo mudanças ou redução das necessidades, facilidade ou dificuldade de acesso, através de barreiras financeiras, geográficas, entre outras (CHAVES et al., 2011).

O grande desafio se constitui em adequar a oferta de serviços e tecnologias de saúde com as necessidades existentes nos diferentes grupos e contextos sociais e epidemiológicos construindo redes integradas e garantindo o acesso universal, solidário, resolutivo e humano.

Segundo Castro (2002), ao se utilizar dos conceitos de oferta, demanda e utilização, surgem as chamadas falhas de mercado no setor saúde, indicando que o mercado não vem cumprindo seu papel de equilibrar a oferta e a demanda. Assim, justifica-se a intervenção do Estado, através da regulação do Sistema Único de Saúde.

2.4 Regulação do acesso

A regulação tem um conceito polissêmico, originário da teoria dos sistemas e da biologia, e estende-se ao âmbito da economia no qual se defende a intervenção do Estado nas chamadas falhas de mercado (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Segundo Lima (2010), o conceito de regulação é muito amplo e sua aplicação original nos remete ao contexto em que o mercado é incapaz de garantir uma prestação de serviços, dentro de padrões aceitáveis à sociedade. Nestes casos, faz-se necessária a intervenção do poder público a partir de mecanismos reguladores. Tem-se então, a utilização do termo regulação, no âmbito do papel do Estado sobre o comportamento do mercado.

O Estado apresenta uma estrutura normativa e regulamentadora, que constitui a base de apoio do seu poder coercitivo e regulador sobre o mercado. No entanto, alguns fatores diferenciam a regulação pública da regulamentação ou normatização geral, constitucionalmente exercida pelo Estado (LIMA, 2010).

Santos e Merhy (2006) fazem distinção entre os termos regulação e regulamentação. Regulamentar se traduz como o ato de normalizar em regras a intencionalidade do ator ao exercer a sua capacidade, o seu poder instituído ou em disputa. Essa intencionalidade é a expressão da regulação. Portanto, o processo de regulamentação estará subordinado ao processo principal de regular.

Para esses autores, o processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance. Essas disputas ocorrem em duas dimensões: a macrorregulação, referente às definições das políticas mais gerais das instituições; e a microrregulação, onde o processo regulatório pode se dar no cotidiano das pessoas. Essa última, no caso da saúde chamada de regulação assistencial, traduz o cotidiano da operação do sistema, as regras gerais estabelecidas na macro regulação, e dota a gestão de inteligência reguladora operacional.

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde foi instituída através da portaria GM/MS nº 1.559, no ano de 2008. Teve como objetivo, entre outros, fortalecer com instrumentos de gestão, o Sistema Único de Saúde, garantindo a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A seguir apresenta-se a organização da regulação em três dimensões de atuação, integradas entre si (quadro 1).

Quadro 1 - Dimensões da regulação.

DIMENSÃO	COMPETÊNCIA	OBJETO	AÇÕES
Regulação de Sistemas de Saúde	Ministro da saúde e secretários estaduais e municipais de saúde	Sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde	Define macro diretrizes para a regulação da atenção à saúde e executa ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas
Regulação da Atenção à Saúde	Secretarias estaduais e municipais de saúde	Garantir a adequada prestação de serviços à população	Produzir ações diretas e finais de atenção à saúde. Define estratégias e macro diretrizes para a Regulação do acesso à assistência e controle da atenção à saúde executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde
Regulação do Acesso à Assistência	Complexo regulador e suas unidades operacionais	Organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais	Garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização

Fonte: elaborado pela autora, baseado em Brasil (2008).

Para Magalhães Jr. (2006), regulação assistencial ou de acesso preocupa-se em organizar os fluxos e garantir o acesso das pessoas e suas demandas de saúde aos diversos serviços ofertados pelo sistema de atenção, buscando oferecer a melhor opção de atenção para estas demandas.

Pode-se ainda considerar a intervenção na relação entre a demanda e a execução dos serviços de saúde nos seus vários aspectos um mecanismo de regulação. A prestação dos serviços, bem como a demanda por eles, podem se organizar de várias formas e travar o seu relacionamento nos mais diversos campos, tornando as possibilidades de intervenção, ou seja, de regulação, também extremamente diversificadas.

A regulação assistencial traduz o dia-a-dia da operação do sistema. Consiste em articular e conjugar as potencialidades do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações. Além disto, implica avaliar o que foi planejado nos vários recortes da assistência, ou seja, proporcionar a gestão uma “inteligência reguladora” operacional. Em um sistema assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, prioritariamente pela Atenção Primária a Saúde, passa a ser direcionado pelo sistema (MAGALHÃES Jr., 2002).

A partir da análise do processo regulatório será possível conhecer sobre as ações de regulação no que concerne a implantação das centrais de regulação e suas estratégias de trabalho, a consolidação das redes de saúde e a integralidade da assistência.

Buscando-se reduzir as lacunas sobre a organização do acesso, fluxo dos cidadãos aos serviços, coordenação da oferta e monitoramento da demanda aos serviços de atenção especializada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a oferta e utilização de consultas especializadas e exames complementares, em redes de atenção à saúde orientadas pela ESF em três capitais do nordeste do Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar a necessidade por consultas e exames complementares nas áreas de cardiologia, endocrinologia, oftalmologia e cirurgia vascular da rede própria e conveniada;
- b) Analisar a necessidade, oferta e utilização por consultas especializadas nas áreas de cardiologia, endocrinologia, oftalmologia e cirurgia vascular da rede própria e conveniada dos municípios envolvidos;
- c) Comparar a necessidade com a utilização de dos exames complementares dos municípios estudados;
- d) Analisar o papel dos Sistemas de Regulação no monitoramento da demanda e planejamento do acesso à atenção especializada.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de casos múltiplos (YIN, 2005), descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa de corte transversal (GIL, 1994).

Para Yin (2005) como estratégia de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos. Em todas as situações, a opção pelo estudo de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos, permitindo uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real. Estudar casos múltiplos permite aumentar o potencial explicativo pela possibilidade de “testar” os mesmos pressupostos a partir de situações diversas.

A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO; SANCHES, 1993).

O método quantitativo, segundo Richardson *et al.* (1999), representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências. É freqüentemente aplicado nos estudos descritivos, que procuram descobrir e classificar a associação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação causalidade entre fenômenos.

Na metodologia qualitativa, o foco de atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Isso não significa, entretanto, que seus achados não possam ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com o fato ou situação estudada (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Segundo Minayo (2005), o uso das abordagens quantitativa e qualitativa permitirá o aprofundamento em busca da compreensão e explicação do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões. Neste sentido, muitos pesquisadores tem investido na construção de indicadores capazes de medir quantitativamente e compreender qualitativamente o sentido, a orientação e as tendências das transformações sociais promovidas por políticas públicas.

4.2 Área e período do Estudo

O presente estudo foi realizado nos municípios de Recife (PE), Natal (RN) e Fortaleza (CE) no período de janeiro a dezembro de 2012. A escolha desses municípios ocorreu em virtude da relação estabelecida entre o grupo de pesquisa GERIS (Grupo de Estudo em Redes Integradas de Saúde) com o Programa interinstitucional de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Ceará e do Rio Grande do Norte. A parceria foi firmada com o objetivo de fortalecer a linha de pesquisa do grupo, ampliando os estudos de redes integradas de saúde, coordenada pela atenção primária, bem como os da regulação em outros municípios do nordeste, além da cidade do Recife.

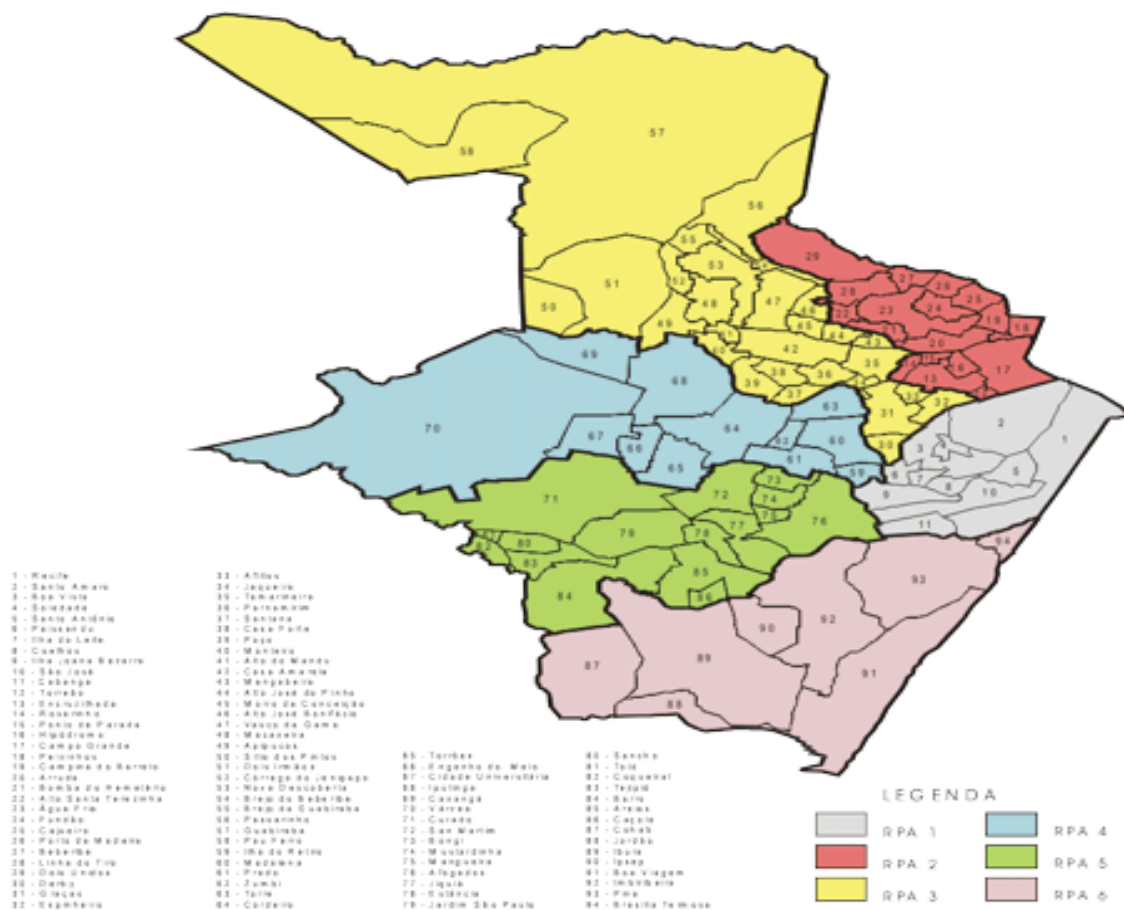
4.2.1 Área 1: Recife, Pernambuco

O município de Recife é dividido em 94 bairros, mediante decreto municipal de 1988, com uma população estimada para o ano de 2012 de 1.555.039 habitantes e uma extensão territorial de 218,435 km² (IBGE, 2012). Iniciou o processo de distritalização na saúde em 1993. A divisão obedece a Lei Orgânica do município, que subdivide o Recife em seis Regiões Político-Administrativas (RPAs), cada uma correspondendo a um Distrito Sanitário (DS) e cada um desses em três microrregiões (RECIFE, 2010)

A implantação dos distritos foi gradativa, sendo descentralizadas gradualmente as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, a gerência dos serviços de atenção primária e as policlínicas. Cada distrito possui uma

equipe técnica gerencial que, mais recentemente tem sido subdividida em três microrregiões, cada uma das quais com uma gerência de território.

Figura 1 – Mapa do município do Recife- PE.



Fonte: Recife (2010).

O Recife tinha em dezembro de 2012, 237 equipes de saúde da família implantadas junto ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, correspondendo a uma cobertura populacional de 52,87%. A rede de média complexidade ambulatorial era composta por 37 unidades, conforme registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (tabela 1).

Tabela 1 - Unidades de saúde sob gestão municipal, segundo tipo de estabelecimento. Recife, dezembro de 2012.

Tipo de Estabelecimento	Nº de unidades
Centro de Atenção Psicossocial	17
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	144
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	5
Hospital Especializado	1
Hospital Geral	1
Policlínica	9
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT isolado)	1
Unidade Mista	3
Unidade Móvel de Nível Pré-hosp-Urgência/Emergência	1
Total	182

Fonte: Brasil (2012).

