

Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva
Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

ANA PATRÍCIA VIEIRA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA OFERTA DE CONSULTA
ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA NA REDE
SUS NA CIDADE DO RECIFE EM 2009**

RECIFE
2010

ANA PATRÍCIA VIEIRA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA OFERTA DE CONSULTA ESPECIALIZADA
EM ENDOCRINOLOGIA NA REDE SUS NA CIDADE DO RECIFE EM 2009**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde.

Orientadora:

Prof^a. Msc. Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro.

**RECIFE
2010**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- O48a Oliveira, Ana Patrícia Vieira de.
Avaliação da oferta de consulta especializada em endocrinologia na rede SUS na Cidade do Recife em 2009/ Ana Patrícia Vieira de Oliveira. — Recife: A. P. V. Oliveira, 2010.

39 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro.

1. Cobertura de Serviços de Saúde. 2. Endocrinologia. 3. Avaliação. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Cuidados Médicos. I. Ribeiro, Márcia Virgínia Bezerra II. Título.

CDU 614

ANA PATRÍCIA VIEIRA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA OFERTA DE CONSULTA ESPECIALIZADA
EM ENDOCRINOLOGIA NA REDE SUS NA CIDADE DO RECIFE EM 2009**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro
Secretaria Municipal de Saúde do Recife

Msc. Alberto Luiz Alves de Lima
Secretaria Municipal de Saúde do Recife

A Deus, por ser o leme que guia a minha vida
e que sempre me dá a força necessária para
seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Marfran, meus filhos Clarissa e Victor pela compreensão, apoio e incentivo.

A Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro, gerente da Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde pela indicação para este curso e pela orientação com incentivo, competência e clareza na realização deste trabalho.

A Alberto Lima, diretor da Regulação Municipal de Saúde pela liberação para participar do curso.

À Secretaria Municipal de Saúde pelo financiamento do curso.

A Érika, da Diretoria de Regulação, pela amizade e apoio.

A todos os que fazem a Diretoria de Regulação, pela ajuda direta ou indireta na elaboração deste trabalho.

A Dr. Francisco Bandeira, chefe da Endocrinologia do Hospital Agamenon Magalhães por autorizar minha participação no curso.

À Dra Geísa Macedo, do Hospital Agamenon Magalhães pelas informações que contribuíram para a elaboração deste trabalho.

À Nancy Janssen, monitora do curso, pela sua amabilidade sempre e grande ajuda na elaboração do projeto.

Aos professores e aos coordenadores do curso que o tornaram possível.

A Semente, pelo profissionalismo, educação e boa vontade.

À Mégine, pela ajuda e esclarecimentos prestados.

Aos meus colegas de turma, novos amigos que já começam a deixar saudades pelos momentos agradáveis de convivência e que guardarei sempre em meu coração.

OLIVEIRA, Ana Patrícia Vieira de. **Avaliação da oferta de consulta especializada em endocrinologia na rede SUS na cidade do Recife em 2009**. 2010. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A atenção básica na cidade do Recife demanda um quantitativo de pacientes para a especialidade de Endocrinologia que é atendido, tanto pela rede própria, quanto pela rede conveniada com o SUS, através da Central de Regulação. O presente estudo avaliou a oferta das consultas especializadas em Endocrinologia, pela Central de Regulação do Recife e Unidades de Saúde da Rede Própria, baseado nos Parâmetros de Cobertura Assistenciais do SUS, da Portaria 1.101/2002. Os parâmetros de cobertura assistencial do SUS são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido. Para a definição desses parâmetros tomou-se como base a composição da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA-SUS - Grupos de Procedimentos. De acordo com os Parâmetros Assistenciais, são ofertadas 2.199 consultas/ano para a população usuária do SUS em Endocrinologia, sugerindo inadequação dos parâmetros. A necessidade apenas para população diabética, é em torno 299.838 consultas/ano considerando que estes pacientes devem ter em média 3 consultas/ano. Constatamos que a oferta de consultas em Endocrinologia pelo município do Recife (que inclui rede própria e rede complementar) está 1364% acima do que é estabelecido conforme os cálculos pelos parâmetros assistenciais do SUS, o que corresponde a 31.212 consultas/ano, sendo a maior parte ofertada pela rede própria e apenas 6,63% pela rede complementar. Concluímos através deste estudo, que esta portaria seja reavaliada, uma vez que não atende, na prática, às necessidades da nossa já tão sofrida população SUS dependente.

Palavras chave: Cobertura de Serviços de Saúde. Endocrinologia. Avaliação. Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 Histórico do Sistema Único de Saúde	11
3.2 Organização do SUS	14
3.3 Regionalização e hierarquização	15
3.4 Universalização	17
3.5 Regulação da assistência	18
3.6 Cobertura assistencial	20
4 METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de estudo	21
4.2 Área de estudo	21
4.3 População de estudo	23
4.4 Fonte, processamento, apresentação e análise dos dados	24
4.5 Considerações éticas	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1 A Central de Regulação do Recife	26
5.2 Necessidade de consultas de endocrinologia para a Rede SUS- Recife	28
5.3 Oferta de consultas em endocrinologia para a Rede SUS-Recife	29
6 CONCLUSÃO	33
7 RECOMENDAÇÕES	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	38
ANEXO B - Ficha de Encaminhamento ao Especialista	39

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) com base na institucionalização da universalidade da cobertura e do atendimento. O sistema foi implementado em 1990 e pode ser traduzido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais (TRAVASSOS, 2000).

Nosso sistema de saúde, resultado de uma reforma sanitária, projeto civilizatório que pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tem a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. O projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de construção da democracia que visa a ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Todas as propostas devem ter como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos pacientes e a humanização da prestação de serviços (PAIM, 2007).

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços, simultaneamente interrelacionados, complementares e competitivos, formando um complicado *mix* público e privado, financiado majoritariamente com recursos públicos (TRAVASSOS, 2000).

