

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

GABRIELA BARDELINI TAVARES MELO

**Análise da suficiência de consultas especializadas no município do
Recife - PE**

RECIFE

2012

GABRIELA BARDELINI TAVARES MELO

Análise da suficiência de consultas especializadas no município do Recife - PE

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Co-Orientadora:

Msc. Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Recife

2012

GABRIELA BARDELINI TAVARES MELO

Análise da suficiência de consultas especializadas no município do Recife - PE

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Data da aprovação: 27/04/2012

BANCA EXAMINADORA

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/Fiocruz - PE

Msc. Dinalva Lacerda Cabral
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Recife

2012

Análise da suficiência de consultas especializadas no município do Recife – PE

Analysis of the sufficiency of specialized consultations in Recife – PE

Autores: Gabriela Bardelini Tavares Melo¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹ e Fabiana de Oliveira Silva Sousa¹

Instituição: ¹Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE

Artigo submetido à avaliação para a Revista Ciência e Saúde Coletiva.

MELO, Gabriela Bardelini Tavares. Análise da suficiência de consultas especializadas no município do Recife – PE. 2012. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

O estudo objetivou analisar a suficiência da oferta de consultas especializadas em cardiologia, endocrinologia, oftalmologia e cirurgia vascular no Recife-PE comparada aos parâmetros assistenciais da Portaria GM/MS nº 1.101/02, bem como utilização da oferta e acesso às consultas no período de Janeiro a Junho de 2011. Estudo descritivo, transversal, quantitativo. Os dados foram coletados no Sistema de Regulação Municipal e Sistema de Informação Ambulatorial. A análise da suficiência realizou-se da comparação entre oferta e parâmetros da portaria. Para análise da utilização da oferta da rede própria, realizou-se a comparação entre capacidade de atendimento e consultas realizadas e da rede conveniada, comparou-se consultas ofertadas e marcadas. O acesso foi analisado através da oferta e utilização da mesma. Foi observado que, no período do estudo, ocorreu superávit da oferta do município em todas as especialidades quando comparada aos parâmetros nacionais e grande investimento do município no setor privado. A oferta está concentrada no Distrito Sanitário III, mas foi subutilizada. Estudos de utilização da oferta assistencial podem auxiliar os gestores da saúde a aproximar o planejamento assistencial e das necessidades de sua população, contribuindo na garantia de acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, parâmetros, assistência à saúde.

MELO, Gabriela Bardelini Tavares. Analysis of the sufficiency of specialized consultations in Recife - PE, 2012. Work of end course (Multidisciplinary Residency Program in Community Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the sufficiency of the provision of specialized care in cardiology, endocrinology, ophthalmology and vascular surgery in Recife-PE. These parameters were compared to the welfare of GM / MS No. 1.101/02, as well as the use of the supply and access to views in the period between January and June, 2011. This study is descriptive, cross-sectional, quantitative. Data were collected from the Municipal Regulatory System and the Outpatient Information System. The analysis was performed on the sufficiency of the comparison between supply and parameters of the ordinance. For analysis of the use of the supply network itself, there was the comparison between service capacity and consultation and private system, compared to consultations tendered and marked. The access was analyzed through the provision and use of the same. It was observed that during the study period, there was a surplus of supply in the city in all specialties when compared to national parameters and large municipality's investment in the private sector. The offer is focused on Health District III, but was underutilized. Studies using the supply care can help health managers to approach planning care and needs of its population, contributing to the assurance access to health services.

Keywords: Access to health services, parameters, assistance Health.

INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS) busca a universalidade do acesso e, conseqüentemente, a redução das desigualdades na assistência à saúde de cidadãos brasileiros^{1,2}.

O SUS é caracterizado por ter uma complexa rede de serviços composta por prestadores públicos e privados. Estudos recentes mostram que a relação entre público e privado tem levantado grandes impasses sobre a regulação do acesso e a oferta de serviços de saúde para a população que, quando não articulados, acabam gerando iniquidades e baixa resolutividade do sistema de saúde^{3,4,5,6,7}.