4.2.2 Área 2: Natal, Rio Grande do Norte

O município de Natal tem uma população estimada para 2012 de 817.590 habitantes e uma extensão territorial de 167,263 km² (IBGE, 2012). Está estruturada em quatro Regiões Administrativas (Norte, Sul, Leste e Oeste) e a sua região de saúde segue essa mesma configuração, estruturando-se em cinco Distritos Sanitários, sendo eles: Distritos Norte I e II; Distrito Sul; Distrito leste e Oeste (NATAL, 2007).

O Plano Municipal de Saúde 2006-2009 reitera o compromisso municipal com a continuidade da expansão da Estratégia Saúde da Família, dando prioridade às áreas socioeconomicamente mais vulneráveis, cobrindo completamente as regiões norte e oeste e parcialmente as regiões sul e leste (NATAL, 2007).

Figura 2 – Mapa do município de Natal, RN.



Fonte: Natal (2007).

O município de Natal tinha em dezembro de 2012, 56 equipes de saúde da família implantadas no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, correspondendo a uma cobertura populacional de 23,83%. A rede de média complexidade ambulatorial era composta por 20 unidades, conforme registro do CNES (tabela 2).

Tabela 2 – Unidades de saúde sob gestão municipal, segundo tipo de estabelecimento. Natal, dezembro de 2012.

Tipo de Estabelecimento	Nº de unidades
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Centro de Atenção Psicossocial	5
Centro de Saúde/Unidade Básica/Posto de Saúde	65
Hospital Especializado	1
Hospital Geral	1
Policlínica	7
Pronto Socorro Geral	1
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT isolado)	1
Unidade de Vigilância em Saúde	2
Unidade Mista	3
Unidade Móvel de Nível Pré-hosp na área de Urgência	22
Total	109

Fonte: Brasil (2012).

4.2.3 Área 3: Fortaleza, Ceará

A cidade de Fortaleza está localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 314,930 km², sendo hoje a quinta cidade mais populosa do país, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano de 2012 de 2.500.194 habitantes.

Em termos administrativos, o município de Fortaleza está dividido em seis Secretarias Executivas Regionais – SER's (Figura 3), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Para tanto, cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infra-Estrutura. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SER's, através de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (FORTALEZA, 2007).

Tabela 3 – Unidades de saúde sob gestão municipal segundo tipo de estabelecimento. Fortaleza, dezembro de 2012.

Tipo de Estabelecimento	Nº de Unidades
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Centro de Atenção Psicossocial	14
Centro de Saúde/Unidade Básica	92
Clinica/centro de Especialidade	3
Hospital Especializado	2
Hospital Geral	6
Pronto Socorro Especializado	2
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT isolado)	1
Unidade de Vigilância em Saúde	6
Unidade Móvel de Nível Pré-hosp na área de Urgência	26
Total	153

Fonte: Brasil (2012).

4.3 População de estudo e Fonte dos Dados

Foram analisadas as produções ambulatoriais registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) referentes às consultas especializadas de cardiologia, endocrinologia, oftalmologia e cirurgia vascular, além de exames específicos para essas especialidades do período de janeiro a dezembro de 2012 (APÊNDICE C).

A escolha dessas especialidades se deu por termos a Diabetes *Mellitus* (DM) como condição traçadora do estudo, tendo sido escolhida por se tratar de uma patologia de grande magnitude no Brasil e no mundo. Considerando a expressiva prevalência do DM na população brasileira e as dificuldades no efetivo acompanhamento dos usuários com doenças crônicas é que consideramos pertinente realizar esse estudo com foco nas áreas médicas especializadas que são consideradas importantes para garantir a continuidade do cuidado das pessoas que vivem com DM. Além disso, este é um grupo prioritário no conjunto de ações de saúde que deve ser desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

Foram utilizadas as informações disponibilizadas pelas secretarias municipais de saúde referentes à regulação da oferta, solicitadas mediante envio de um *check list* (APÊNDICE D).

Também compôs o estudo, o número de profissionais médicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), especialistas nas áreas avaliadas.

Foram realizadas um total de cinco visitas ao município do Recife, quatro viagens para o município de Natal e três viagens ao município de Fortaleza, objetivando-se a apresentação do projeto de pesquisa, coleta de dados secundários e ainda realização das entrevistas.

Foram entrevistados 10 profissionais, entre gestores de regulação, médico da Estratégia de Saúde da Família e técnico responsável pelos agendamentos de consultas especializadas das unidades de saúde da família, dos três municípios, a fim de analisar o papel dos Sistemas de Regulação no monitoramento da demanda e planejamento do acesso à atenção especializada, conforme apresentado no quadro 2.

Todas as entrevistas foram realizadas com pelo menos dois integrantes do grupo de pesquisa, agendadas em dias e locais convenientes para os entrevistados e para os pesquisadores e duraram de 15 a 45 minutos.

Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos entrevistados por função e município.

CARGO/FUNÇÃO	MUNICÍPIOS			Total
	Município A	Município B	Município C	
Gestor de Regulação (G)	03	01	01	05
Médico de Família (M)	01	01	01	03
Marcador de consultas (R)	-	01	01	02
Total	04	03	03	10

Fonte: elaborado pela autora

O banco de dados originado a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde foi organizado em fevereiro de 2013. Abaixo, encontra-se a descrição da base de dados consultada.

1) SIA/SUS:

- a) Arquivos de Produção Ambulatorial (PA): são os arquivos referentes à produção informada pelas unidades de saúde mediante o preenchimento dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA);
- b) Arquivos de Definição: são arquivos tipo texto que associam os campos de dados no arquivo a ser tabulado com as tabelas de conversão de código para linhas e colunas da tabela;
- c) Arquivos de Conversão: são os arquivos que convertem os códigos constantes de tabelas padronizadas, permitindo a análise dos dados.

2) CNES:

- a) Arquivos referentes aos profissionais dos estabelecimentos de saúde (tipo PF);
- b) Arquivos referentes aos estabelecimentos de saúde (tipo ST);
- c) Arquivos de Definição e Conversão: já definidos acima.

4.4 Variáveis do Estudo

A seguir são apresentadas as variáveis quantitativas (quadro 3) e qualitativas (quadro 4).

Quadro 3 – Descrição das variáveis do estudo quantitativo.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL
Oferta Geral	<p>Considerada o somatório geral das consultas disponibilizadas pelo SUS municipal: oferta da rede própria municipal mais a oferta da rede conveniada (Privada e Filantrópica). A oferta da rede conveniada foi obtida através da informação das centrais de regulação de cada município. Já a oferta da rede própria municipal (unidades de saúde sob gestão e gerência do município) foi calculada, a partir do número de profissionais cadastrados no CNES, utilizando-se o método desenvolvido por Oliveira, 2010, o qual define:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> $\text{N}^\circ \text{ consultas (oferta)} = \text{N}^\circ \text{ especialistas} \times 12^* \times 22 \times 11$ </div> <p>Onde: o número de especialistas refere-se ao número de profissionais de cada especialidade médica. A partir da carga horária de cada um, definiu-se a quantidade de atendimentos/dia (*12 para 20h e 24 para 40h de trabalho semanal) e pela a quantidade de dias úteis do mês (22), obtendo-se assim a oferta mensal. Para se chegar a oferta/ano, multiplicou-se por 11 (meses), considerando um mês de férias do profissional.</p>
Oferta Regulada	Considerada toda a oferta de consultas e exames que são agendadas e monitoradas pelas centrais de regulação.
Utilização da oferta	Considerada como a produção de consultas e exames realizadas pelos municípios no ano de 2012. Obtida a partir do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS).
Necessidade de consultas e exames	Foi estimada a partir dos parâmetros por consultas e exames preconizados pela portaria GM/MS nº 1.101/2002, considerando o limite superior (3 consultas/hab/ano) e 100% da população.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4 - Descrição das variáveis do estudo qualitativo.

CATEGORIAS CHAVE	SUBCATEGORIAS
Rede de atenção a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Configuração das redes de atenção a saúde • Integração da Atenção primária com atenção especializada • Referência e contra-referência • Principais dificuldades de acesso à atenção especializada • Sugestão para melhoria do cuidado
Necessidade x oferta x utilização	<ul style="list-style-type: none"> • Cotas assistenciais • Planejamento assistencial • Suficiência de oferta
Regulação assistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Opinião sobre regulação • Fila de espera / Demanda reprimida • Monitoramento da demanda • Opinião sobre os sistemas informatizados de regulação

Fonte: Elaborado pela autora

4.5 Processamento e análise dos dados

Os procedimentos de análise dos dados foram realizadas em dois momentos, primeiramente os dados quantitativos foram tabulados e analisados estatisticamente de forma descritiva simples, apresentando os valores absolutos e relativos das variáveis de interesse. O *Software* utilizado foi o Excel® 2010.

No momento qualitativo do estudo, as entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas textualmente. As entrevistas foram tratadas com o auxílio do *Software* Atlas-ti 5.0.

Para Gil (1994), a entrevista é uma forma de interação social, sendo um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Para condução, realização e análise das entrevistas, foram realizados os sete estágios da pesquisa propostos por Kvale (1996):

- 1) Tematização – Formulação do objetivo da investigação e descrição do conceito do objeto a ser investigado antes da realização das entrevistas;

- 2) Planejamento – Plano de desenho do estudo, considerando os sete estágios da investigação, antes da realização das entrevistas. Desenhar o estudo é empreender observações atentas para obter o conhecimento (marco teórico) e levando em conta as implicações morais do estudo;
- 3) Entrevista – A condução da entrevista deve ser baseada no roteiro de entrevista, com a abordagem reflexiva do marco teórico e considerando a situação de relação interpessoal da entrevista;
- 4) Transcrição – Preparação do material da entrevista para análise, que comumente consiste na transcrição da entrevista oral para o texto escrito;
- 5) Análise – Decisão, com base nos propósitos e objetivos e na natureza do material da entrevista, do método de análise apropriado para a entrevista;
- 6) Verificação – Determinação da generalização, fidedignidade e validade dos achados da entrevista;
- 7) Relato – Comunicação dos achados do estudo e os métodos aplicados em um formato com critérios científicos.

Para elaboração do guia da entrevista, foram definidos os temas a serem abordados, estes temas foram orientados pelo marco conceitual, pelos achados da abordagem quantitativa e foram debatidos com a equipe da pesquisa, sendo detalhados os aspectos dos temas a serem abordados.

A análise das entrevistas foi realizada através da técnica de condensação dos significados, onde são construídas formulações a partir do discurso dos entrevistados. Para analisar as entrevistas foi feita a transcrição do material obtido, posteriormente uma leitura detalhada e cuidadosa buscando compreender e refletir o sentido e a relação do discurso com o objetivo proposto, devendo ser:

- a) Determinadas as unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito;
- b) Definidos os temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- c) Realizado o questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;
- d) Realizada uma descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa (KVALE, 1996).

Segue abaixo modelo do quadro proposto por Kvale (1996), para sistematização da análise (quadro 5).

Quadro 5 - Organização dos Significados

Questão de Pesquisa	
Entrevista X Pergunta Y da pesquisa - Qual sua opinião sobre a suficiência da oferta de consultas especializadas e exames complementares na rede do município?	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
1. A gente não tem hoje uma quantidade de prestadores ou uma oferta da própria rede, que seja suficiente pra suprir a nossa demanda. Então, a gente tem carências assistenciais em consultas especializadas em diversas especialidades. 2. Urologia e neurologia, por exemplo, nós temos uma lista grande de espera, mas é porque a oferta é muito restrita. Então aí a gente não consegue dar andamento a nada. 3. Idem	1. Entende que não há unidades de saúde suficientes possam atender a demanda. 2. Carências em determinadas especialidades. 3. Idem
Descrição Essencial da questão de pesquisa O entrevistado compreende que a existe ainda uma necessidade muito grande de contratação de serviços especializados. Há sobretudo, uma carência em algumas especialidades, sendo sua oferta atual insuficiente para atender a necessidade de saúde do município.	

Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

A fim de preservar os critérios científicos e os preceitos éticos foi garantido o anonimato dos entrevistados, bem como dos municípios, que serão identificados a partir de códigos de identificação. Os Municípios serão identificados apenas por

Município A, B e C, de conhecimento apenas do pesquisador. Para os Gestores serão utilizados a letra G seguida de um número e letra que representa seu município de trabalho (G1A, G2A, G1B, etc.), para os médicos, da mesma forma, a letra M (M1A, M1B, M1C, etc) e para os entrevistados responsáveis pelas marcações de consultas, a letra R (R1A).