A pluralidade deste sistema caracteriza-se, portanto, pela presença de diversos mercados de serviços de saúde com implicações variadas sobre a equidade no consumo. Além disso, é um sistema altamente centrado na assistência médica e no atendimento hospitalar, características que se acentuaram a partir dos anos 60 com o desenvolvimento da Seguridade Social (TRAVASSOS, 1997).

O padrão de utilização dos serviços de saúde se dá em função das necessidades e do comportamento dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde, bem como das formas de financiamento e dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento (HULKA; WHEAT, 1985 apud TRAVASSOS, 2000).

Os parâmetros de cobertura assistencial do SUS são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido. Para a definição desses parâmetros

tomou-se como base a composição da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA-SUS - Grupos de Procedimentos (BRASIL, 2002).

A Endocrinologia é o ramo da medicina que trata dos distúrbios das glândulas endócrinas e das doenças do metabolismo, e tem como patologias de maior impacto sobre a saúde pública global, a obesidade, o diabetes mellitus, as dislipidemias e a osteoporose (LARSEN, 2008).

A prevalência do Diabetes no Recife é estimada pelo Censo de Diabetes em 6,4% (BRASIL, 1988), mais recentemente a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), estimou esse valor em 7,6% (BRASIL, 2010) e segundo a Federação Internacional de Diabetes (2009) a cada cinco segundos no mundo aparece um novo caso da doença que pode nem ser diagnosticado.

Estes dados mostram a importância de uma política de saúde direcionada a ações educativas, prevenção, diagnóstico e tratamento, pois o número de portadores da doença (que hoje atinge 280 milhões) chegará a 435 milhões em 2030 (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2009).

A atenção básica na cidade do Recife demanda um quantitativo de pacientes para a especialidade de Endocrinologia que é atendido tanto pela rede própria quanto pela rede conveniada com o SUS através da Central de Regulação.

Diante do exposto, torna-se relevante o estudo da oferta de consultas especializadas em Endocrinologia na rede SUS-Recife, com base nos parâmetros cobertura assistencial do SUS, buscando identificar possíveis inadequações entre esta e a demanda pela especialidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a oferta de consulta especializada em Endocrinologia nas Unidades da Rede Própria e pela Central de Regulação do Recife com base nos Parâmetros do Ministério da Saúde no ano de 2009.

2.2 Objetivos específicos

- a) Apresentar a Central de Regulação do Recife;
- b) Descrever a necessidade de consultas de Endocrinologia para a população de Recife de acordo os parâmetros assistenciais do Ministério de Saúde (Portaria nº 1.101/2002);
- c) Descrever a oferta de consultas de Endocrinologia na Rede SUS-Recife, segundo quantidade de profissionais por unidade de saúde, capacidade de atendimento (nº de pacientes por dia) e quantidade de consultas realizadas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico do Sistema Único de Saúde

O nosso Sistema de Saúde Brasileiro está intimamente ligado ao modelo de desenvolvimento político e econômico adotado no país (MENDES, 1994). Podemos observar, em vários momentos da história, a tentativa de reorganizar o setor saúde, decorrentes de pressões e interesses de classes sociais ou categorias profissionais. Tais tentativas passam pela mudança do modelo assistencial ou de atenção definido como combinações de saberes e técnicas utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais ou coletivas (TEIXEIRA, 2000).

Nas últimas décadas o Sistema de Saúde Brasileiro transitou do sanitarismo-campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar ao modelo neoliberal, de um lado marcado por uma determinação econômica e de outro pela concepção de saúde, vigente na sociedade em determinado tempo (MENDES, 1991). No modelo médico chamado de sanitarismo-campanhista, se percebe que a regionalização ocorria nas áreas consideradas de risco para a economia e o acesso aos serviços também tinha como alvo os trabalhadores que sustentavam a economia. Neste modelo não se percebe a hierarquização dos serviços como forma de organizar, mas apenas no modo como os serviços estavam disponíveis (PAIM, 2003).

No início do século XX, apesar da alta mortalidade, não existiam no Brasil hospitais públicos, mas, apenas entidades filantrópicas ligadas a Igreja e mantidas por contribuições e auxílios governamentais. O hospital contava apenas com trabalho voluntário, e assemelhava-se a um depósito de doentes que ficavam isolados da sociedade para não contagiá-la (SCLIAR, 1987).

Neste período, o Brasil era reconhecido internacionalmente como o paraíso das doenças transmissíveis, prejudicando, principalmente, a exportação do café. Por este motivo, objetivando dar respostas ao desenvolvimento capitalista, desta época até meados da década de 60, predominou este modelo médico chamado sanitarismo – campanhista, o qual representa uma visão de inspiração militarista, de

combate às doenças de massa, com forte concentração de decisões e estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e coletivo (MENDES, 1991).

As CAP's eram entidades públicas, com larga autonomia em relação ao Estado, instituídas como contrato compulsório, organizadas por empresas e geridas pelos empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial, benefícios pecuniários e prestação de serviços (LUZ, 1991). Esta foi a primeira vez que o Estado interferiu para criar mecanismos destinados a garantir ao trabalhador algum tipo de assistência. O direito às CAP's era desigual, pois foram organizadas somente nas empresas ligadas à exportação e ao comércio, atividades fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil (LUZ, 1991).

A influência americana na área da saúde refletiu-se na construção de grandes hospitais e equipamentos, concentrando o atendimento de toda uma região, em detrimento da rede de postos de saúde cujos custos são bem menores. Surgem as primeiras empresas médicas de grupo. No entanto, o capital investido é, basicamente, público (MENDES, 1994).

O crescimento da atenção médica previdenciária e o esvaziamento das ações campanhistas acabaram por conformar o modelo médico-assistencial privatista.