Travassos e Martins⁸ relataram que a acessibilidade está relacionada à oferta de serviços relativos, à capacidade de produção e resposta às necessidades de saúde da população, facilitando ou limitando seu uso pelos usuários e ainda relacionando-se com a questão dos mesmos de vencerem os obstáculos financeiros, espaciais, sociais e psicológicos. Esses autores diferenciaram duas dimensões sobre acessibilidade: a sócio-organizacional, referente às características da oferta de serviços e a geográfica, que está relacionada à distância, tempo de locomoção e custo de viagem.

Com o intuito de orientar a gestão para atender as necessidades da população, foi publicada, em 2002, a portaria GM/MS nº 1.101, que define os parâmetros assistenciais do SUS⁹.

Baseando-se na portaria GM/MS nº 1.101/02⁹, e na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002¹⁰, cada município deveria ofertar exames e consultas especializadas de acordo com seu território, quantidade e qualidade de prestadores de serviços, adequando-se à realidade da população local^{9,3}. Nesse contexto, os usuários portadores de doenças crônicas, como o Diabetes *mellitus* (DM), fazem parte de grupos populacionais prioritários da Atenção Básica (AB), sendo as consultas especializadas imprescindíveis ao acompanhamento e continuidade do tratamento^{11,12}. Contudo, a literatura tem apontado para existência de um planejamento assistencial ineficaz, tornando o fluxo de cuidado desordenado, com pouca integração entre os níveis de saúde³.

Diante do exposto, faz-se necessário avaliar os serviços de saúde quanto ao acesso à atenção especializada em uma rede orientada por atenção primária à saúde, visando contribuir para um planejamento assistencial que assegure o cuidado integral e de forma continuada. Nesta perspectiva, a presente pesquisa objetivou analisar a suficiência da oferta de consultas especializadas nas áreas de cardiologia, endocrinologia, oftalmologia e cirurgia vascular da

rede própria e conveniada do município do Recife - Pernambuco (PE), em relação aos parâmetros assistenciais do SUS da Portaria GM/MS nº 1.101/02, bem como a utilização da oferta e acesso dos usuários às consultas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com uma abordagem quantitativa, realizado no município do Recife - PE, Nordeste do Brasil, durante o período de Janeiro a Junho de 2011.

A cidade de Recife possui uma área total de 218,5 Km² e uma densidade demográfica de 7037,61 habitantes/Km². Seu território é dividido em 94 bairros, 6 Regiões Político-Administrativas (RPA) que correspondem também à divisão dos Distritos Sanitários (DS) do município. Sua população total é 1.634.808 habitantes¹³.

Para a coleta de dados, definiu-se como condição traçadora os acessos aos serviços de consultas especializadas nas áreas de cardiologia, oftalmologia, endocrinologia e cirurgia vascular da rede própria e conveniada, sendo assim considerados devido à grande relevância para a população portadora de Diabetes *Mellitus*. Estas informações foram coletadas através dos registros no Sistema de Regulação Municipal do Recife (SISREG III) e no Sistema de Informação Ambulatorial do Recife (SIA SUS – Recife).

Como oferta da rede própria foi considerada o número de consultas realizadas e da rede conveniada o número de vagas disponíveis para cada especialidade.

A escolha do período do estudo ser de Janeiro a Junho de 2011 deve-se à indisponibilidade dos dados referentes ao número de vagas da rede conveniada no restante do ano de 2011.

Para fins comparativos entre a necessidade de consulta ofertada e preconizada, considerou-se o limite superior, indicado pela portaria GM/MS nº 1.101/02², como sendo de três consultas/habitante/ano. Considerando os parâmetros desta portaria² a necessidade de consultas para a população do Recife-PE¹³ seria cerca de 2.452.212 consultas por ano, sendo 539.187 consultas especializadas, correspondendo a 22% do total de consultas.