4.6 Considerações Éticas

Esta dissertação faz parte da pesquisa “Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos à consultas especializadas e exames complementares”. Desta forma, a pesquisa já vem sendo desenvolvida dentro dos padrões de ética científica, tendo sido aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) (CAAE 0041.0.095.097-11) (Anexo D)

Toda pesquisa envolvendo seres humanos acarreta riscos. Neste estudo, conforme metodologia proposta, a relação com os sujeitos se deu a partir de sua participação em entrevistas. Os riscos quanto às dimensões físicas, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, particularmente quanto a qualquer tipo de constrangimento, foram minimizados garantindo-se o sigilo das informações pessoais dos participantes.

Solicitou-se a todos os entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), ficando cada um deles com uma cópia. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a estratégia de divulgação dos resultados e, ainda, quanto à confidencialidade dos dados obtidos, à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também à possibilidade de retirar-se da pesquisa.

4.7 Limitações do Estudo

Existem algumas limitações relacionadas às informações produzidas pelos Sistemas de Informações em Saúde, entre elas, o sub-registro e a sub-notificação que refletem na confiabilidade e fidedignidade das informações.

Para Coeli (2010), as maiores desvantagens no uso de dados secundários estão relacionadas à falta da padronização na coleta dos dados, que afeta a qualidade dos dados registrados, a cobertura que pode variar no tempo e no espaço, e a falta de informações que podem ser importantes para as análises de interesse, incluindo variáveis de desfecho, explicativas, mediadoras, de confusão ou modificadoras de efeito.

Embora haja limitações, que já foram citadas, estes sistemas consistem em valiosas ferramentas para avaliação em saúde, pela riqueza de informações que permitem produzir, como também pela sua capacidade em disponibilizar grande quantidade de informações que podem ser divulgadas em pouco tempo após a ocorrência do evento (BENITO; LICHESKI, 2009; BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006; ESCOSTEGUY et al., 2005; SCATENA; TANAKA, 2001).

Compreendemos porém que, a questão da qualidade da informação está intrinsecamente relacionada ao seu uso. Podendo ser então aperfeiçoada na medida em que é mais utilizada (DRUMOND et al., 2009).

Identificamos ainda como limitador do estudo, o período eleitoral no ano de 2012, não havendo continuidade de gestão em nenhum dos municípios estudados. Ainda assim, todos os compromissos firmados nas cartas de anuência foram cumpridos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para entender como a consolidação das redes assistenciais e o processo de regulação dos municípios estudados organizam o acesso à atenção especializada e monitoram sua necessidade, oferta e utilização, apresentam-se os resultados e discussão em três etapas: as redes de atenção à saúde e o cuidado na atenção especializada; a relação entre a necessidade, a oferta e a utilização de consultas especializadas e exames complementares e a regulação assistencial e seu papel na organização do acesso e monitoramento da demanda à atenção especializada.

5.1 As redes de atenção à saúde e o cuidado na atenção especializada

Esta etapa refere-se a influência da consolidação das redes de atenção no atendimento às necessidades dos usuários, no sentido de garantir a integralidade da assistência e serviços de saúde.

No discurso dos entrevistados, sobretudo dos gestores, identificou-se um entendimento da estrutura ideal de rede de atenção a saúde, como também constatou-se as principais dificuldades apresentadas pelos municípios na consolidação dessa rede, e conseqüentemente, no acesso aos serviços de atenção especializada.

No município A, identificou-se algumas unidades compostas por distintos serviços, convivendo na mesma estrutura física, equipes de saúde da família, unidade básica de saúde (clínicas básicas: ginecologista, pediatra e clínico geral) e especialidades médicas como cardiologista, oftalmologista e outras. Observou-se que esta conformação comprometeu o fluxo das marcações e o atendimento dos usuários, revelando uma indefinição do modelo de rede de atenção.

[...] Só que a Unidade tem, além da questão dos especialistas, que é regulado, ela tem 4 equipes de saúde da família. Tem ginecologista, pediatra e clínico que é da unidade básica. Aí tem os especialistas que são da rede (regulados), para município todo. Aí tem: cardiologista, endocrinologista, oftalmologista. E tem um serviço de atenção especializada (SAE). É uma

unidade meio confusa. E tem a universidade aí dentro... é uma mistura danada. (G3A)

A população até hoje não entende que o especialista está lá, mas ela não tem acesso. Que ela tem que ir "pro sistema" para marcar (G3A).

O discurso de um médico do município A demonstrou a importância da consolidação das redes de atenção para garantia do acesso e atendimento das necessidades dos usuários, seja na atenção especializada ou na atenção primária à saúde.

a gente tem uma fila enorme de mulheres acima de 50 anos que, tudo bem conseguiram os exames, conseguiram a mamografia, tem o diagnóstico de um BI-RADS mais elevado, mas não conseguem a consulta com o mastologista. E aí?, vai adiantar ter esse exame? Você vai fazer diagnóstico precoce, vai fazer prevenção secundária de algumas coisas, mas e aí, depois? Tem que garantir os devidos encaminhamentos. Então a rede de atenção especializada, vai ter que ser fortalecida. Não só a atenção primária. Eu acho que fortalecer a atenção primária é importantíssimo, é essencial, mas se não tiver uma retaguarda, vai esbarrar em muita coisa. (M1A)

Resgatando Mendes (2010), tem-se que as redes de atenção à saúde deveriam se apresentar como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, necessitando estar vinculados entre si, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, ofertando atenção contínua e integral a população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas para esta população.

No entanto, a fala acima pode indicar que nos municípios estudados, as estruturas de redes fragmentadas, sem integração ou inter-relação entre os estabelecimentos de saúde, que funcionam de forma isolada, sem fluxos assistenciais estabelecidos, comprometem a prestação do atendimento à população e a garantia da continuidade do cuidado necessário.

Situação semelhante foi apontada por Conill e Fausto (2012), que verificaram que o Brasil apresenta uma realidade semelhante a de alguns países desenvolvidos como a Espanha, com um sistema nacional de saúde consolidado há quase três décadas, entretanto a gestão dos serviços especializados e de atenção primária

permanecem separadas e, as interações entre especialistas e médicos de atenção primária a saúde são restritas.

Verificando-se a relação entre os profissionais da atenção primária e atenção especializada, identificou-se que não existe uma aproximação entre os profissionais no cuidado aos pacientes, e que o processo de trabalho na atenção básica necessita de qualificação, no sentido de garantir resolatividade das questões de saúde das famílias assistidas, minimizando a peregrinação do usuário na rede em busca de consultas e exames especializados e/ou a geração de demandas desnecessárias à atenção especializada.

Eu acho que assim como a atenção básica se queixa disso (da falta da contra-referência), quem tá na especializada deve ter a mesma queixa em relação à atenção básica. Às vezes por encaminhamentos mal feitos, ou desnecessários, coisa desse tipo, mas não existe essa integração, nem eu conheço uma tentativa de haver essa aproximação, que é bem importante. (M1B)

Se a atenção básica funcionasse bem, precisaria muito menos de encaminhamento pra especialista, precisaria muito menos de intervenção, de exames caríssimos, isso é o que realmente sangra o SUS, são essas intervenções e esses procedimentos caríssimos, e muitas vezes desnecessários. Pra falar a verdade, muitos são desnecessários. (M1A)

Sousa (2010) analisou a relação entre o processo de trabalho da unidade de saúde da família e a demanda para atenção especializada, e identificou que a ausência de acolhimento, a produção de cuidado médico-centrado, curativista e individual, a inexistência de atividades preventivas coletivas e fragmentação na linha de cuidado, gerava demanda desnecessárias para a atenção especializada.

Segundo Travassos e Martins (2004), a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde, sendo o primeiro geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde pelos contatos subsequentes, definindo o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde.

A ausência de um processo de trabalho pautado na integralidade do cuidado que busque orientar os percursos assistenciais, a partir de linhas de cuidado, leva o usuário a fazer seu próprio percurso buscando por si só atender a sua necessidade,

muitas vezes em peregrinação, ficando o mesmo responsável por relatar todas as condutas dos profissionais (MALTA et al., 2004).

Em relação à questão do sistema de referência e contra-referência, verificou-se que, nos três municípios, essa prática não está inserida no cotidiano do atendimento, tanto na atenção primária, quanto na assistência especializada. Esta situação que pode estar comprometendo o acompanhamento do usuário durante seu percurso na rede de saúde, visto que as informações dependem do relato do usuário, que retorna à unidade de origem sem os dados necessários.

A contra referência quase não existe. E, em algumas outras vezes que entramos em contato com especialistas, não fomos muito bem aceitos. Especificamente, na minha unidade, a gente entrou em contato com a referência de dermatologia pra discutir alguns casos de hanseníase e houve certo entrave, certa tensão na relação, e aí a gente terminou se afastando. Uma especialidade que começamos a ter um acesso maior, mas via celular próprio, nada institucionalizado, foi a geriatria... (M1C)

Desde que eu entrei na secretaria existe isso, uma grita em relação a contra-referência, que não tem. A gente encaminha o paciente, faz um resumo da história e tudo, o paciente vai, a gente sabe que foi feito algum procedimento com ele, algum exame ou a medicação que foi mudada por que a gente vê, porque ele mostra o exame que o especialista pediu, mostra a nova receita em relação a diabetes, em relação a hipertensão, assim que a gente fica sabendo. Mas, não tem a contra-referência, isso (contra-referência), na minha experiência de 8 anos, trabalhando na atenção básica eu só vi uma contra-referência, foi de um gastro infantil. (M1B)

Infelizmente nós não temos a ficha de referência e contra-referência. Existia isso na época do governo antecessor. Mas aí entrou uma gestão que durou oito anos, aí tirou o papelzinho e não fez mais porque tinha a cara do outro gestor. Aí essa gestão entrou agora, eu não sei como vai ser ainda, a gente tá definindo, como eu disse pra vocês, tem uma consultoria que tá ajudando, inclusive vai ajudar nessa questão da reorganização da regulação, e vai inserir ainda, enfim. (G1A).

O sistema de referência e contra-referência é primordial para que ocorra a efetivação do princípio da integralidade. Nos três municípios estudados, este sistema apresentou-se de forma bastante fragilizada. Situação que dificulta o acompanhamento do usuário e determina a descontinuidade do cuidado.

Em Botucatu-SP, há 13 anos atrás, verificou-se que o funcionamento do sistema de referência e contra-referência era precário, funcionando em alguns casos, quando havia empenho pessoal dos profissionais isoladamente. De modo geral, pode-se dizer que esse sistema não vem sendo efetivo e não consegue

cumprir seu papel de garantia da continuidade da assistência (JULIANI; CIAMPONE; 1999).

A não estruturação do sistema de referência e contra-referência nos serviços de saúde impossibilita a continuidade da atenção à saúde, na medida em que não permite a articulação entre os diferentes níveis de densidade tecnológica para a solução dos problemas dos usuários (JULIANI; CIAMPONE, 1999; MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011; SILVA et al., 2006).

O fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso ocasionam ineficiência e pouca resolubilidade ao sistema de saúde local, características comuns às metrópoles. Além disso, a desarticulação entre os níveis da atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado, na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estruturação de redes de referência constitui um aspecto central para organização do SUS (PIRES et al., 2010).

A seguir apresenta-se os dados quantitativos e qualitativos que referem-se a relação entre a necessidade, a oferta e a utilização de consultas especializadas e exames complementares, bem como a regulação assistencial e seu papel na organização do acesso e monitoramento da demanda à atenção especializada são apresentadas.

5.2 A relação entre a necessidade, a oferta e a utilização de consultas especializadas e exames complementares

Em relação à necessidade por consultas especializadas, observou-se que ela é maior para as especialidades de oftalmologia e cardiologia, e menor para angiologia, nos três municípios avaliados (tabela 4).

Os valores variaram entre pouco mais de 3.000, na especialidade de Angiologia no município B, para até 210.000 em oftalmologia, no município A. Os

valores foram mensurados considerando os parâmetros de cobertura assistencial para o SUS, propostos pela Portaria GM/MS nº 1.101 de 2002.

Tabela 4 - Distribuição da necessidade de consultas especializadas, por municípios, segundo limites superior e inferior da portaria GM/MS nº 1.101/02, 2012.