A implementação desse modelo deu-se por políticas públicas deliberadas que estimularam a privatização da atenção médica através da compra de serviços da rede privada sob forma de contratos de serviços de terceiros (MENDES, 1994). Estabeleceu-se assim, além de uma divisão social do trabalho entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974, e o Ministério da Saúde (MS), uma seletividade da clientela de ambos, na qual o MPAS destinava-se à população mais diferenciada, inserida formalmente no mercado de trabalho e o MS às populações de baixa renda, excluída do setor formal da economia (COHN, 1999).

A hierarquização dos serviços ficou evidenciada pelo surgimento da atenção primária a partir da Conferência de Alma-Ata, como forma de garantir “**saúde para todos até o ano 2000**”, mas não existia articulação entre os diversos níveis de assistência (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1980).

Enquanto a saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde, atendia a todos, indiscriminadamente, a atenção mais complexa ofertada pela rede própria ou conveniada do Instituto Nacional da Assistência Médica (INAMPS) só atendia aos seus beneficiários (MENDES, 1994).

A política nacional de saúde implementada pelo Governo Federal na década de 70, priorizou no âmbito da assistência médica previdenciária, a expansão dos serviços médicos privados. Contudo, pelo consumo de recursos sempre crescente passou a conviver com a ameaça da estabilidade financeira do seu sistema, internamente pela falta de um efetivo aparato de controle e avaliação, e externamente pela globalização da economia e crise do Estado, que acabaram por determinar o esgotamento deste modelo e sua substituição pelo modelo neoliberal de saúde (MENDES, 1994).

No começo dos anos 80, o panorama da assistência à saúde ainda era excludente. A população de baixa renda não beneficiária da previdência não tinha acesso fácil aos serviços de saúde, principalmente à assistência médico-hospitalar, de onde começaram a surgir movimentos populares reivindicando melhores condições de saúde (MENDES, 1991). Para Mendes (1994), a emergência do modelo neoliberal é fruto, sobretudo, de um conjunto de políticas que geram um tipo especial de universalização, o “universalismo excludente”.

Nesta década, o país viveu um momento de abertura política, com ampliação do espaço para reivindicações populares. Na área da saúde, ganhou corpo o movimento nacional conhecido como “movimento da reforma sanitária”, que congregou diversos atores sociais atuantes no setor, que denunciaram as más condições de saúde e as dificuldades de acesso aos serviços. Este movimento apontou para a criação de um Sistema Único de Saúde que pudesse garantir atenção à saúde para toda a população de forma universal (TEIXEIRA, 2000).

A Reforma Sanitária Brasileira e a inclusão desta na futura Constituição foi aprovada, em 1986, quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Esta Conferência concretizou a vontade surgida do debate democrático, possibilitando aos representantes da sociedade civil organizada, profissionais da área de saúde, intelectuais, políticos e representantes de todas as classes chegarem ao consenso da necessidade urgente de uma ampla reforma sanitária no País. (TEIXEIRA, 2000).

A concretização do acesso à assistência de saúde, nestes moldes, pede uma organização dos serviços que possibilite ao cidadão a entrada e permanência no sistema, ocorra ela na rede básica ou nos serviços de média e de alta complexidade. (MENDES, 1996).

3.2 Organização do SUS

A organização do SUS define que o acesso da população à rede dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário) devem ser referenciados. Assim, a rede de serviços, organizada de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitaria maior conhecimento dos problemas de saúde da população (BRASIL, 1990). No entanto, a Universalização do acesso que atingiu seu ápice na Constituição Federal de 1988, veio acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente a queda da qualidade dos serviços públicos, sejam estatais, privados, conveniados e contratados, que foram expulsando do sistema público, segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado (MENDES, 1994).

Para representar o modelo tecno-assistencial construído com a implantação do SUS, utilizou-se a figura de uma pirâmide, onde, na base estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em uma determinada área de abrangência; na parte intermediária, os serviços de atenção secundária, e o topo da pirâmide estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade (CECÍLIO, 1997).

O que a pirâmide quer representar, é a possibilidade de racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de usuários, tanto de baixo para cima, como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de modo que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997). Cecílio também afirma que o maior mérito deste modelo seria o de garantir a maior eficiência na utilização dos recursos e a universalização do acesso e da equidade, entretanto reconhece que, na prática, os fatos se dão de maneira diferente da pretendida.

Neste modelo, o acesso aparece pela primeira vez como universal, ou seja, todos têm direito à Saúde. A regionalização e a hierarquização, como forma de organizar e racionalizar os serviços surge como parte da estratégia de implantação do SUS. A atenção básica deve ser garantida pelos municípios e o acesso aos outros níveis hierárquicos de atenção se dá através da referência de pacientes, sempre a partir da atenção básica (BRASIL, 1990).

3.3 Regionalização e hierarquização

O conceito de regionalização refere-se à divisão de espaços geográficos. A regionalização da atenção médica se fundamenta em colocar, dentro de uma região geográfica determinada, todos os serviços e programas de saúde, de forma hierarquizada e inter-relacionada, sob uma só administração (BRASIL, 1990). Desta forma, a regionalização é um instrumento administrativo que permite utilizar todos os recursos de saúde disponíveis em uma região para oferecer à população atenção à saúde de boa qualidade, suficiente e eficiente. O principal objetivo da regionalização é a integração e a coordenação dos recursos de saúde disponíveis na região para que se obtenha sua melhor utilização, permitindo assim através dos diferentes níveis o acesso da população aos serviços oferecidos (BRASIL, 1990).

Dentro desta organização, as unidades “portas de entrada” solucionam os problemas médicos, sanitários e sociais do tipo geral (não especializado), e o resto dos problemas que não podem solucionar os remete aos níveis mais especializados, isto é, de maior complexidade (BRASIL, 1990).