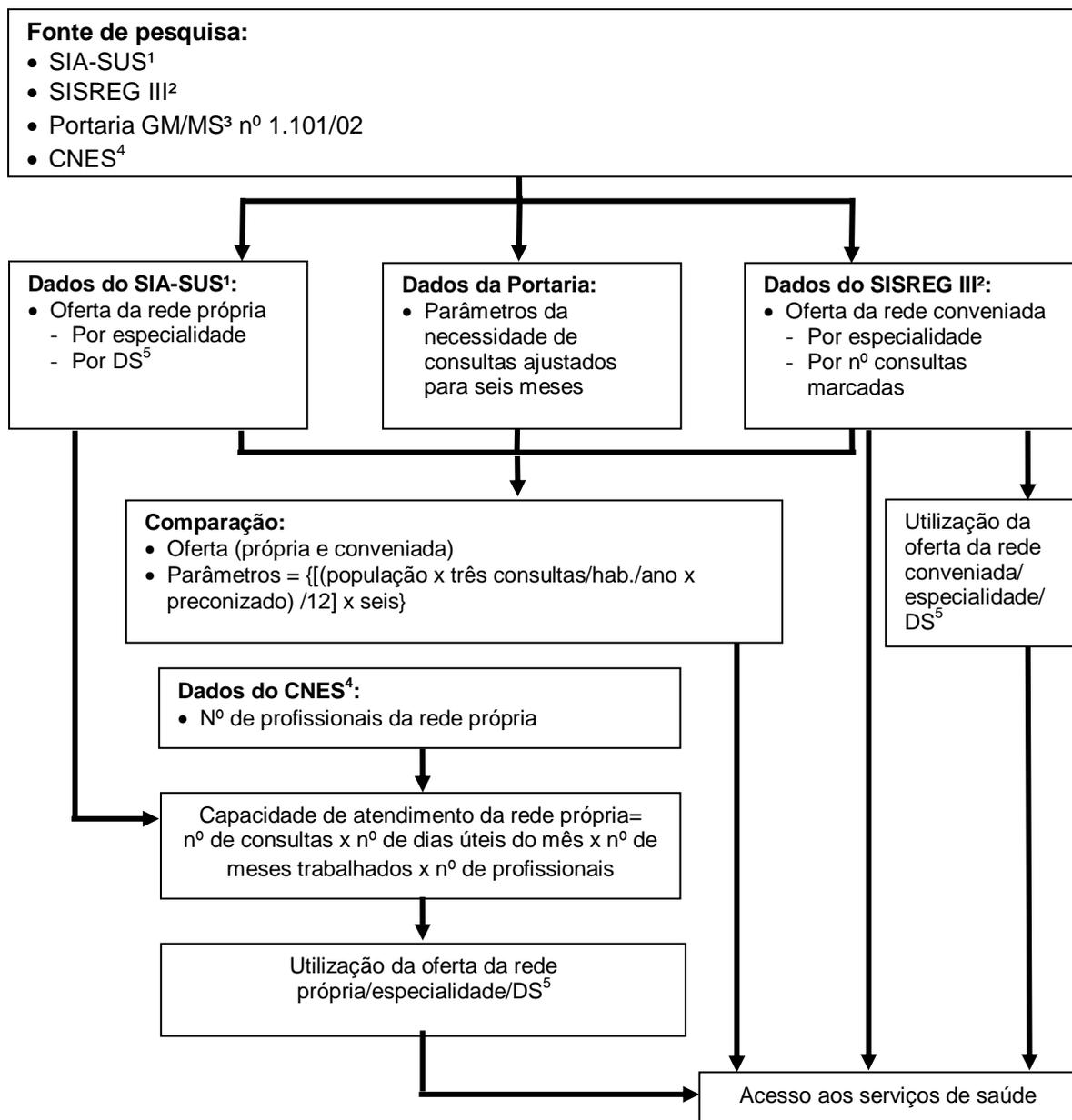
Na avaliação da utilização da oferta da rede própria, foi necessário o conhecimento da capacidade de atendimento dos profissionais, conforme orientação de Oliveira⁶, que considerou como base de cálculo:

- Número de consultas por dia igual a 12 para profissionais com carga horária semanal de 20 horas;

- Número de dias úteis trabalhados no mês igual a 22 e;
- Número de meses trabalhados igual a seis.

O quantitativo de profissionais médicos foi coletado através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O mesmo foi tabulado manualmente devido à desatualização do Castrado Brasileiro de Ocupações (CBO) no Departamento de Informática do SUS (Datusus).

Os dados coletados (figura 1) foram organizados em planilhas utilizando-se o programa *Microsoft Excel*[®] 2007, sendo analisados estatisticamente (frequência absoluta e relativa) pelo mesmo software e apresentados através de tabelas construídas pelo *Microsoft Word*[®] 2007.