Procedimentos	Município A		Município B		Município C	
	Limite Inferior	Limite Superior	Limite Inferior	Limite Superior	Limite Inferior	Limite Superior
Consulta em Angiologia	10.001	15.001	3.270	4.906	6.220	9.330
Consulta em Cardiologia	100.008	150.012	32.704	49.055	62.202	93.302
Consulta em Endocrinologia	20.002	30.002	6.541	9.811	12.440	18.660
Consulta em Oftalmologia	140.011	210.016	45.785	68.678	87.082	130.623

Fonte: elaborado pela autora

Em relação aos exames complementares, identificou-se que a maior necessidade é do teste ergométrico e a menor por eletroneuromiografia (tabela 5). As necessidades variaram entre aproximadamente 212 a 976 exames de eletroneuromiografia e de 6.214 a 28.502 testes ergométricos entre os municípios.

Tabela 5 - Distribuição da necessidade de exames complementares, por municípios, segundo limites superior e inferior da portaria GM/MS nº 1.101/02, 2012.

Procedimento	Necessidade por exames complementares					
	Município A		Município B		Município C	
	Limite Inferior	Limite Superior	Limite Inferior	Limite Superior	Limite Inferior	Limite Superior
Teste Ergométrico	19.001	28.502	6.214	9.321	11.818	17.727
Ecocardiograma	13.001	19.502	4.251	6.377	8.086	12.129
Eletroneuro-miografia	648	972	212	318	403	605

Fonte: elaborado pela autora

As necessidades de consultas especializadas e exames complementares apresentam certo padrão, em relação às especialidades, sendo sempre maior ou menor para determinadas especialidade. Isto ocorre, possivelmente pela metodologia utilizada para construção dos parâmetros de necessidade, a qual utiliza médias de produção. Estes parâmetros não são baseados em um planejamento, e

não levam em consideração condições socioeconômicas ou perfil epidemiológico das populações, não retratam, portanto, a real necessidade da assistência especializada à saúde.

Os três municípios estudados utilizam quase que exclusivamente os parâmetros da portaria GM/MS nº 1.101/2002, embora os considerem desatualizados. Por esta razão, provavelmente, observou-se a não adequação entre a oferta dos serviços e a necessidade da população.

Na verdade, é tudo em cima da Portaria GM/MS nº 1.101/2002. Mas essa programação é antiga, os protocolos de cooperação entre entes públicos é antigo e essa PPI (Programação Pactuada e Integrada) tá toda desatualizada. (G2A)

Então, os parâmetros utilizados são os parâmetros da portaria GM/MS nº 1.101/02 que até hoje vigora e que era o que a gente podia ter de noção de nortear. Pra gente, essa questão se a gente estava chegando numa oferta próxima do que era de fato a necessidade do município. E ao longo dos anos, dos meses, a gente foi fazendo esses ajustes, via às vezes que tinha superado o que tinha sido preconizado na portaria, mas a gente ainda tinha uma demanda grande, uma queixa muito grande de dificuldade de acesso e aí a gente sempre buscou comprar o serviço, também de acordo com isso. (G1C)

A oferta que temos hoje é antiga, ela é baseada em critérios antigos, ela não conhece a demanda real da população, porque houve mudanças no perfil epidemiológico da população como um todo; a questão das doenças do envelhecimento, as doenças cardiovasculares, tudo mudou. E nunca houve um estudo, nunca houve uma parada, na verdade um planejamento em cima dessas mudanças. (G1A)

Situação semelhante já relatada por Sousa (2010), que identificou que os parâmetros utilizados pela portaria GM/MS nº 1.101/2002, receberam grande influência da sua antecessora (a portaria nº 3.046/82), que se baseou apenas em estudo da produção de procedimentos pagos e registrados na década de 1970 (BRASIL, 1982, 2002).

Os primeiros parâmetros políticos institucionais no âmbito da assistência médica foram elaborados pelo extinto INAMPS, e resultou na edição da Portaria ministerial GM/MS nº 3.046/1982. Essa portaria, cujos parâmetros foram muitos anos utilizados pelas secretarias de saúde, possibilitava o planejamento da assistência, porém sempre aplicáveis às previsões orçamentárias e à análise de expansão assistencial, incluindo-se propostas de contratos e de credenciamento de

peças físicas e jurídicas para a prestação da assistência médica (ARANTES, 2004).

Passados mais de 10 anos da publicação da portaria GM/MS nº 1.101/2002, os parâmetros apresentados neste normativo continuam sendo o principal instrumento de avaliação de cobertura assistencial para o planejamento da saúde até os dias atuais, mesmo com todas as críticas que permeiam sua concepção.

As necessidades de saúde precisam ser objeto das práticas de saúde e considerar, além da dimensão biológica, as dimensões: cultural, econômica, ecológica, política, dos indivíduos. Nessa perspectiva, atender essas necessidades deveria significar tomar o conceito da determinação social e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Analisando a cobertura assistencial das consultas estudadas, observou-se no município A um superávit nas especialidades de angiologia (115,7%), déficit nas consultas de cardiologia (48,2%) e oftalmologia (30,3%), além de uma equivalência entre necessidade e oferta na especialidade de endocrinologia.

Em contrapartida, os municípios B e C apresentaram superávit em todas as especialidades estudadas, com destaque na endocrinologia que apresentou uma oferta quase 300,0% a mais que a necessidade (tabela 6).

Tabela 6 - Cobertura de consultas especializadas, segundo portaria GM/MS nº 1.101, pelos municípios, 2012.

Procedimento	Município A			Município B			Município C		
	*Neces s.	Oferta Geral	% déficit /superávit	*Neces s.	Oferta Geral	% déficit /superávit	*Neces s.	Oferta Geral	% déficit /superávit
Consulta em Angiologia	15.001	32.364	115,7	4.906	6.910	40,8	9.330	12.564	34,7
Consulta em Cardiologia	150.012	77.678	-48,2	49.055	53.958	10,0	93.302	126.947	36,1
Consulta em Endocrinologia	30.002	30.197	0,6	9.811	38.550	292,9	18.660	73.718	295,1
Consulta em Oftalmologia	210.016	146.300	-30,3	68.678	108.052	57,3	130.623	166.568	27,5

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: * Necessidade.

Foi possível observar que a oferta de consultas especializadas, com a exceção de cardiologia e oftalmologia do município A, atende a toda a necessidade da

população estudada, podendo-se supor, com base nos dados apresentados, que não há escassez de oferta dessas especialidades estudadas. E que os parâmetros assistenciais preconizados pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1.101/2002, quando comparados a oferta de serviços, mostram-se insuficientes para estimar a necessidade de saúde da população.

Achados semelhantes foram encontrados por um estudo realizado no município de Alfenas-MG, que identificou um percentual de cobertura assistencial de consultas médicas superior aos definidos pela portaria ministerial (GOYATÁ *et al.*, 2009).

Da mesma maneira, Campos (2011) verificou um superávit nas consultas de endocrinologia, em relação ao quantitativo estabelecido pela portaria GM/MS nº 1.101/2002, em um Distrito Sanitário do Município de Recife-PE.

Contrariamente aos resultados verificados nos sistemas de informações em saúde (SIS), os gestores e profissionais apontaram escassez na oferta de várias especialidades e exames complementares, e relataram que estes "gargalos assistenciais" são responsáveis pela não garantia de atendimento integral aos usuários na rede de saúde.

Então assim, eu conversando com as pessoas, com os colegas, tá melhor (em um contexto de nova gestão municipal), mas não houve essa melhora toda, ainda tem certo grau de dificuldade, como por exemplo, cardiologia continua difícil, reumatologia, cirurgia vascular, Então assim, gastro, dermatologia, pneumologia, agora tá tendo certa facilidade de conseguir. (M1B)

Ortopedia e reumatologia a gente nem marca, não temos essa especialidade. Ortopedia, reumatologia e neurologia são as três principais da gente, com maior demanda. (M1C)

Mas o que a gente observa na prática, é que quando a equipe precisa de um encaminhamento pra um cardiologista, pra um endocrinologista, pra um nefrologista, ela esbarra, muitas vezes, na dificuldade de conseguir essas consultas. [...] Eu sei que, esse número, muito provavelmente, está aquém do que o necessário. Isso aí é compatível. (M1A)

Não. É muito pouco, no geral é muito pouco (referindo-se a oferta de consultas especializadas). (R1C)

Urologia e neurologia, por exemplo, nós temos uma lista grande de espera, mas é porque a oferta é muito restrita. Então aí a gente não consegue dar andamento a nada. (G1A)

É uma oferta que não corresponde a demanda. (G2A)

A gente não tem hoje uma quantidade de prestadores ou da própria rede uma oferta, que seja suficiente pra suprir a nossa demanda. Então, a gente tem carências assistenciais em consultas especializadas em diversas especialidades. A gente tem carência em diversos tipos de exames de média complexidade, de alta complexidade. A internação hospitalar também, tem uma demanda que é cada vez crescente. (G1B)

A demanda é muito maior do que o que é ofertado, se o sistema abrisse, assim, mais vagas. (R1B)

Não, não é suficiente. Na verdade, a todo o momento desde da época de marcação de consultas através de planilhas como agora com esse processo de informatização, as cotas não são distribuídas conforme a realidade daquela unidade. (M1C)

Percebe-se, a partir dos relatos, um descompasso entre o que os municípios apresentam como oferta de consultas e exames e o que, de fato, está disponibilizado na rede de saúde para agendamento e utilização dos usuários. Aponta para a necessidade de adequação dos parâmetros atualmente utilizados para definir a necessidade por consultas e exames, no sentido de reorganizar e programar a assistência especializada, de acordo com a necessidade da população.

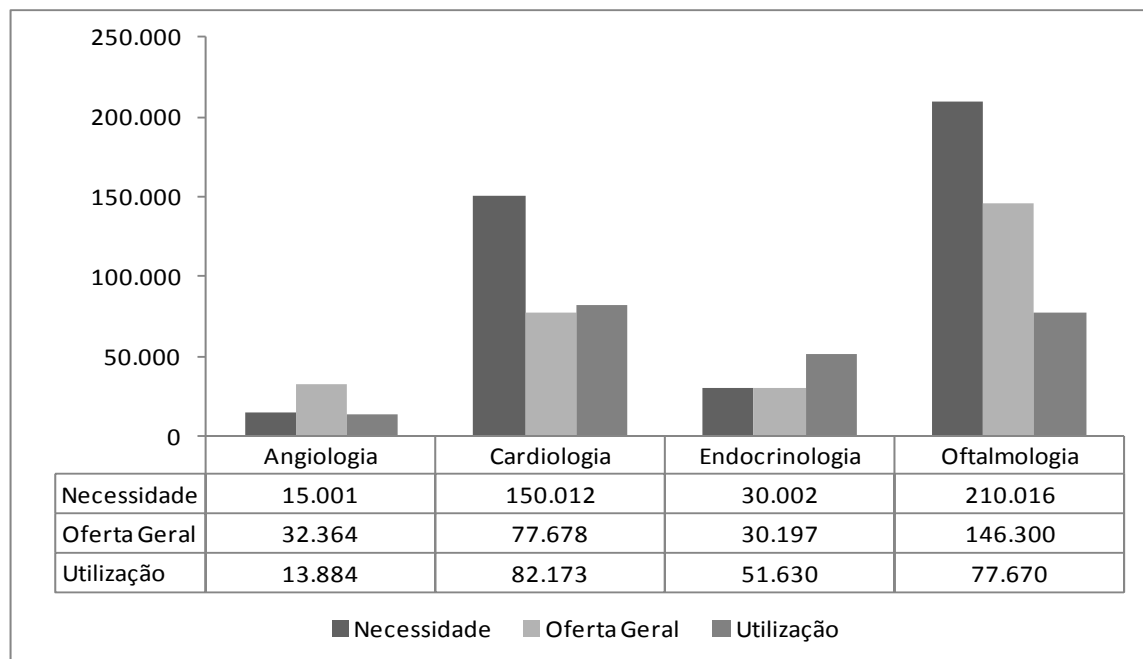
Aponta também para a reestruturação da rede de saúde, no que diz respeito ao estabelecimento dos fluxos assistenciais, a definição de unidades de referência, do modo de agendamento e marcação e consultas, e da maior aproximação entre os profissionais da atenção primária com os profissionais da atenção especializada.