A Organização Pan Americana da Saúde (1980) em seu manual de estratégias “*Saúde para todos no ano 2000*”, propõe para reorganização do setor saúde a regionalização funcional, por níveis de complexidade crescente, articulado por mecanismos de referência, com apoio logístico e técnico, levando em conta a necessidade da população e sua acessibilidade geográfica.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), hierarquização é a forma de organização dos serviços que viabiliza os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Nesse sentido, a rede de serviços do SUS deve ser capacitada a oferecer todas as modalidades de assistência, bem como garantir o acesso a todo tipo de tecnologia disponível possibilitando um grau ótimo de resolubilidade. Esta deve incorporar a disponibilidade tecnológica, o perfil adequado de recursos humanos e o dimensionamento da capacidade física da rede (BRASIL, 1990). Mendes (1994) afirma que a hierarquização está determinada pela garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica de cada nível do sistema como um todo. Por outro lado, cada nível de atenção deverá estruturar-se com uma função de produção que permita a resolução de problemas

naquele espaço de complexidade, sem o que, se estará caindo na armadilha da atenção primária seletiva.

Mendes (1994) afirma ainda que o princípio da hierarquização contém dois subprincípios: O primeiro é o da suficiência e insuficiência tecnológica em cada nível de atenção. Cada nível deve ter suficiência resolutive que o justifique, com a respectiva suficiência tecnológica que o caracterize. Quando o nível de atenção tem insuficiência tecnológica para atender os problemas de saúde, ele depende de um nível de atenção de maior complexidade que lhe servirá de referência. O segundo é o da referência e contra- referência. Este é decorrente do subprincípio anterior, que exige fluxo e contra-fluxo de pacientes e de informações, gerenciais e técnicas, dentro da rede de serviços (MENDES, 1994).

A hierarquização está fundamentada na verificação empírica de que as necessidades de saúde de menor complexidade têm maior ocorrência do que as mais complexas e que existe uma correlação entre a complexidade dos problemas de saúde e o custo social de produção para resolvê-los (MENDES, 1994).

A rede de serviços organizada de forma hierarquizada e regionalizada permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de sua competência (BRASIL, 1990).

3.4 Universalização

O “acesso” aparece de modo explícito inscrito pela primeira vez no texto constitucional de 1988 no seu artigo 196 que estabelece:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Anteriormente ao SUS, o acesso aos serviços de saúde era garantido somente às pessoas que contribuía para a previdência social. Essas pessoas eram denominadas “beneficiárias” ou “seguradas”. Desta forma os desempregados,

trabalhadores sem carteiras assinadas, indigentes e outros, não tinham acesso aos serviços públicos de saúde (MENDES, 1991). As conquistas políticas que culminaram com a definição do novo Sistema de Saúde, garantiram o acesso, independentemente de qualquer contribuição previdenciária; o indivíduo passou a ter direito a todos os serviços públicos de saúde, próprios ou contratados, reforçando assim a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (MENDES, 1991).

A garantia do acesso passa pela possibilidade de oferta suficiente de serviços que assegurem a cobertura da população. O conceito de cobertura preconizado pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), transcende os limites de uma simples proporção numérica, implicando na admissão de que existe uma relação dinâmica na qual intervêm, por um lado, às necessidades e aspirações da população, expressas pela demanda aos serviços e, por outro lado, os recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

A ampliação do acesso à saúde tem sido implementada através de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, que buscam unificar e descentralizar a atenção à saúde, construindo o SUS (COHN, 1999).

As políticas de saúde no Brasil, após 1988, apresentam o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes e, garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-lo (COHN, 1999).

A garantia de acesso em um sistema regionalizado e hierarquizado resultará da implantação de estratégias de regulação, ou seja, de instrumentos que normatizem a oferta e a demanda dos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

3.5 Regulação da assistência

Regulação, dentro da lógica econômica, é entendida como a capacidade de intervenção estatal nos mercados. Num conceito mais restrito, pode ser entendida

como a compatibilização de oferta e serviços assistenciais (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2000).

A regulação deve ser pensada sempre no contexto dos princípios norteadores do SUS, e não apenas como forma de racionalizar os parques recursos existentes. O complexo regulador tem por pressupostos básicos a universalização, a descentralização, a regionalização e a hierarquização. Deve ter por objetivo a utilização racional de todos os meios disponíveis, a integração e maximização da utilização de todos os recursos humanos, materiais e financeiros existentes. A função reguladora no SUS significa a organização dos fluxos dos pacientes no sistema (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2000).

Como os sistemas de saúde estão permanentemente submetidos a forças expansivas (o desenvolvimento tecnológico, a medicalização e a mudança do perfil nosológico), o Estado reage com mecanismos de regulação como o uso racional dos recursos humanos e físicos, o controle financeiro e a ética profissional (MENDES, 1994).

A economia de mercado tem como um dos seus princípios a soberania do consumidor, ou seja, o indivíduo decide o que comprar, quando e como, o que não é verdadeiro em relação à saúde, portanto a atuação médica não deve se ajustar às leis de mercado (LOBO, 1986). Daí a necessidade do papel do Estado na regulação da assistência.

O Sistema de Saúde Brasileiro já vivenciou, em diferentes épocas, algum tipo de mecanismo de regulação imposto pelo Estado. O de maior impacto surgiu no ápice da crise financeira da previdência, final da década de 70, quando foi criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de racionalizar os serviços médicos prestados, como estratégia de regular as ações voltadas à promoção, preservação e recuperação da saúde da população (LOBO, 1986).

Surge aí a regulação sob a ótica econômica e assistencial. Na ótica econômica, temos o controle e a racionalização dos serviços e gastos, com a inclusão de novo sistema de contas e reforço da estrutura de controle e avaliação. Na assistencial, a estratégia é de reorientação do modelo assistencial, até então meramente curativo, para as Ações Integradas de Saúde (AIS). Tendo como principal motivação a melhoria da atenção à saúde da população (BRASIL, 1983).

As AIS têm como objetivos principais possibilitar o desenvolvimento do sistema estadual de saúde, estender progressivamente a cobertura dos serviços de saúde, buscando a universalização progressiva do atendimento às populações urbanas e rurais, beneficiárias ou não da Previdência Social (BRASIL, 1983).