¹SIA-SUS: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde; ²SISREG III: Sistema de Regulação Municipal; ³GM/MS: Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde; ⁴CNES: Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde; ⁵DS: Distrito Sanitário.

Figura 1. Fluxograma de procedimentos para coleta e tratamento dos dados

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM-Fiocruz/PE), sob o parecer n° 47/2011, como parte da pesquisa “Redes Integradas de Saúde orientadas pelas Equipes de Saúde da Família: parâmetros para encaminhamentos a consultas especializadas e exames complementares”.

RESULTADOS

Na Tabela 1, apresenta-se a necessidade de consultas de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/02, para as áreas de Cardiologia, Oftalmologia, Endocrinologia e Cirurgia vascular, bem como a oferta da rede própria e conveniada, o saldo de consultas da oferta do município em relação à necessidade e o parâmetro ajustado à oferta do município do Recife.

A oferta do município é superior em todas as especialidades quando comparada aos parâmetros preconizados. Quando se compara a oferta do município com a necessidade indicada pela portaria, em relação ao seu limite superior, há um superávit elevado em todas as especialidades, destacando-se cirurgia vascular com 911,1% (tabela 1).

Observa-se ainda que o parâmetro ajustado para a oferta do município é bastante superior ao preconizado pela portaria. Destaca-se o parâmetro de cardiologia, com o incremento de 11,2%.

Quanto à oferta de consultas especializadas, verifica-se que oftalmologia é a especialidade que possui a maior oferta no município, com um total de 71.233 consultas, seguidas de cardiologia e endocrinologia com uma oferta de 31.455 e 19.491 consultas respectivamente (tabela 1).

A rede própria garante a maior oferta em cardiologia e endocrinologia, embora a rede conveniada possua significativa parcela dessa oferta, o que ocorre em oftalmologia com 78,1% e cirurgia vascular com 100% da concentração da oferta do município (tabela 1).

Tabela 1: Necessidade e oferta de consultas especializadas nas áreas de Cardiologia, Oftalmologia, Endocrinologia e Cirurgia Vascular segundo Portaria GM/MS nº 1.101/02. Recife-PE, Janeiro a Junho de 2011.

Especialidade	Parâmetro	Necessidade ¹	Oferta Rede Própria ²		Oferta Rede Conveniada ³		Saldo		Parâmetro ajustado para a oferta do município
			Qtd	%	Qtd	%	Superavit	%	
Cardiologia	2,0% do total de consultas especializadas	10.790	26.156	83,2	5.290	16,8	20.656	291,4	6,0% do total de consultas especializadas
	2,8% do total de consultas especializadas								14,0% do total de consultas especializadas
Oftalmologia	0,4% do total de consultas especializadas	15.106	15.612	21,9	55.621	78,1	56.127	471,6	4,0% do total de consultas especializadas
	0,2% do total de consultas especializadas								2,0% do total de consultas especializadas.
Endocrinologia	0,2% do total de consultas especializadas	2.158	19.279	98,9	212	1,1	17.333	903,2	2,0% do total de consultas especializadas.
	0,2% do total de consultas especializadas								2,0% do total de consultas especializadas.
Cirurgia Vascular	0,2% do total de consultas especializadas	1.079	-	-	9.830	100,0	8.751	911,1	2,0% do total de consultas especializadas.
	0,2% do total de consultas especializadas								2,0% do total de consultas especializadas.

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.101/02, ² SIA – SUS Recife, ³Diretoria Geral de Regulação em Saúde do Recife/SISREG III,

¹ Necessidade por um período de 6 meses e referente ao limite superior preconizado pela portaria GM/MS nº 1.101/02 de 3 consultas/habitante/ano

Ao especificar a oferta da rede própria por DS, percebe-se que somente os DS III e V possuem todas as especialidades, com maior concentração de oferta no DS III (tabela 2).

Comparando a distribuição da oferta pela população residente de cada DS do Recife, observa-se que apesar do DS III conter a maior oferta, o mesmo não possui a maior população. A maior concentração de pessoas encontra-se no DS VI, entretanto, sua oferta de consultas especializadas está abaixo de outros distritos com população bem menor (tabela 2).