Segundo Pires *et al.* (2010), a inadequação equitativa da oferta repercute sobremaneira na organização dos serviços para atender aos problemas de saúde da região, dificultando o acesso da população. Sendo por isso, fundamental organizar os serviços de referência e contra-referência, os fluxos e as centrais de regulação que objetivem equalizar a oferta, mais que obstaculizar o acesso do usuário.

Quando comparou-se necessidade, oferta e utilização de consultas especializadas, verificou-se no município A, que a oferta para consultas de angiologia foi o dobro da necessidade, e a utilização correspondeu a apenas 42,9% da oferta e 92,6% da necessidade. Já entre as consultas de cardiologia e oftalmologia, a oferta foi menor que a necessidade. Ademais, visualizou-se que as consultas de cardiologia

e endocrinologia apresentaram uma utilização maior que a oferta geral do município (gráfico 1).

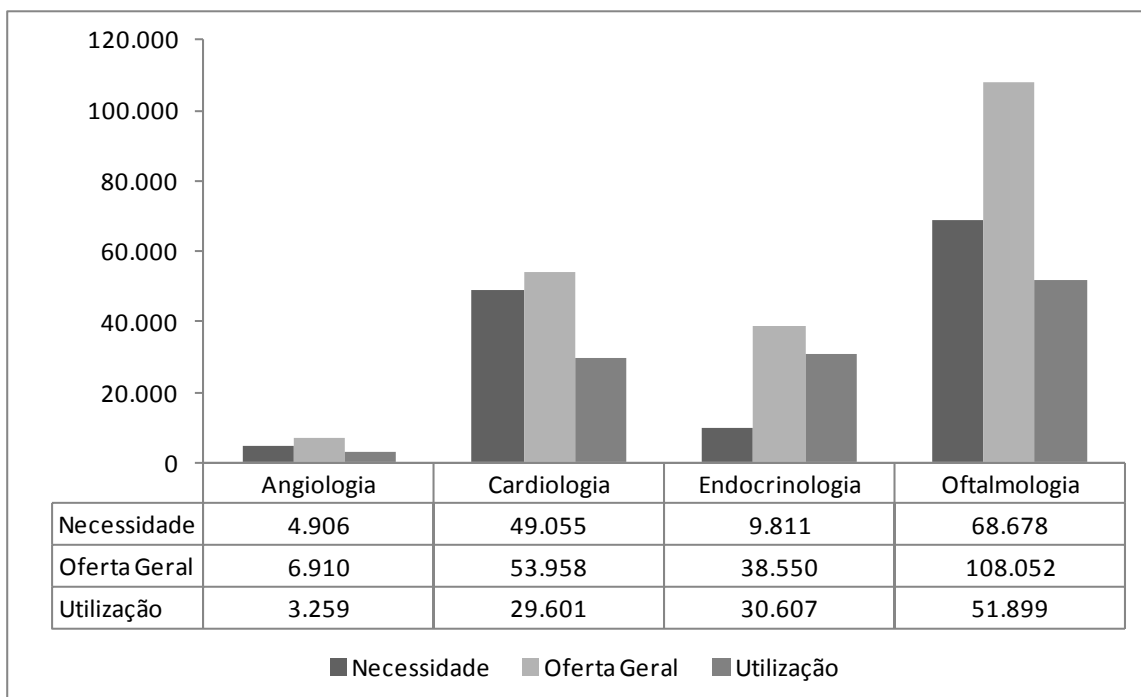
Gráfico 1 – Relação ente a necessidade, oferta e utilização de consultas especializadas no município A, 2012.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde (SIAMS).

Em relação ao município B, identificou-se que a oferta foi maior que a necessidade para todas as especialidades estudadas, enquanto a utilização foi menor que a oferta em todas as consultas. Destaca-se que, nas consultas de endocrinologia, a utilização foi três vezes maior que a necessidade, se aproximando da quantidade ofertada (gráfico 2).

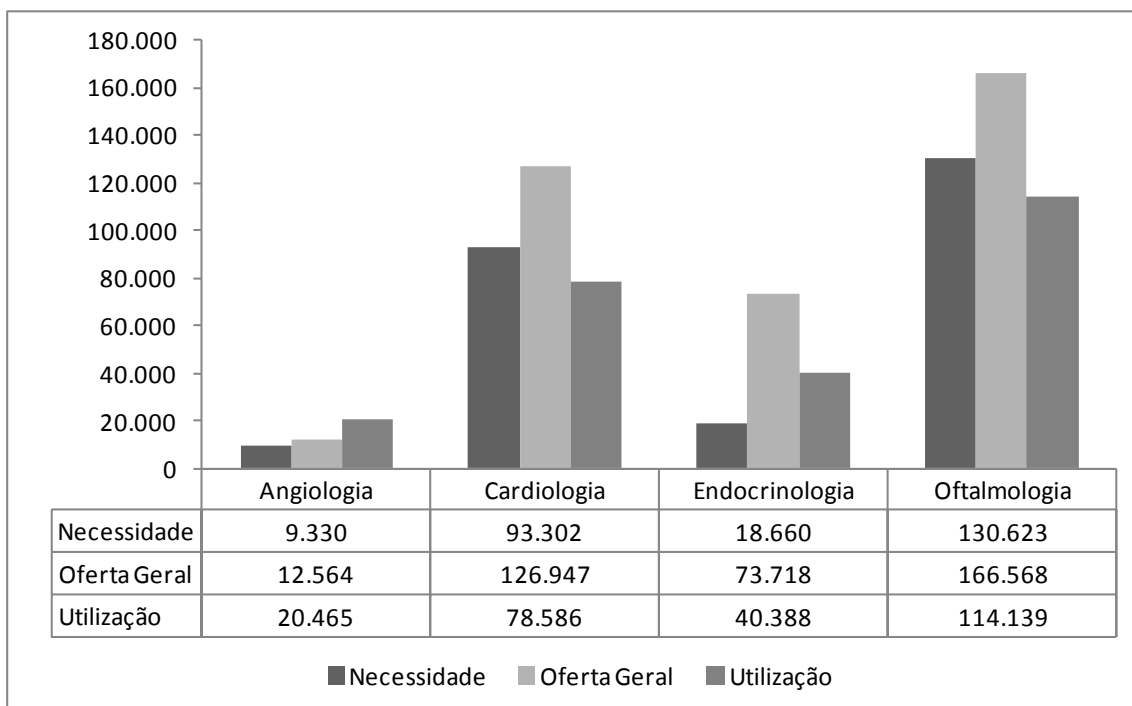
Gráfico 2 – Relação ente a necessidade, oferta e utilização de consultas especializadas no município B, 2012.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde (SIA/MS).

O município C apresentou resultados semelhantes ao município B, sendo a oferta maior que a necessidade para todas as especialidades estudadas. Por outro lado, a utilização foi menor que a oferta entre as consultas de cardiologia, endocrinologia e oftalmologia. A especialidade angiologia apresentou uma utilização superior a oferta. Observou-se ainda, que a utilização das consultas de angiologia e endocrinologia foi duas vezes maior que a necessidade (gráfico 3).

Gráfico 3 – Relação ente a necessidade, oferta e utilização de consultas especializadas no município C, 2012.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde (SIA/MS).

Apesar de apresentarem algumas diferenças, os três municípios seguiram um padrão, onde a oferta foi sempre superior à necessidade. Este comportamento deve-se possivelmente à defasagem dos parâmetros assistenciais, já evidenciada por outros estudos anteriormente apresentados.

Já a utilização das consultas especializadas apresentou-se significativamente abaixo da oferta, o que sugere uma subutilização da oferta de consultas nas especialidades estudadas, e também que os usuários não estão chegando aos serviços de atenção especializada.

Os médicos entrevistados também relataram sobre a não utilização da oferta disponível nos serviços de saúde.

Eu agora tava numa policlínica, tinham especialistas lá que ficavam as vezes a tarde toda ou a manhã e atendia um ou dois pacientes e a enfermeira ficava chamando lá, “Ei você não quer se consultar com esse especialista não?” Porque ele ficava completamente ocioso. Então assim, eu não sei por que isso acontece. (M1B)

Tantos acessos de primeira vez e eu posso ter sobra de retorno. Porque daqui que você chegue de volta no especialista com todos os exames que ele lhe solicitou, que você não dá a unidade solicitante essa oportunidade de trabalhar esses exames, você vai ficar naquela ociosidade de oferta de retorno porque sua rede não dá conta disso (atender as demandas de solicitações de exames oportunamente). (G1C)

A baixa utilização das consultas especializadas pode estar relacionada à forma de marcação das consultas, à distribuição das consultas na rede de saúde, à distribuição dos serviços no território, à adequação no horário de atendimento, à disponibilidade do usuário, entre outras. É preciso investigar se a subutilização tem ocorrido por dificuldade no acesso ou se há um excesso de oferta.

O absenteísmo às consultas como causa de perda de oferta também foi identificado em serviços públicos de saúde em Recife, municípios da Bahia e em Florianópolis (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; CHAVES *et al.*, 2011;).

Em virtude do absenteísmo, a continuidade do cuidado é prejudicada e ainda gera repetição de ações da atenção básica e ociosidade na atenção especializada (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010), O absenteísmo traz prejuízo não somente ao usuário como também para o trabalho da equipe de saúde e para o sistema de saúde, uma vez que foi destinada uma quantidade específica de recursos à operacionalização desta atividade (PINTO; ARAUJO; GALLIANI, 2005).

Lima (2010) verificou que apesar da ampliação da atenção básica e da oferta, suficiente, de serviços especializados (segundo os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101), o sistema municipal não conseguiu absorver a demanda da população. E concluiu que a persistência de filas de espera por consultas e procedimentos especializados, são resultados de vários fatores, entre eles, uma demanda desordenada aos serviços especializados.

O sistema de regulação pode não ter superado a programação assistencial centrada numa possível demanda artificial. Segundo dados da central de marcação consultas e exames da cidade do Recife, as cinco especialidades, com maior demanda reprimida (oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia, urologia)

foram as mesmas com maiores percentuais de absenteísmo nas consultas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013)

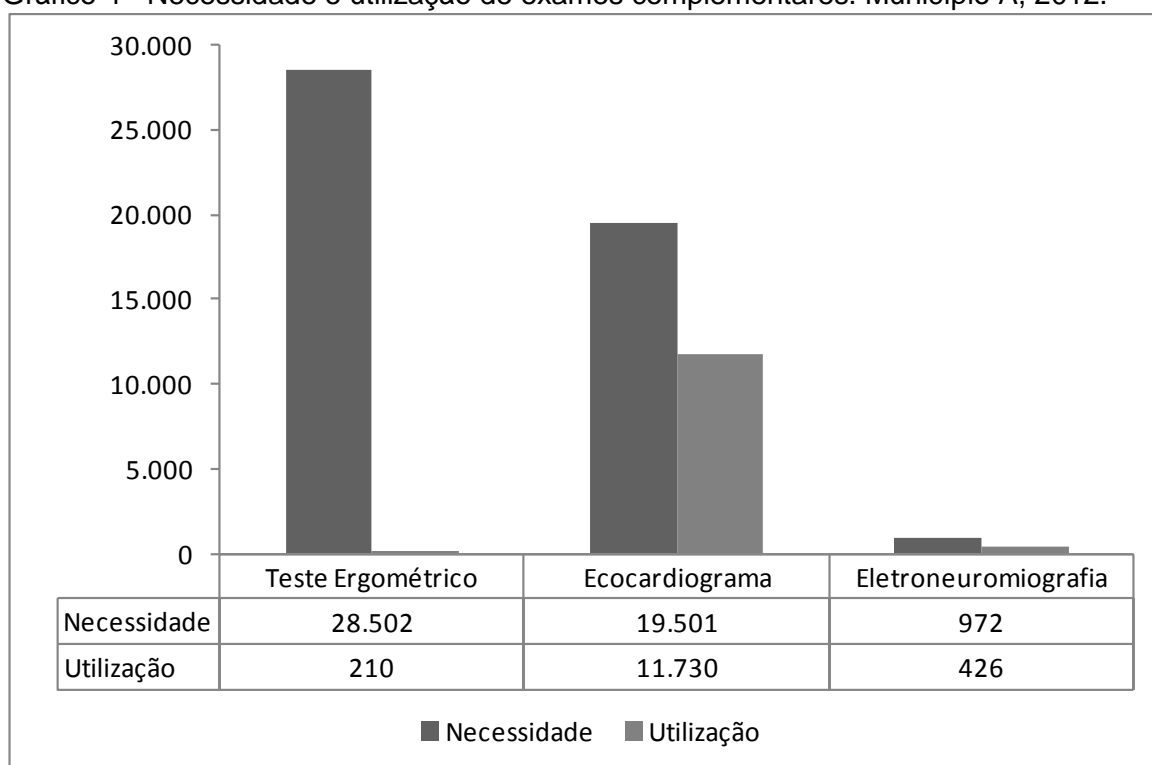
Segundo Travassos *et al.* (2000), o uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento.