No âmbito do SUS, o Ministério da Saúde definiu a Regulação, enquanto função do Estado, e visa garantir a predominância do interesse público e a defesa dos direitos de cidadania. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde exercer a regulação sobre o sistema de saúde, através de intervenções que orientem a atuação dos diversos agentes que intervêm sobre prestação de ações e serviços de saúde ou sobre os fatores relacionados à saúde (BRASIL, 1999).

Em janeiro de 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência (NOAS), que reafirma a necessidade de organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços. A regulação não compreende só a assistência, através de Centrais de Regulação, mas também os recursos gerenciais que atuam no acesso dos usuários aos serviços de saúde, como o controle e a avaliação dos serviços prestados (BRASIL, 2001).

O instrumento apresentado pela NOAS, para viabilizar a regulação é chamado de Complexo Regulador, entendido como o conjunto de estratégias e ações definidas pelos agentes responsáveis pela formulação das políticas e pela produção dos serviços de saúde, necessários ao atendimento integral ao indivíduo (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2000).

Entre as competências e as atribuições do Setor de Regulação, Controle e Avaliação do sistema de saúde no âmbito municipal, reconhece-se a importância do acompanhamento da relação entre programação/produção/faturamento, ou seja, a programação e a execução dos tetos físicos, financeiros e assistenciais. Nesse sentido, o processo de avaliação deve levar em conta os parâmetros de cobertura, produtividade e qualidade (GOYATÁ et al., 2009).

A organização da função reguladora em um Complexo Regulador é a forma pela qual o sistema superará a fragmentação da Assistência (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2000). O complexo regulador estrutura a relação entre os vários serviços, tanto ambulatorial como hospitalar, formando uma rede de atenção e qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2000).

3.6 Cobertura Assistencial

Os parâmetros assistenciais do SUS destinam-se a orientar os gestores, oferecendo subsídios para a análise das necessidades da população, comparada à rede de oferta de serviços assistenciais, elaboração do Planejamento e da Programação Integrada (PPI), adequação dos serviços já existentes e contratação de novos, se necessário (BRASIL, 2002).

Existem evidências de que a expansão da oferta assistencial ocorrida nos últimos 20 anos, apesar de importante, não supre as necessidades. Isso pode ser observado na comparação do total de consultas médicas com os países europeus. A média dos países europeus, em 2004, foi de 7,44 consultas habitante/ano, bem maior, portanto (SILVA, 2009). Em 2007, de acordo com DATASUS, foram realizadas 2,39 consultas habitante/ano no SUS. Considerando apenas a população usuário/SUS exclusiva, estimada em 75% do total, esse número sobe para 3,15.

Análises que comparam números de consultas devem ser feitas com ressalvas pelas diferenças entre países e pela chamada medicalização societal, que caracteriza os modelos biomédicos ocidentais hegemônicos, mas, apesar disso, é possível concluir que o SUS tem problemas para o atendimento às necessidades assistenciais na atenção primária e especializada (SILVA, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal que tem base nas investigações que produzem efeito momentâneo da situação de saúde de um grupo ou comunidade, observando-se fator e efeito no mesmo momento histórico. A vantagem é o baixo custo, alto potencial descritivo, simplicidade analítica, rapidez, objetividade na coleta de dados, entre outros. Como desvantagens têm a vulnerabilidade dos vieses, baixo poder analítico, entre outros (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

4.2 Área de estudo

O município do Recife apresenta uma extensão territorial de 209 Km², representando um ambiente natural diversificado com planície, morros, estuário e praia. O processo histórico de ocupação urbana foi fortemente caracterizado à custa de aterros sobre rios, mangues e alagados.

Mais recentemente, o processo de ocupação vem sendo caracterizado pelas construções verticalizadas em alguns bairros e pela ocupação de áreas em morros e córregos da periferia (RECIFE, 2005).

Segundo estimativas de 2009 do IBGE, o Recife possui 1.561.659 habitantes, uma densidade demográfica de 7.180,23 hab./km². Em 2007, registrou-se um PIB nominal de R\$ 20,7 bilhões, obtendo o PIB per capita mais elevado das capitais do Nordeste, de R\$ 13.510,00.

O presente estudo foi realizado na Diretoria Geral de Regulação do Sistema (DGRS) que foi criada em 2006 com o propósito de regular o sistema de saúde com a participação ativa de todos envolvidos, tendo como características a pactuação permanente, a transparência sobre os resultados, a produção de democracia (RECIFE, 2005). Tem, portanto, como missão, ser instrumento municipal regulador

da Assistência à Saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, baseando-se nas necessidades e demandas da população.

As estruturas gerenciais da DGRS foram criadas diante dos desafios colocados, de identificar necessidades, avaliar ofertas, analisar demandas, promover estruturação para ampliar o acesso, além de qualificar e integrar os serviços. São atualmente em número de oito: Assessoria Técnica, Gerência de Fluxos Assistenciais (GFA), Gerência de Regulação Ambulatorial (GRA), Gerência de Regulação Hospitalar (GRH), Gerência de Programação Controle e Avaliação (GPCA), Gerência de Tecnologia da Informação (GTI), Ouvidoria do SUS, Gerência de Auditoria Assistencial (GAA), Gerência de Contratos e Informações Estratégicas em Saúde (GCIES).

As competências definidas para cada gerência consideraram a lógica da complementaridade de ações e intersetorialidade nos serviços ofertados pela DGRS, por outras diretorias gerais da Secretaria Municipal de Saúde e pelos distritos sanitários nas seis RPAs do Recife. O agrupamento das competências para cada gerência busca evitar ações sobrepostas e facilitar o fluxo de trabalho entre as equipes. Os objetivos de cada gerência estão descritos no Quadro 1.