Tabela 2: Oferta de consultas especializadas da rede própria nas áreas de Cardiologia, Oftalmologia e Endocrinologia por Distrito Sanitário. Recife-PE, Janeiro a Junho de 2011

Distrito Sanitário (DS)	População ¹		Cardiologia ²		Oftalmologia ²		Endocrinologia ²	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
DS I	89.729	5,5	4.825	18,4	-	-	1.199	6,2
DS II	236.662	14,5	2.018	7,7	-	-	2.143	11,1
DS III	325.748	19,9	11.528	44,1	14.474	92,7	10.937	56,7
DS IV	290.695	17,8	3.390	13,0	-	-	1.141	5,9
DS V	285.488	17,5	2.225	8,5	1.138	7,3	1.789	9,3
DS VI	406.487	24,9	2.179	8,3	-	-	2.070	10,7
Total	1.634.808	100,0	26.165	100,0	15.612	100,0	19.279	100,0

Fonte: ¹Plano Municipal de Saúde do Recife 2010-2013, ²SIA SUS - Recife

A tabela 3 demonstra a utilização da oferta pelas áreas do estudo, da rede própria e conveniada respectivamente.

Quanto à porcentagem de utilização da oferta, destaca-se a utilização de apenas 33,6% em oftalmologia e 44% em cardiologia na rede própria, e 43,4% de endocrinologia na rede conveniada (tabela 3).

Tabela 3: Utilização da oferta da rede própria e rede conveniada nas áreas de cardiologia, oftalmologia, endocrinologia e cirurgia vascular. Recife – PE, Janeiro a Junho de 2011.

Especialidade	Nº de Profissionais ¹	Capacidade de Atendimento (Rede Própria)	Consultas realizadas (Rede Própria) ²	Consultas contratadas (Rede conveniada) ³	Consultas Marcadas (Rede Conveniada) ²	% Utilização	
						Rede ¹ Própria	Rede ² Conveniada
Cardiologia	37	59.400	26.165	5.290	4.046	44,0	76,5
Oftalmologia	28	46.464	15.612	55.621	49.739	33,6	89,4
Endocrinologia	22	37.224	19.279	212	92	51,8	43,4
Cirurgia Vascular	-	-	-	9.830	6.165	-	62,7

Fonte: ¹ CNES, ²SIA – SUS Recife, ³ Diretoria Geral de Regulação do Recife - SISREG III.

Quando a utilização da rede própria é detalhada por DS, observa-se que o DS III possui a maior oferta e a maior capacidade de atendimento para todas as especialidades, porém a menor porcentagem de utilização para cardiologia (33,9%) e oftalmologia (33,4%).

Já o DS I apresenta a melhor utilização de sua capacidade de atendimento (tabela 4).

Tabela 4: Utilização da oferta da rede própria nas áreas de cardiologia, oftalmologia, endocrinologia por Distrito Sanitário. Recife-PE, Janeiro a Junho de 2011.

Distrito Sanitário (DS)	Especialidade	Nº de Profissionais ¹	Capacidade de Atendimento (Rede Própria)	Consultas Realizadas (Rede Própria) ²	% Utilização
DS I	Cardiologista	5	7.920	4.825	60,9
	Oftalmologia	-	-	-	-
	Endocrinologia	1	1.584	1.199	75,7
DS II	Cardiologista	2	3.168	2.018	63,7
	Oftalmologia	-	-	-	-
	Endocrinologia	2	3.168	2.143	67,6
DS III	Cardiologista	21	34.056	11.528	33,9
	Oftalmologia	26	43.296	14.474	33,4
	Endocrinologia	10	17.424	10.937	62,8
DS IV	Cardiologista	3	4.752	3.390	71,3
	Oftalmologia	-	-	-	-
	Endocrinologia	2	3.168	1.141	36,0
DS V	Cardiologista	2	3.168	2.225	70,2
	Oftalmologia	-	-	1.138	-
	Endocrinologia	3	4.752	1.789	37,6
DS VI	Cardiologista	4	6.336	2.179	34,4
	Oftalmologia	2	3.168	-	-
	Endocrinologia	4	7.128	2.070	29,0

Fonte: ¹ CNES, ²SIA – SUS Recife

DISCUSSÃO

O superávit de oferta em todas as especialidades estudadas revela uma discrepância entre o parâmetro de necessidade proposta pela portaria e a real necessidade da população e pode ser compreendida quando observamos que a construção dos parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002 foi fundamentada em séries históricas de produção de procedimentos, baseada em faturamento de serviços, sem levar em consideração a necessidade da

população¹⁴. No modelo assistencial predominante do SUS, os serviços não são constituídos em função das necessidades de saúde da população, mas sim da existência de uma demanda¹⁵.