Os resultados apresentados no estudo acima evidenciaram uma multiplicidade de fatores que interferem no padrão de consumo de serviços de saúde, resultando em um quadro de desigualdades que demonstram a dificuldade em alcançar os princípios igualitários enunciados na formulação do Sistema Único de Saúde.

Outros autores sugerem que a necessidade de superação desse quadro só tende a aumentar. Isso porque, a regulação será cada vez mais necessária, diante de um quadro de mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, destacando-se que o envelhecimento e a alta prevalência dos agravos e doenças não transmissíveis, amplia as necessidades de saúde para os sistemas de saúde (BADUY *et al.*, 2011), preocupados com a equidade, eficiência e efetividade (FEUERWERKER; MERHY, 2008; GIOVANELLA, 2006).

Em relação aos exames, observou-se no município A uma baixa utilização do teste ergométrico, correspondendo a apenas 0,7% da necessidade. No tocante aos exames de ecocardiografia e eletroneuromiografia, percebeu-se uma utilização de 60,1% e 43,8%, respectivamente (Gráfico 4).

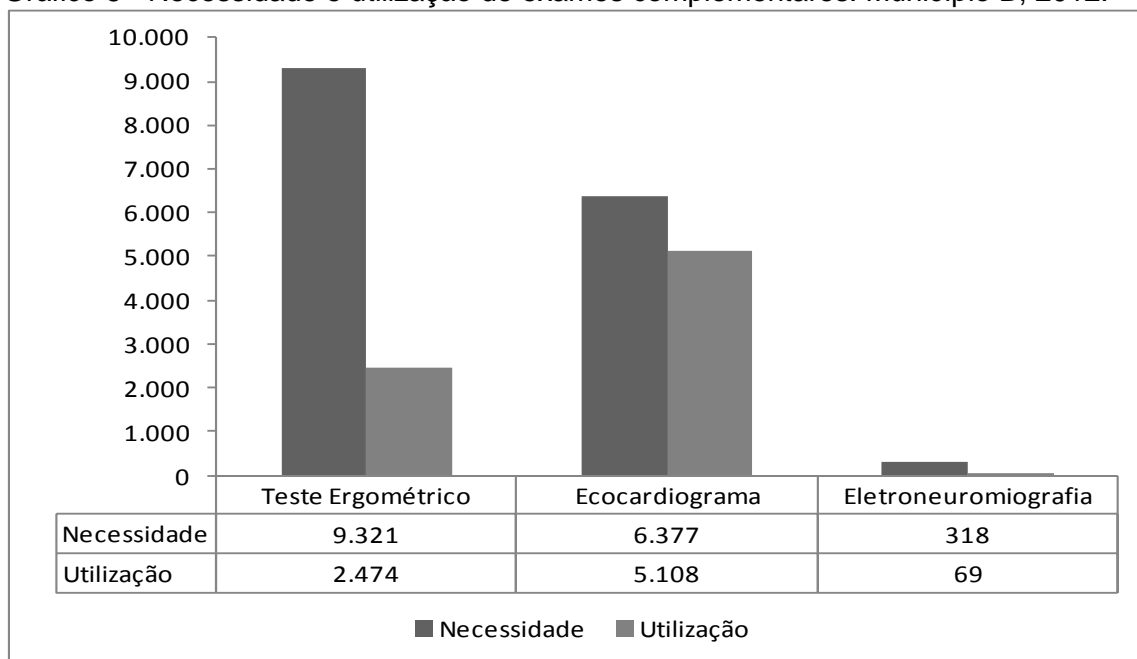
Gráfico 4 - Necessidade e utilização de exames complementares. Município A, 2012.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde (SIA/MS)

No que se refere ao município B, verificou-se uma utilização em relação a necessidade de 26,5% para o teste ergométrico e 21,7% para o exame de eletroneuromiografia. Já o ecocardiograma apresentou uma proporção de utilização mais próxima da necessidade (80,1%) (Gráfico 5).

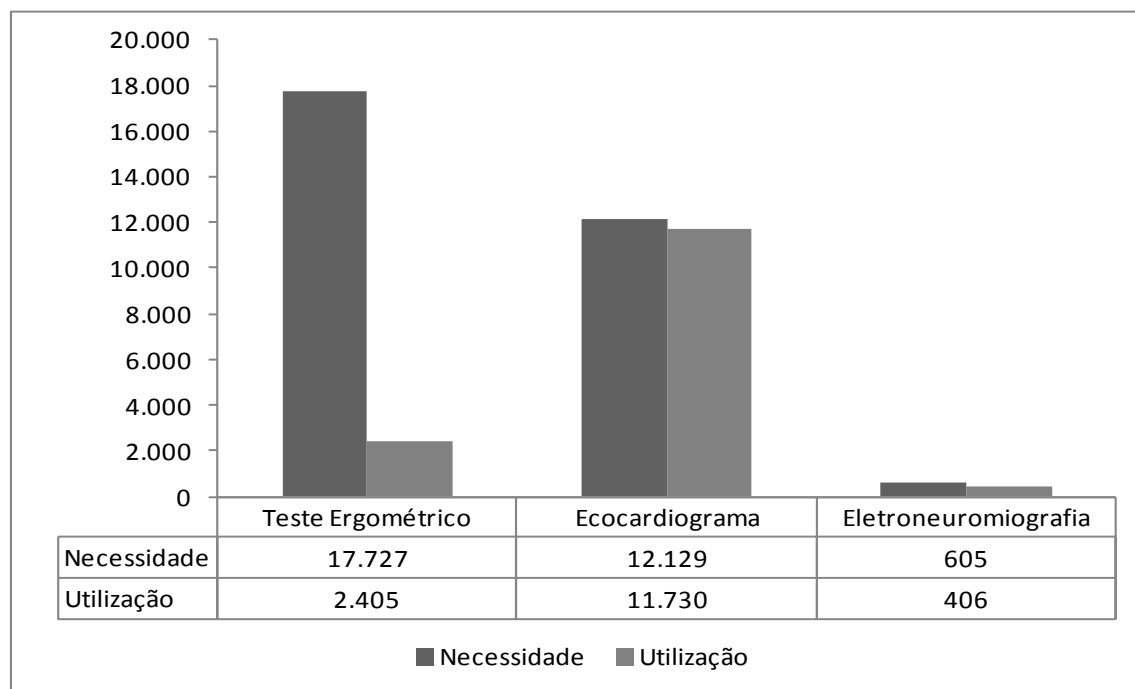
Gráfico 5 - Necessidade e utilização de exames complementares. Município B, 2012.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde (SIA/MS)

O município C apresentou uma utilização de 13,6% da necessidade de teste ergométrico, para os exames de ecocardiografia e eletroneuromiografia, observou-se uma utilização próxima da necessidade, sendo 96,7% e 67,1%, respectivamente (gráfico 6).

Gráfico 6 - Necessidade e utilização de exames complementares. Município C, 2012.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde (SIA/MS)

Diferente do comportamento das consultas, os exames de ecocardiograma e eletroneuromiografia apresentaram uma utilização bem próxima da necessidade, significando uma aparente adequação da portaria ou uma oferta suficiente para atender ao parâmetro ministerial. Porém, para os três municípios, o teste ergométrico apresentou uma utilização bem inferior ao necessário para atender as necessidades da população.

Segundo Rodrigues (2010), mudanças em uma ou em todas essas características – demográficas, epidemiológicas e do sistema de saúde – exercem impacto sobre a demanda por serviços de saúde. Para fins de planejamento, é primordial que o aparato institucional do sistema de saúde leve em conta essas características e sua dinâmica para determinar as ações e serviços de saúde necessários em cada localidade.

Isso significa que mais do que a oferta baseada em parâmetros assistenciais, o planejamento das ações de saúde deve considerar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde. Feuerwerker e Merhy (2008) apontam à necessária produção de linhas de cuidado que atravessem a atenção básica, especializada, ambulatorial e

hospitalar, levando em conta a necessidade de atender à intensificação do cuidado requerido pelos usuários em suas distintas situações de vida.

5.3 A regulação assistencial e seu papel na organização do acesso e monitoramento da demanda à atenção especializada

Em relação à regulação das consultas nos municípios avaliados, identificou-se que não há uma uniformidade entre os municípios no que se refere à oferta e regulação da atenção especializada (tabela 7).

Nos municípios A e B, a especialidade com maior percentual de regulação foi a oftalmologia, com 63,1% e 66,4% respectivamente, enquanto que no município C foi a angiologia (76,9%).

No geral, observou-se um baixo percentual no total de consultas reguladas para esse grupo de especialidades nos três municípios, sendo 49,6% nos municípios A e B e 39,9% no município C.

Tabela 7 - Oferta geral e regulada das consultas especializadas, por municípios, 2012.

Procedimento	Município A			Município B			Município C		
	Oferta			Oferta			Oferta		
	Geral	Regulada	%	Geral	Regulada	%	Geral	Regulada	%
Consulta em Angiologia	32.364	5.508	17,0	6.910	1.344	19,5	12.564	9.660	76,9
Consulta em Cardiologia	77.678	23.715	30,5	53.958	10.464	19,4	126.947	34.121	26,9
Consulta em Endocrinologia	30.197	20.688	68,5	38.550	19.344	50,2	73.718	18.758	25,4
Consulta em Oftalmologia	146.300	92.317	63,1	108.052	71.730	66,4	166.568	89.128	53,5
TOTAL	286.539	142.288	49,6	207.470	102.882	49,6	379.797	151.667	39,9

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados disponibilizados pelas Centrais de Regulação dos Municípios A, B e C.

A regulação em saúde no SUS é uma das diretrizes contempladas no Pacto pela Saúde, sendo definida como Política Nacional, em consonância com a regulação da atenção à saúde e a assistencial e com os seguintes eixos a serem operacionalizados pelos gestores: implantar e/ou implementar complexos reguladores e implantar sistemas informatizados de regulação (BRASIL, 2006b, 2007).

Dessa forma, a regulação como já referido, é definida em três dimensões: regulação da atenção à saúde, assistencial e do acesso, considerada como o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal e integral (BRASIL, 2007).

Entretanto, identificou-se que, embora o processo de regulação nos três municípios estudados tenha iniciado há cerca de 10 anos, e que tenham se passado quatro anos da instituição da Política Nacional de Regulação do SUS, há ainda certa fragilidade no processo de organização e desempenho da regulação assistencial no SUS.

Para os médicos entrevistados, o papel da regulação não está claramente definido e, em algumas situações, sua atuação coloca-se como obstáculo e não como facilitador do acesso à atenção especializada.

Pra mim, a regulação é uma **caixa preta**. Eu não consigo entender porque ela é tão difícil, porque, por exemplo, ao mesmo tempo em que falta serviço, eu fico sabendo que alguns especialistas que estão nas policlínicas, ficam até certo ponto ociosos, eu não entendo por que. [...] Eu fiz um levantamento, quando eu estava aqui no nível central (fez parte da equipe gestora do município), de seis meses. Fiz esse levantamento de alguns especialistas, não todos porque eu queria só mostrar pra algumas pessoas aqui da secretaria, como é que tava a produtividade desses profissionais, e eu fiquei surpreso, a produção de alguns era baixíssima, como é que é isso? Porque isso acontece? Tá entendendo? Por isso que eu digo, é uma caixa preta. (M1B)

Então, eu tenho cinco cotas pra cinco unidades, é uma para cada, independente dessa unidade precisar ou não. Pra mim isso é uma falha! E automaticamente não vai condizer o número de cotas pra realidade que eu preciso para o perfil médico que existe naquela unidade. Enfim, aí eu acho que (a regulação) não seja eficiente em virtude disso. (M1C)

Historicamente, as centrais de regulação surgem com o objetivo de regular a oferta da rede conveniada ao SUS, com o propósito econômico, de ordenar os gastos com a saúde, bem como propósitos sociais, de proporcionar uma assistência eficiente para a população (LIMA, 2010).