GERÊNCIAS	OBJETIVOS
Assessoria Técnica	- Prestar apoio técnico às gerências e serviços da Diretoria.
Fluxos Assistenciais	- Organizar os fluxos de referência/contra-referência; - Monitorar a implementação/utilização de cotas; - Pactuar referências interdistritais.
Programação, Controle e Avaliação	- Realizar o planejamento da oferta (parâmetros de necessidade e de produção com PPI e orçamento); - Realizar a contratação de serviços; - Efetuar processamento, validação, revisão, pagamento, estorno, supervisão, monitoramento e avaliação da produção, a partir da informação gerada no SIA-SUS e SIHD-SUS.
Regulação Ambulatorial	- Organizar o acesso às consultas e exames de média complexidade na Rede SUS-Recife.
Regulação Hospitalar	- Organizar o acesso às internações e procedimentos hospitalares na Rede SUS-Recife.

Quadro 1 – Estruturas gerenciais da Diretoria Geral de Regulação do Sistema e seus objetivos.
(continua)

GERÊNCIAS	OBJETIVOS
Auditoria Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o cumprimento das normas; - Acompanhar a execução e desempenho de programas de saúde; - Auditar os contratos, convênios, acordos e outros ajustes firmados pela Secretaria Municipal de Saúde.
Tecnologia da Informação	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o planejamento, coordenação, auditoria e monitoramento dos projetos de tecnologia.
Ouvidoria do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionar como um canal de comunicação entre o cidadão e o gestor; - Constituir ferramenta para o Controle Social e para a Gestão.
Contratos e Informações Estratégicas em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir para garantia da atenção à saúde integral, resolutiva e de qualidade ao usuário do SUS, através da contratualização, monitoramento e avaliação de serviços de saúde próprios e da rede complementar no âmbito do SUS.

Quadro 1 – Estruturas gerenciais da Diretoria Geral de Regulação do Sistema e seus objetivos.
(conclusão)

Dentre estas estruturas, a Gerência de Regulação Ambulatorial (GRA) é a mais diretamente relacionada com o objeto deste estudo, responsável pela organização do acesso às consultas e procedimentos de média complexidade.

A GRA é responsável por gerenciar os componentes da Central de Regulação – Tele-atendentes, Apoio administrativo, Supervisores, Médicos Reguladores, acompanhando as ações referentes às marcações de consultas e exames das unidades de saúde da rede própria; analisar a utilização das cotas referentes às consultas e exames de cada unidade; sinalizar necessidades de cobertura de acordo com o comportamento nas marcações por cada unidade; acompanhar a qualidade de atendimento aos usuários na assistência à saúde no monitoramento da prestação de serviços das unidades.

4.3 População do estudo

Fez parte do estudo o quantitativo de consultas médicas nos ambulatórios de Endocrinologia da Rede Própria e Conveniada na cidade do Recife no ano de 2009, neste município, tendo sido registrados no SIA/SUS.

A escolha da especialidade foi decorrente da sua importância, por ser um ramo da Medicina que trata de doenças de grande importância na saúde pública, como a Obesidade, Diabetes Mellitus, as Dislipidemias, a Osteoporose e os Distúrbios da Tiróide, entre outras.

4.3 Fonte, processamento, apresentação e análise dos dados

Para responder aos objetivos deste estudo os dados utilizados foram os registros da Autorização Ambulatorial da oferta de consultas especializadas em Endocrinologia pela rede própria e conveniada da SMS, processados pelo banco de dados do SIA/SUS; consultas ofertadas pelos Distritos Sanitários, por Unidade e por profissional; e pelo programa Software Saúde Central de Regulação (SSCR) desenvolvido pela Empresa Municipal de Informática (EMPREL) para a Secretaria Municipal de Saúde do Recife (SMS).

Para o cálculo da necessidade de consultas de Endocrinologia foram utilizados os parâmetros de cobertura assistencial da Portaria nº 1.101/2002 (BRASIL, 2002). Apresentação do Cálculo:

População Total x 2 consultas/habitante/ano = X (X é, portanto, o total de consultas médicas previstas), sendo:

- ***12% de X = consultas básicas de urgência;***
- ***3% de X = consultas de urgência pré-hospitalar e trauma;***
- ***63% de X = consultas médicas básicas (Clínica Médica + Ginecologia + Obstetrícia + Pediatria);***
- ***22% de X = consultas especializadas.***
- ***Destas, 0,4% destinadas a Endocrinologia.***

O cálculo da capacidade de atendimento dos profissionais de Endocrinologia foi realizado com base na seguinte fórmula:

Capacidade de atendimento de um profissional especialista = N° consultas/dia x n° dias úteis mês x n° de meses trabalhados.

Considerou-se:

N° de consultas/dia de um especialista = 12 consultas

N° de dias úteis em um mês = 22 dias

N° de meses de trabalho de um profissional especialista = 11 meses

Os dados foram processados a partir do programa da Microsoft Office Excel versão 2007, apresentados em quadros e tabelas, com análise e discussão com base na literatura apresentada.

4.4 Considerações éticas

Todos os procedimentos relacionados a coleta e análise dos dados foram iniciados após julgamento e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) / Fiocruz (Anexo A), conforme exigências da Resolução 196/96 do MS que regulamenta as atividades de pesquisa em seres humanos e após assinatura da carta de anuência por parte da Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

A pesquisadora assume a responsabilidade quanto ao uso apropriado dos dados resguardando os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção das pessoas envolvidas na pesquisa, não tendo gerado constrangimento ou transgressão dos princípios éticos e morais para os participantes ou para a instituição detentora das fontes de informação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A Central de Regulação do Recife

A Central de Regulação (CR) é um serviço da Secretaria Municipal de Saúde do Recife que realiza marcação de consultas especializadas através de um sistema de tele-atendimento. Com o advento da CR, o agendamento para as consultas especializadas realizadas através da Secretaria Municipal de Saúde é determinado de acordo com as necessidades das unidades, respeitando a relação de oferta, demanda, territorialidade e prioridade.