Estudos recentes demonstraram que os municípios brasileiros produzem mais de 3 consultas/habitante/ano, e que os mesmos atingem quase o dobro do que é preconizado pelos parâmetros assistenciais da Portaria GM/MS nº 1.101/02, afirmando a discrepância entre o que é ofertado à população e o que é recomendado pela portaria^{13,16}.

Em estudo realizado por Oliveira⁶, no município do Recife, constatou-se que a oferta de endocrinologia encontrava-se 1364% acima do estabelecido pelos parâmetros assistenciais do SUS, demonstrando mais uma vez a divergência entre oferta do município e parâmetros assistenciais preconizados pela Portaria GM/MS nº 1.101/02.

É importante ressaltar ainda que a Portaria GM/MS nº 1.101/2002 é uma atualização da Portaria MPAS nº 3046/82¹⁷, onde poucas mudanças foram realizadas, considerando-se a diferença de 20 anos de publicação entre elas, demonstrando, portanto, a necessidade de estudos para adequação dos parâmetros assistenciais à realidade da população brasileira⁹.

Outro fator importante a se avaliar é a questão da mudança do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro. Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa, associada ao aumento da expectativa de vida e a mudanças no estilo de vida tem gerado mudanças no padrão de morbidade e mortalidade, levando a um aumento significativo no número de doenças crônicas não transmissíveis^{18,19,20}.

Logo, é preciso reforço na oferta de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças, principalmente para DM, que é fator de risco para outras patologias. É imprescindível que se considere o processo de transição epidemiológica e demográfica na construção dos parâmetros assistenciais, na tentativa de se aproximar da verdadeira necessidade da população, ou seja, é necessária a revisão dos parâmetros preconizados pela Portaria GM/MS nº 1.101/02, focando em estudos de novas metodologias para definição dos mesmos.

A maior oferta de consultas na especialidade de Oftalmologia pode ser explicada pela comum utilização da especialidade por todas as faixas etárias, além da realização de vários mutirões pelo município e a existência de projetos específicos de oftalmologia, como o Projeto Olhar Brasil²¹.

No ano de 2011, foi registrado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) um total de 21.039 diabéticos no município do Recife-PE²², sendo que este número é ainda maior, pois muitos diabéticos não são cadastrados e acompanhados pela ESF. A elevada oferta em cardiologia e endocrinologia pode estar relacionada ao número de diabéticos

residentes no município, que necessitam de avaliações periódicas de especialistas devido às conseqüências trazidas por essas patologias.

O perfil de saúde da população brasileira vem sofrendo alterações com o aumento das doenças crônicas e suas complicações, gerando mudanças nos padrões de utilização dos serviços de saúde e conseqüentemente aumento dos gastos, pois é necessária a incorporação tecnológica para tratamentos dessas doenças¹⁹.

O Ministério da Saúde preconiza que a ESF tenha como uma de suas prioridades a execução de ações de promoção, prevenção e tratamento da DM, resultando num melhor acompanhamento usuários diabéticos^{23,24}. Recomenda-se que de 60 a 80% dos portadores de DM sejam tratados pela rede básica de saúde e para tanto é necessário que haja a vinculação dos mesmos às unidades, garantia de diagnóstico e tratamento, além de um estreito contato entre serviço e usuário^{24,25}.

A concentração de parte da oferta na rede conveniada sugere grande investimento do setor público para com o privado. Isso pode refletir ainda no aumento da realização de procedimentos desnecessários, visto que o setor privado está em busca de lucros, e a organização do SUS sofre fortes influências de um modelo de atenção baseado em interesses desses serviços, observando esta tendência através da elevada compra de serviços do setor privado⁴.

Ibanhes et. al.⁷ afirmaram que o Estado brasileiro tem um gasto precário com saúde, com pouco investimento na ampliação da oferta SUS e, conseqüentemente, levando a uma dependência da oferta do prestador privado.