Os dados e as falas apontam para uma possível incipiência na estruturação da regulação da atenção especializada nos municípios, e a própria dificuldade de regulação da rede própria municipal, torna a regulação um obstáculo, na medida em

que não é capaz de ordenar o acesso, monitorar a demanda e subsidiar o controle da assistência.

Como a regulação surgiu da necessidade de controlar o setor privado conveniado ao SUS, o setor público não foi priorizado nesse processo. Como resultado, faz-se acordos com os profissionais dos serviços públicos, enquanto que compra-se cotas fixas do setor privado.

Esta realidade fica bem evidenciada na fala dos entrevistados em relação à divisão da oferta de consultas e exames em cotas para distribuição entre as unidades da rede de saúde.

Existiam cotas para exames laboratoriais, para o número de pessoas, não para o tipo do exame, por exemplo, quando eu tava lá na unidade [...], a gente só podia encaminhar pra fazer exame laboratorial 10 pessoas por semana. Então assim, hoje tá bem melhor em relação a exames laboratoriais, esses exames de rotina. [...] A justificativa que eles (gestão municipal) davam pelo menos em relação as cotas, era pela oferta, dificuldade com os insumos e de pessoal, profissionais, de bioquímicos. (M1B)

Na realidade, essas cotas elas são o que a gente pode traduzir do teto físico que temos dessas unidades prestadoras de serviço, que a gente acaba tendo que distribuir nem sempre com critérios bem definidos entre as unidades solicitantes. (G1C)

Eu não acho que seja adequado. Acho que o sistema é um pouco injusto inclusive. Por mais que agente ache que dividindo isso em partes mais ou menos iguais, entre necessidades que parecem ser iguais, elas não são. E aí, tem mostrado isso para gente. É que às vezes a gente tenta utilizar isso como parâmetro, por exemplo, números de equipes dentro de uma unidade. Eu posso levar em consideração isso, mas não está conseguindo de jeito nenhum atender a necessidade ou minimamente o acesso, não consegue se eu não pensar no perfil de adoecimento daquela população, não trabalhar essa coisa da linha do cuidado, não der também outros elementos que são fundamentais pra que você tenha um acesso mais qualificado, (G1C)

Eu acho que tem dois aspectos. O primeiro, a gente inclusive conversa muito na questão da medicina de família , então as cotas nesse aspecto pra médicos que não tenha perfil para medicina de família, que não são especialistas, que não estão envolvidos com esse processo, ela é **benéfica** no momento de você tentar segurar o paciente na atenção primária e tentar resolver lá. Mas, como não podemos nos basear no sistema pelos erros dos outros, eu acho que ela é **maléfica**, neste sentido que a gente restringe o percentual de poder de fogo do médico de família da atenção primária. Eu acho que a média complexidade ela ajuda a gente aumentar esse poder de fogo para resolver lá. Se a gente é restringido por cotas ou por qualquer outro tipo de barreira, esse poder de fogo diminui e a resolutividade automaticamente diminui. (M1C)

No que tange ao monitoramento da demanda que não consegue atendimento por falta de vagas, os municípios A e C realizam o acompanhamento via sistema de regulação que disponibiliza a ferramenta fila de espera automática. Já no município B, o monitoramento é realizado de forma manual.

O paciente entrou na lista de espera, o sistema ele usa a prioridade, ele, a primeira prioridade é o tempo. O tempo que entrou na lista, a cronologia. Todos os pedidos aparecem para o sistema de regulação iguais, mas lá tem um criteriozinho, normal ou prioridade do profissional. (G1A)

A fila roda a depender do nível de prioridade dela. Depois elas (as vagas) aparecem para as unidades de saúde. Então assim: se ele não tá priorizado. Infelizmente hoje nós temos um problema, quem tá priorizado, ele (o sistema) roda e ocupa todas as vagas. (G2A)

Com relação às demandas reprimidas, a gente tem que fazer isso manualmente. Porque o sistema (SISREG III, sistema utilizado por este município) não dá esse tipo de relatório. Se você quer a demanda reprimida, por exemplo, de mamografia, você tem que ir aos distritos têm que ir as unidades e elas vão, manualmente buscando essa demanda que eles têm lá, e informam. (G1B)

Então a gente tem chamado de demanda reprimida exatamente esses encaminhamentos que ficam aguardando, digamos, nesse período igual ou superior a 30 dias ou aqueles que a gente não tem oferta de fato, sabidamente a gente não tem oferta dentro do município e a gente vai ter que buscar algumas alternativas pra isso. (G1C)

E hoje a situação que a gente tem é uma fila de espera como uma funcionalidade dentro do sistema, então a gente hoje consegue saber quantas pessoas esperam uma consulta, inclusive, calcular o tempo médio de espera por que a gente passou a utilizar essa funcionalidade que o SISREG III nos dá, que era um desejo grande de passar a ter isso de forma mais qualificada e aí a gente tem os procedimentos críticos, a gente tem a fila de espera no médico regulador, então está lá e de certa forma a gente consegue saber qual a data daquele encaminhamento, quando é que foi dado entrada na fila. (G1C)

Apesar de todos os esforços, o discurso dos profissionais dos três municípios demonstra que além da dificuldade de acesso por falta de vagas, também não há um monitoramento efetivo deste contingente de usuários que não tiveram suas necessidades atendidas.

Todos os municípios estudados utilizam sistema informatizado de regulação. O município A utiliza um sistema privado, enquanto os municípios B e C utilizam o SISREG, sistema gratuito de regulação do DATASUS. O sistema é apenas uma ferramenta e, portanto, não soluciona os problemas encontrados.

Eu acho que de um modo geral houve melhora no processo porque de a gente saiu do papel para o sistema informatizado, mas a gente está muito aquém na questão da regulação nas unidades de saúde da família em virtude do número de especialistas e cotas existentes sem vinculação ao território. (M1C)

Agora, o paciente consegue ser marcado na hora, diminui o processo de trabalho, diminui o desgaste do trabalho na unidade de saúde da família no momento em que é online, por outro lado, diminuiu o número de cotas, então o sistema, ele calhou de melhorar o processo, mas coincidentemente houve uma redução de cotas. Mas, o sistema em si e a questão da marcação houve melhoras. Sem dúvida alguma! (M1C)

Só a internet daqui que é ruim, em relação ao SISREG eu não tenho do que reclamar. Só a internet que infelizmente, quando chove não pega. (R1C)

A gente achou que fosse colocar isso no sistema e o sistema fosse ajudar a gente a resolver. O sistema não ajuda. Às vezes ele dificulta por uma escala que eu tenho que configurar, é algo que acaba tornando aquilo ainda mais duro, mais difícil de se flexibilizar, por uma certa medida ele é importante porque ele é a única forma que a gente tem hoje de dividir uma oferta. Mas ele ainda não da conta enquanto a gente não conseguir levar em consideração ou compreender que outros fatores estão por trás. (G1C)

Na verdade, tá se colocando um monte de sistema que abrigue tudo; tá se vendo que o que se tem hoje, não está respondendo. Questiona-se o SISREG, uns questionam, outros defendem; estamos tentando ver os aplicativos que o SISREG pode nos dar. Mas uma coisa é certa: o sistema que está aí da regulação ambulatorial ele não responde. [...] não responde ao que a gente quer, não responde pra PPI é um sistema lento; um sistema que dá informações dúbias. São coisas mais gritantes. Já levamos pra secretária e a prioridade dela é realmente alta em relação à troca do sistema. (G1A)

Albuquerque (2011) comenta que a regulação assistencial é concebida como mecanismo de acessibilidade organizacional e deve estabelecer um canal de comunicação entre as unidades assistenciais para facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A regulação da rede pública é algo que está, indiscutivelmente, na agenda dos municípios, acredita-se que a partir da regulação de toda a oferta (pública e conveniada) e da construção de uma rede de atenção a saúde, coordenada pela atenção primária à saúde, é possível que o acesso aos serviços de atenção especializada consigam atingir níveis aceitáveis, com otimização dos recursos existentes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados demonstram que:

- a) A organização dos serviços de saúde dificulta o acesso da população aos procedimentos, destacando-se a importância da estruturação das redes de saúde e, conseqüentemente, dos fluxos de referência e contra referência, para garantia do acesso e atendimento das necessidades dos usuários;
- b) Sugere pouca relação entre os profissionais da atenção primária e da atenção especializada, bem como, percebeu-se a necessidade de maior qualificação dos profissionais da atenção básica, minimizando a peregrinação do usuário na rede em busca de consultas e exames especializados e/ou a geração de demandas desnecessárias à atenção especializada;
- c) As necessidades de saúde identificadas apontam para uma fragilidade do método de cálculo. Os três municípios estudados utilizam quase que exclusivamente os parâmetros da portaria GM/MS nº 1.101/2002, embora os considerem desatualizados;
- d) Apesar dos resultados encontrados nos sistemas de informações em saúde mostrarem uma oferta de consultas superior às necessidades da população, os gestores e profissionais apontaram escassez na oferta de várias especialidades e exames complementares;
- e) A utilização das consultas especializadas apresentou-se significativamente abaixo da oferta, o que sugere uma subutilização da oferta de consultas nas especialidades estudadas, e também que os usuários não estão chegando aos serviços de atenção especializada;
- f) Embora a regulação exista nos três municípios estudados há aproximadamente 10 anos, e que tenham se passado quatro anos da instituição da Política Nacional de Regulação do SUS, há ainda certa fragilidade no processo de organização e desempenho da regulação assistencial no SUS.

Por fim, o tão sonhado planejamento de ações e serviços de saúde orientados por aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais, econômicos, geográficos é fundamental para que o sistema de saúde atenda oportunamente, respeitando a sua resolubilidade e as necessidades de saúde da população.

Os achados revelados por esta pesquisa apontam para a necessidade da realização de outras avaliações, sejam para atualizar os parâmetros assistenciais ou então para fortalecer a regulação a fim de que os profissionais que compõem a rede de saúde e aqueles que exercem a função regulatória possam cumprir os preceitos do Sistema Único de Saúde e assim, assegurar a integralidade da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, L. C. Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários?. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- ALBUQUERQUE, M. S. *et al.* Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013.
- ALBUQUERQUE, S. V. A promoção da equidade na política de saúde da cidade do Recife (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde. 2011. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior, Los Angeles, v.36, p.1-10, 1995.
Disponível em:
<http://globalhealth.stanford.edu/resources/Revisiting_Behavioral_Model_and_Access.pdf> Acesso em: 20 fev. 2014.
- ARANTES, L. L. Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência a saúde. 2004. Dissertação (Mestrado) – ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.
- BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, fev. 2011.
- BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.
- BENITO, G. A.V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.62, n.3, p.447-450, 2009.
- BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.19-30, 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 3.046 de 20 de julho de 1982. Estabelece os parâmetros para credenciamento, contratos e convênios na área de assistência médica da Previdência Social. 3.ed. Brasília, DF: Coordenadoria de Comunicação Social, MPAS, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família – PSF. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. . Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 139, n. 112, 13 jun. 2002. Seção 1, p.36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Diretrizes para Programação Pactuada Integrada da Assistência a Saúde. Brasília, DF, 2006a. 148p. (Serie B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Vida, v. 5).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para implantação de complexos reguladores. Brasília, DF, 2006b. 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 148, 4 ago. 2008. Seção 1, p.48.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A.(Org.). Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS,UERJ, 2005. p.91-101.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.11, n. 23, p.605-618, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21 n. 4 p. 1260-1268, jul./ago. 2005.

CAMPOS, D. L. Análise da oferta da atenção especializada em uma unidade de referência para portadores de hipertensão e diabetes. 2011. Monografia (Residência em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

CAPRA. F. A teia da vida. São Paulo: Cutrix, 2006.

CASTRO. J. D. Regulação em Saúde: análise de conceitos fundamentais. Revista Sociologias, Porto Alegre, v. 7, p. 122-135, jan./jun. 2002.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 143-154, jan. 2011.

COELI, C. M. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.335-336, 2010.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. Integração dos profissionais em redes Regionalizadas de serviços: sobre conceitos, estratégias e alguns impasses. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1122/1036> > Acesso em: 12 jan. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Regulação em saúde. Brasília, DF, 2007.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press, 1973. Disponível em: <<file:///C:/Users/PESQUISA%20APS6/Downloads/hsresearch00558-0085.pdf>> Acesso em: 23 jan. 2014.

DRUMOND, E. F. et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. Revista Brasileira de Estudos de População, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.7-19, jan./jun. 2009.