A CR conta com uma equipe formada por 18 tele-atendentes, que estão em contato com os responsáveis pela marcação das unidades de saúde, através de uma central-telefônica, além de oito supervisores, de um coordenador de sistema e duas médicas reguladoras.

Para realização dos agendamentos utiliza o sistema de regulação *Software Saúde Central de Regulação* (SSCR) desenvolvido pela EMPREL para a Secretaria Municipal de Saúde do Recife (SMS) e atualmente está em transição para o Sistema Nacional de Regulação (SISREG III), desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

A Central de Regulação tem ampliado constantemente sua capacidade operacional realizando marcação de cerca de 28.000 consultas especializadas/mês, em 22 unidades executantes (filantrópicas, privadas e próprias), para todas as unidades de saúde (unidades solicitantes) dos seis distritos sanitários, como também alguns municípios da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Atualmente agenda atendimento para 17 especialidades médicas, 07 exames complementares (Quadro 2), além de Cirurgia Buco-maxilo Facial e Fisioterapia.

ESPECIALIDADES MÉDICAS		
Cardiologia	Endocrinologia	Otorrinolaringologia
Cirurgia Geral	Gastroenterologia	Pneumologia
Cirurgia Pediátrica	Geriatria	Proctologista
Cirurgia Plástica	Medicina do Trabalho	Reumatologia
Cirurgia Vasculuar	Oftalmologia	Urologia
Dermatologia	Ortopedia	
EXAMES		
Colonoscopia	Eletro-Encefalograma	Endoscopia Disgestiva
Ecocardiograma	Eletroneuromiografia	Mamografia
USG com Doppler (membros)	Videolaringoscopia	

Quadro 2 – Consultas médicas e exames especializados agendados pela Central de Regulação do Recife, 2009.

Fonte: Gerência de Regulação Ambulatorial – SMS – Recife.

As unidades solicitantes dispõem de cotas nas unidades executantes, previamente pactuadas através da Gerência de Fluxos Assistenciais, que representam o quantitativo de consultas a serem realizadas. As unidades solicitantes têm horários marcados com a central para via telefone realizar suas marcações.

O profissional de saúde da rede básica realiza a avaliação inicial do usuário e encaminha ao médico especialista ou solicita algum exame; estes serão agendados através da Central de Regulação ou pela própria unidade de saúde no caso das unidades descentralizadas. No momento do agendamento a unidade solicitante recebe um código de atendimento e as informações necessárias, como: unidade especializada onde ocorrerá o atendimento, o nome do médico que realizará a consulta ou o exame, o dia e hora, os quais são repassados ao usuário através da Ficha de Encaminhamento ao Especialista (Anexo B).

De posse da Ficha de Encaminhamento o usuário deverá levá-la à unidade que realizará o atendimento. O médico especialista preenche o campo específico da ficha com as informações relacionadas ao atendimento devendo a mesma retornar com o paciente para a unidade básica que encaminhou (contra-referência).

A ficha de encaminhamento foi elaborada para servir de comunicação entre o profissional da unidade básica e o da unidade de referência. Deveria ser correta e completamente preenchida pelo médico da unidade básica, indicando o motivo do encaminhamento com breve histórico da patologia e levada ao profissional da

unidade de referência quando da realização da consulta. Ao profissional da unidade de referência caberia preencher os dados do diagnóstico e tratamento proposto e orientar o paciente para devolver ao médico da unidade básica de saúde, para conhecimento e prosseguimento do tratamento, concretizando assim a contra-referência.

Em caso de prioridades para marcação ambulatorial a Central dispõe de médicos reguladores que identificam, através de protocolos de acesso, os pacientes que necessitam ser vistos com mais precocidade pelo especialista.

5.2 Necessidade de consultas de endocrinologia para a Rede SUS-Recife

Considerando que a estimativa da população recifense para 2009 é de 1.561.659 (IBGE, 2009), e sendo o percentual que dispõe de atendimentos médicos através de planos de saúde em torno de 20%, logo, a população usuária do SUS corresponde a aproximadamente 1.249.327 (80%).

De acordo com os parâmetros assistenciais da Portaria nº 1.101/2002, a necessidade de consultas em Endocrinologia para os usuários da Rede SUS-Recife corresponde a 0,4% do total de consultas especializadas, o que representa 2.199 consultas/ano (Tabela1).

Tabela 1 – Necessidade anual de consultas especializadas e de endocrinologia segundo os parâmetros assistenciais do SUS – Recife, 2009.

Parâmetros Assistenciais	Necessidade
2 consultas básicas habitante/ano	2.498.654,4
22% de consultas especializadas	549.704
0,4% de consultas de endocrinologia	2.199

Os dados da tabela 1 sugerem que a oferta pelos parâmetros está muito aquém das necessidades. Considerando a população de diabéticos no Recife, por exemplo, um paciente diabético necessita, mesmo estando bem controlado, de uma média de três a quatro consultas/ano, segundo recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (2010). Como a prevalência do Diabetes no Recife foi estimada pelo Censo de Diabetes em torno de 6,4% (BRASIL, 1988) e mais

recentemente em torno de 7,6% (BRASIL, 2010) a necessidade apenas para a população diabética, considerando 3 consultas/paciente/ano, é em torno de 299.838 consultas/ano.

5.3 Oferta de consultas em endocrinologia para a Rede SUS-Recife

A oferta de consultas de Endocrinologia para os usuários da Rede SUS-Recife nas unidades de saúde da rede própria foi de 29.142 em 2009 (Tabela 2), estando 1.364% acima do que é estabelecido de necessidade conforme os cálculos pelos parâmetros assistenciais do SUS.

Tabela 2 – Distribuição do número de profissionais endocrinologistas, da capacidade de produção de consultas e de consultas efetivamente realizadas, por estabelecimento onde ocorreu o atendimento na rede própria, Recife-2009.