Entretanto, se há um superávit em todas as especialidades do estudo ofertadas pelo município em relação à necessidade, por qual motivo é necessário esse investimento no setor privado?

O sistema de saúde brasileiro construiu-se a partir de uma base fortemente privatizada, onde há um predomínio de prestadores privados e importantes fluxos financeiros do setor público para o privado²⁶.

A concentração da oferta das especialidades no DS III pode ser explicada pelo fato deste território ser a sede do Centro Médico Ermírio de Moraes, serviço de referência municipal para atenção em Hipertensão e DM, bem como para oftalmologia geral. A baixa utilização deste serviço se dá por dificuldades no deslocamento dos usuários residentes em outros bairros, proporcionando uma barreira geográfica de acesso. Pode também estar ainda relacionada à baixa renda da população, a qualidade do atendimento, baixa resolutividade dos serviços, tempo de espera, dentre outros^{27,28}.

O município do Recife possui várias ferramentas que operam na estruturação dos fluxos assistenciais, das quais se pode citar a definição de unidades de referência, instrumentos de referência e contra-referência, sistemas informatizados de regulação do acesso. Porém, há diversos obstáculos presentes nessa linha de cuidado relacionados possivelmente à má qualidade dos serviços, desarticulação entre os níveis assistenciais, que tornam-se barreiras de acesso aos usuários¹⁴.

O grau de acesso aos serviços de saúde depende de vários fatores como a distância a ser percorrida pelo usuário, tempo despendido, custo, qualidade dos recursos humanos e tecnológicos. No Brasil, nota-se que as regiões que possuem o pior acesso aos serviços de saúde são a Norte e Nordeste e que este padrão de acesso é influenciado pelo grau de desenvolvimento socioeconômico da região^{27,28}.

Quanto à utilização da oferta, muitas vezes o profissional não consegue atingir sua capacidade de atendimento devido a vários motivos, sendo um deles o absenteísmo dos próprios profissionais e também dos usuários.

O absenteísmo dos profissionais no setor público é uma realidade, e tem um impacto econômico importante, gerando gastos públicos²⁹. Este ocorre por diversos fatores como licenças médicas, viagens a congressos, licenças prêmio, dentre outros⁶.

É importante ressaltar que o ambiente de trabalho dos serviços de saúde e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde são fatores que levam a doenças, e conseqüentemente ao absenteísmo, elevando os números de licenças e dias não trabalhados^{30,31}.

Quanto ao absenteísmo dos usuários os motivos são vários, dentre eles pode-se citar recursos financeiros insuficientes para o deslocamento até o local da consulta, esquecimento quanto ao dia da consulta por muitas vezes essa ser marcada para datas bem distantes, o fato de ter outro compromisso ou até mesmo não estar se sentindo bem e não poder deslocar-se ao local de atendimento³².

Em estudo recente realizado no município do Recife, Sousa¹⁴ cita várias dificuldades que os usuários enfrentam até a atenção especializada: falta de recursos para chegar a unidades de referência mais distantes, má qualidade dos recursos assistenciais, tempo de espera do agendamento de uma consulta elevado ou aviso do agendamento muito próximo da data da consulta. Esses fatores contribuem para a dificuldade no acesso dos usuários.

Quando se especifica a utilização da oferta da rede própria por DS a questão do acesso novamente vem à tona. O DS I é a área mais central do município do Recife, e toda sua rede de serviço é de fácil acesso à população¹³, contribuindo, portanto para o comparecimento do

usuário à consulta. Conseqüentemente, ocorre a otimização da utilização do serviço, sugerindo que um serviço de saúde melhor localizado, deve facilitar a chegada do usuário, ou seja, minimiza as barreiras de acesso geográfico.

Os fatores geográficos (barreiras naturais ou geradas pelo homem, tempo de deslocamento e distância percorrida pelo usuário até o serviço de saúde) são apontados como principais obstáculos de acesso dos usuários aos cuidados de saúde³³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O superávit da oferta do município em relação aos parâmetros assistenciais preconizados pela Portaria GM/MS nº 1.101/02⁹, demonstra que há necessidade de estudos para desenvolvimento de novas metodologias visando a readequação dos parâmetros assistenciais. É de suma importância que a definição dos mesmos não seja apenas quantitativa, mas que primem pela qualidade da assistência de acordo com as necessidades e características da população.