ESCOSTEGUY, C. C. et al. AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1065-1076, jul./ago. 2005.

FELICISSIMO, A.; DUARTE, I. G. Demanda em saúde – Aspectos da patologia clínica na região metropolitana de São Paulo. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v.6, n.25, p.143-151, 2004. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/RAS25_demanda.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2013.

FEUERWERKER, L. C.M, MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 24, n. 3, p.180-188, 2008.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.743-752, 2009.

FLEURY, S. Dual, Universal o Plural? Modelos y Dilemas de Atencion de la Salud en America. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão do ano de 2006: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2007. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em 21 nov. 2011.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.161-198.

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, p.951-963, 2006.

GOYATÁ, S.L.T.; NASCIMENTO, M.C.; SILVA, S.A., VILELA, S.C. et al. Avaliação da cobertura assistencial de um sistema municipal de saúde. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v 17, n. 4, p. 510-515, out./dez. 2009.

GUIDONI, C.M. et al. Assistência ao Diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 37-48, jan./mar. 2009.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema em muros”. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2001.

JULIANI, C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema único de saúde: a percepção de enfermeiros. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999.

KUSHNIR, R. Organizando redes de serviços de saúde. In: PESSÔA, L. R.; PINTO, L. F. Curso de Aperfeiçoamento em gestão de investimentos e projetos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 96 – 111.

KVALE, S. Interviews: An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: SAGE, 1996.

LIMA, A. L. A. A política de regulação da assistência e a integralidade à saúde da mulher: uma análise da situação do distrito sanitário III da cidade do Recife. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J.S.; BECK, C.L.C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. Revista de Enfermagem, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 31-40, jan./abr. 2011.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAGALHÃES Jr., H. M. O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privados-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.

MAGALHÃES Jr., H. M. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (Pensar BH – política social). 2002.

MALIK, A. M. Oferta em serviços de saúde. Revista USP, São Paulo, n.51, p.146-157, set./nov. 2001.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 433-444, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. A ideologia alemã (Feuerbach). 9. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MENDES, E. V. As redes de atenção à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15. n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1997. p.117-160.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, p.83-89, 1991.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.71-103.

NATAL. Prefeitura Municipal. (Re) desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal. Natal, 2007.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

OLIVEIRA, A. P. V. Avaliação da oferta de consultas especializada em endocrinologia na rede SUS da cidade do Recife. 2010. (Monografia) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia : report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006. Disponível em:
<http://www.who.int/diabetes/publications/diagnosis_diabetes2006/en/index.html >. Acesso em: 2 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política e hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, 2010.

PAIM, J.S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2009, 148p. (Coleção Temas em Saúde).

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 69 -115.

PINTO, T. V.; ARAÚJO, I. E. M.; GALLIANI, M. C. B. J. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 208-215, 2005.

PIRES, M. R. G. M. et. al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, 2010.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Planejamento e Gestão. Plano Municipal de Saúde: 2010-2013. Recife, 2010.

RICHARDSON, R. J. et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed.rev. amp. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, C.G. Dinâmica demográfica e internações hospitalares: uma visão prospectiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2007 a 2050. 2010. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n.18, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, L.; ANDRADE L. O. M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F (Org). Redes de Atenção à Saúde. São Paulo: Saberes, 2013. p. 35-74.

SANTORELLI, D.S.; FRANÇA, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: O papel da transição nutricional. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 29-36, 2003.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Utilização do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v.10, n.1, p.19-30, 2001.

SOUSA, F. O. S. O processo de trabalho em Saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de Saúde do Recife. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SILVA, J. A. G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Org). Gestão em Redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 61-87.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B. *et al.* (Org.). Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA, F. O. A racionalização de gastos: uma abordagem discussiva da diretriz que ameaça o SUS. 2007. Monografia (Residência em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E.N. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teóricometodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde. 1991. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, 2005.

YIN, R. K. Estudo de Caso. Planejamento e Método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos a consultas especializadas e exames complementares** que tem como objetivo, a partir da análise da atenção e do modelo de cuidado à diabetes mellitus, descrever os métodos atuais para definição de cotas de encaminhamentos e exames complementares disponibilizados pelos municípios para as equipes de saúde da família; identificar a oferta e a demanda por consultas especializadas e exames complementares das equipes de saúde da família; descrever o perfil das internações e óbitos por diabetes; analisar a percepção do usuário com diabetes quanto à sua necessidade de encaminhamento a consultas e exames especializados; e propor uma metodologia para atualização dos parâmetros de programação assistencial.

No desenvolvimento dessa pesquisa realizaremos análise das fichas de encaminhamento ao especialista que são utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família, análise do banco de dados do Sistema de Regulação (SISREG) dos municípios, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), entrevista com gestores da secretaria de saúde e profissionais e usuários das Unidades de Saúde da Família.

Assim, você foi selecionado, de forma intencional, para participar dessa pesquisa com a garantia da pesquisadora que sua identidade será mantida em absoluto sigilo e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa científica. Salientamos que sua participação nessa pesquisa é bastante relevante, pois pode contribuir com subsídios para aperfeiçoar o planejamento assistencial no cuidado à população que vive com diabetes mellitus. No entanto, você não é obrigado(a) a participar e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua participação não trará nenhum risco a você na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato com a pesquisadora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 91521536 ou através do e-mail: paulette.cavalcanti@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nessa pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães localizado no Campus da UFPE, Av. Moraes Rego, s/n. CEP 50670-420 - Recife – PE –

Brasil. Telefone (81)2101.2639 – FAX (81) 3453.1911 – e-mail:
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

Pesquisadora
Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Fones (81) 96102636/ 21022614

Participante da pesquisa

Recife, _____ de _____ de 20____.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n - Cx. Postal 7472 - Fone: 0XX81 3012500 - Fax: 0XX81 4531911 - CEP: 50670-420
Recife - PE - Brasil - <http://www.cpqam.fiocruz.br>

APENDICE B – Roteiro de entrevista**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Data e lugar da entrevista:

Hora de início/ de finalização:

Duração:

Nome:

Idade:

Sexo:

e-mail:

Tel:

Instituição/Unidade:

Cargo/função:

1. Há quanto tempo a gerência/coordenação de regulação assistencial existe nesse município?
2. Como se dá o planejamento da oferta assistencial especializada no município? Quais os critérios para definir a necessidade? Quais os critérios utilizados para distribuir essa oferta entre as unidades básicas de saúde?
3. O município trabalha ou trabalhou com o sistema de cotas assistenciais? Se sim, quais os critérios/parâmetros utilizados na definição das cotas? Como foi o início do sistema de cotas no município?
4. Qual sua opinião sobre o sistema de cotas para marcação de consultas?

5. Como é feita a marcação para os usuários que não conseguem vagas na primeira tentativa de marcação na atenção especializada?
6. Qual a sua opinião sobre a regulação assistencial e sobre os sistemas informatizados?
7. Em termos gerais você considera que a oferta de consulta e exames são suficientes?

APENDICE C – LISTA DE PROCEDIMENTOS ESTUDADOS

CONSULTAS:

NUMERO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	CBO
0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	MÉDICO ANGIOLOGISTA/ EM CIRURGIA VASCULAR
		MÉDICO CARGIOLOGISTA
		MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLISTA
		MÉDICO OFTALMOLOGISTA

EXAMES:

NUMERO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO
0211020060	TESTE DE ESFORÇO/TERSTE ERGOMÉTRICO
0211050083	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENM)
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA

APENDICE D – *Check list*

Pesquisa: Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos à consultas especializadas e exames complementares

A finalização da pesquisa depende das informações abaixo:

1. Lista dos serviços de saúde que compõe a rede de saúde do município de Natal (públicos e conveniados);
2. Oferta mensal de consultas de Cardiologia, Endocrinologia, Angiologia e Oftalmologia e dos exames de Ecocardiograma, Teste Ergométrico, USG com Doppler e Eletroneuromiografia por tipo de prestador no período de 2011 a 2012 (com base no SISREG);
3. Número de consultas de Cardiologia, Endocrinologia, Angiologia e Oftalmologia e dos exames de Ecocardiograma, Teste Ergométrico, USG com Doppler e Eletroneuromiografia agendados por unidade solicitante no período de 2011 a 2012 (com base no SISREG);
4. Existe lista de espera/demanda reprimida* para essas consultas e exames?
*equivalente ao número de consultas e/ou exames que não conseguem ser agendados e ficam aguardando para o outro mês.
5. Existe algum relatório sobre a utilização dessas consultas e exames no período de 2010 a 2012.

ANEXO A - Parecer de anuência para realização da pesquisa da secretaria municipal de saúde de Fortaleza, CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo. (a) Coordenador (a) da Central de Regulação de Leitos.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“REDES INTEGRADAS DE SAÚDE ORIENTADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PARÂMENTROS PARA ENCAMINHAMENTOS A CONSULTAS ESPECIALIZADAS E EXAMES COMPLEMENTARES ”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora **PROFA. DRA. PAULETTE CALVANCANTI DE ALBUQUERQUE** da Fundação Oswaldo Cruz do Centro de Pesquisas AGGEU MAGALHÃES do Departamento de Saúde Coletiva.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.
- A pesquisa será realizada na **CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS**.
- A coleta de dados ocorrerá durante os meses **SETEMBRO A JUNHO DE 2011**, após **aprovação do Comitê de Ética, que deverá ser apresentado junto a este documento**.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 02 de setembro de 2011.

.....
Paulante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

ANEXO B - Parecer de anuência para realização da pesquisa da secretaria municipal de saúde de Natal, RN

	<p align="center">SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES Setor de Desenvolvimento Profissional da Educação na Saúde – SDPES</p>	<p align="center">MISSÃO "Nossa missão é servir com excelência, ética e eficiência, contando com servidores competentes e valorizados, primando todos pelo respeito ao cidadão e ao meio ambiente, contribuindo para fazer de Natal uma cidade cada vez mais humana, socialmente mais justa, solidária e sustentável, com a melhor qualidade de vida para toda a população".</p>
---	--	--

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste, que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a realização de pesquisa acadêmica intitulada **“Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamento à consultas especializadas e exames complementares”** sob orientação da Professora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, a ser desenvolvido pela aluna Fabiana de O. Silva e Nancy Maria Silva Janssen do Curso Superior de Fisioterapia, e Fonoaudiologia do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CpqAM no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2013.

Consideramos que este projeto contribuirá para melhor aprendizagem acerca desse tema. Por isso, estamos autorizando a presença dos alunos com os profissionais/usuários da Rede Municipal de Saúde de Natal. A divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

Natal, 21 de Setembro de 2011.


Ariane Rose Souza de Macedo Oliveira
Secretaria Adjunta de Atenção Integral à Saúde
Maria do Perpétuo Socorro Lima Nogueira
Secretária Municipal de Saúde do Natal/RN

ANEXO C - Parecer de anuência para realização da pesquisa da secretaria municipal de saúde do Recife, PE



**Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Formação e Educação na Saúde
Gerência Operacional de Educação Permanente**

CI CIRC nº. 085 / 2010 – GOEP/GDP/DGGT/SS

Recife, 05 de julho de 2011.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Paulette Cavalcanti de Albuquerque**, pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária e Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães– CpqAM/FIOCRUZ, **está autorizada** a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título: **“Redes Integradas de Saúde Orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: Parâmetros para Encaminhamentos a Consultas Especializadas e Exames Complementares”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Atenciosamente,

Cristiana Almeida
Gerente Operacional de Educação Permanente

Cristiana Almeida
Gerente Oper. de Educação Permanente
DGGT/SS Matr. 89.618-1

Ilmo (a). Sr (a).
Kátia Guimarães
Diretora Geral de Regulação do Sistema - DGRS

ANEXO D – Parecer do comitê de ética em pesquisa do CPqAM



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: “Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos a consultas especializadas e exames complementares”.

Pesquisador responsável: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 21/09/2011

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 41/11

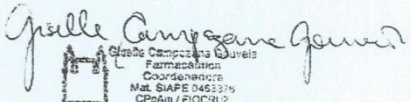
Registro no CAAE: 0041.0.095.097 -11

PARECER Nº 47/2011

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 15 de dezembro de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 15 de dezembro de 2011.

Paulette Cavalcanti de Albuquerque

 Classe Ciências da Saúde
 Farmacologia
 Coordenação de
 Mat. SIAPE 0452375
 CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 15/12/2012.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
 Recife - PE - Brasil
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