A concentração da oferta de consultas especializadas em um único território do município e a subutilização da mesma caracteriza a barreira de acesso para os usuários aos serviços de saúde especializados. Pode-se dizer que o acesso está inadequado, apresentando entraves organizacionais e geográficos.

A realização de estudos mais aprofundados sobre utilização da oferta assistencial pode auxiliar os gestores da saúde a aproximar o planejamento assistencial e das necessidades de sua população, contribuindo assim, na garantia de acesso aos serviços de saúde.

REFERENCIAS

1. Paim, J; Teixeira, CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2007.
2. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990, 19 set.
3. Goyata, SLT; Nascimento, MC; Silva, AS; Vilela, SC; Spinelli, CI; Rodrigues, LBB; et. al. Avaliação da cobertura assistencial de um sistema municipal de saúde. Rev. Enferm., 17(4):510-51. 2009.
4. Pires, MRG; Gottens, LBD; Martins, CMF; Guilhem, D.; Alves, E.D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Rev C S Col 2010; 15 (supl 1):S1009-S1019.
5. Travassos, C. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Rev C S Col 2000; 5 (1):133-149.
6. OLIVEIRA, APV. Avaliação da oferta de consultas especializada em endocrinologia na rede SUS da cidade do Recife [trabalho de conclusão de curso]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
7. Ibanhes, LC; Heimann, LS; Junqueira, V; Boaretto, RC; Pessoto, UC; Cortizo, CT; Castro, IEN et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, 2007; 23(3):575-584.
8. Travassos, C; Martins, M. Uma revisão de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública 2004, 20 (Supl 2):S190-S198.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília; 2002.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Brasília; 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 01/06/2011.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2010.

13. Recife. Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Plano municipal de saúde do Recife 2010-2013. Recife; 2009.
14. Sousa, FOS. O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife [*dissertação*]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
15. Campos, CMS; Mishima, SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad. Saúde Pública 2005; 21(4):1260-1268.
16. Martins, RL. Impacto da produção ambulatorial da atenção básica sobre a média complexidade (SUS) entre 1998 e 2002 [*dissertação*]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
17. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 3046 de 20 de julho de 1982. Estabelece os parâmetros para planejamento assistencial a serem utilizados no INAMPS. Brasília; 1982.
18. Barreto, M.L; Carmo, E.H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Rev C S Col 2007; 12 (Supl 1413): 1779-1790.
19. Carvalho, JAM.; Wong, LLR. A transição da estrutura etária da população brasileira na 1ª metade do século XXI. Rev C S Col 2008; 24(3):597-605.
20. Schramm, JMA; Oliveira, AF; Leite, IC; Valente, JG; Gadelha, AMJ; Portela, MC; et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. Rev C S Col 2004; 19(4): 897-908.
21. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria nº 15 de 24 de abril de 2007. Institui o Projeto Olhar Brasil. Brasília; 2007.
22. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília; 2011.
23. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília; 2002.
24. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica – HAS e *Diabetes mellitus* – DM - protocolo. Brasília; 2001.
25. Ramos, DD.; Lima, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública 2003; 19 (1): 27-34.
26. Santos, IS; Ugá, MAD; Porto, S. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Rev C S Col 2008; 13(5):1431-1440.

27. Travassos, C; Oliveira, EXG; Viacava, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Rev C S Col 2006;, 11 (4): 975-986.
28. Souza, ECF; Vilar, RLA; Rocha, NSPD; Uchoa, AC; Rocha, PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública 2008; 24 (Supl 1):S100-S110.
29. Andrade, TB; Souza, MGC; Simões, MPC; Andrade, BA. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. Scientia Medica 2008; 18 (4):166-171.
30. Guimarães, RSO. O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
31. Sala. A; Carro, ARL; Correa, NA; Seixas, PHD. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. Cad. Saúde Pública 2009; 25 (10):2168-2178.
32. Bender, AS; Molina, LR; Mello; ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. Rev. Espaço para a Saúde 2010; 11(2):56-65.
33. Unglert CVS, Rosenburg C, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Rev. Saúde Pública 1987; 21:439-46.