Estabelecimento de Saúde	Distrito Sanitário	Nº de profissionais	Capacidade de produção de consultas	Nº de consultas realizadas
Policlínica Gouveia de Barros	DS I	01	2.904	2.247
Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes	DS III	10	29.040	17.946
Policlínica Albert Sabin	DS III	01	2.904	2.496
Policlínica Lessa de Andrade	DS IV	02	5.808	3.111
Policlínica Agamenon Magalhães	DS V	02	5.808	1.478
Policlínica do Pina	DS VI	01	2.904	1.864
TOTAL		17	49.368	29.142

Fonte: Banco de dados do SIA/SUS – Recife, 2009.

Ao avaliar a capacidade de atendimento dos profissionais e o número de consultas efetivamente realizadas identificamos que só foi utilizado 59% da capacidade de produção de consultas de Endocrinologia. O profissional não atinge toda a sua capacidade de produção por motivos que incluem, licenças – prêmio,

afastamento para participação em congressos, licenças maternidade, por doenças, feriados, entre outros.

Observamos também que a distribuição dos profissionais na rede própria é desigual entre os Distritos Sanitários, não existindo profissional no DS II. No Centro Médico José Ermírio de Moraes identificamos um número muito maior de profissionais endocrinologistas por representar um centro municipal de referência para Hipertensão e Diabetes, o que justifica o quantitativo de profissionais existente.

Tabela 3 – Distribuição do número de profissionais endocrinologistas, da capacidade de produção de consultas e de consultas efetivamente realizadas, por estabelecimento onde ocorreu o atendimento na rede complementar, Recife-2009.

Estabelecimento de Saúde		Distrito Sanitário	Nº de profissionais	Capacidade de produção de consultas	Nº de consultas realizadas
Centro Hospitalar Oscar Coutinho		DS I	02	5.808	1.887
Hospital São João de Escócia		DS V	01	2.904	183
TOTAL			03	8.712	2.070

Fonte: Banco de dados do SIA/SUS – Recife, 2009.

Na rede complementar observamos que só dispomos do serviço de endocrinologia nos distritos sanitários I e V, e contando apenas com um total de 03 profissionais endocrinologistas. Quando comparamos com a rede própria podemos verificar o quanto a oferta da rede complementar está insuficiente, correspondendo a 6,63% da oferta total do município e 7,1% da rede própria. Observamos ainda que no Hospital São João de Escócia, o único profissional existente se afastou sem retorno em fevereiro/2009 o que explica a reduzida produção.

Como já citado anteriormente, a necessidade de consultas/ano apenas para esta população é de 299.838, e a oferta é de 29.142 (rede própria) e de 2.070 (rede conveniada), estamos ofertando em torno de 10% das necessidades, considerando apenas os diabéticos, dentre os pacientes da Endocrinologia.

Não suprimos adequadamente as necessidades da população, pois nos deparamos no nosso cotidiano com uma lista de demanda reprimida em Endocrinologia de uma média de 158 consultas/mês através da Central de Regulação, uma vez que na rede conveniada atualmente só dispomos de 2 profissionais e apenas 1 prestador. No período em que o presente estudo se propôs

a avaliar (2009) contávamos com 02 prestadores e um total de 03 profissionais até fevereiro de 2009 que atendiam à demanda de Endocrinologia.

Existem evidências de que a expansão da oferta assistencial ocorrida nos últimos 20 anos, apesar de importante, não supre as necessidades. Isso pode ser observado na comparação do total de consultas médicas com os países europeus. A média dos países europeus, em 2004, foi de 7,44 consultas habitante/ano, bem maior, portanto (SILVA, 2009). Em 2007, de acordo com DATASUS, foram realizadas 2,39 consultas/habitante/ano no SUS. Considerando apenas a população usuária/SUS exclusiva, estimada em 75% do total, esse número sobe para 3,15.

Análises que comparam números de consultas devem ser feitas com ressalvas pelas diferenças entre países e pela chamada medicalização societal, que caracteriza os modelos biomédicos ocidentais hegemônicos, mas, apesar disso, é possível concluir que o SUS tem problemas para o atendimento às necessidades assistenciais na atenção primária e especializada (SILVA, 2009).

Segundo Locks (2002), que avaliou a Central de Marcação de Consultas (CMC) de Florianópolis, a marcação para a especialidade de Endocrinologia é classificada como “estrangulada” que apresenta uma ocupação de 91 a 100% de suas vagas, toda a oferta está sendo ocupada. As alternativas possíveis de explicação para as especialidades estranguladas estão nos encaminhamentos excessivos ou até mesmo desnecessários, ou ainda, na indisponibilidade de consultas pela CMC.

Não existem na literatura empírica brasileira trabalhos que estimam a demanda por serviços de saúde. Esta lacuna se deve, em parte, à pouca disponibilidade de informações. Os trabalhos mais usuais buscam modelar a desigualdade na utilização dos serviços de saúde, não sendo objetivo principal analisar os determinantes desta utilização (BRITO, 2004).

6 CONCLUSÃO

Observamos que a Central de Regulação está em expansão, tanto a ambulatorial, com ampliação de especialidades médicas, de prestadores, abrangência territorial, atendendo a todos os distritos, municípios da PPI, assim como a recente implantação da regulação hospitalar.

De acordo com os parâmetros assistenciais da Portaria nº 1.101/2002, a necessidade de consultas em Endocrinologia para os usuários da Rede SUS-Recife corresponde a 0,4% do total de consultas especializadas, o que representa 2.199 consultas/ano.

A necessidade apenas para a população de pacientes diabéticos no Recife é de 03 consultas/ano, o que corresponde a 299.838 consultas.

A oferta de consultas de Endocrinologia do município corresponde a 10% das necessidades apenas para diabéticos.

Constatamos que a oferta de consultas em Endocrinologia pelo município do Recife (que inclui rede própria e rede complementar) está 1.364% acima do que é estabelecido pelos parâmetros assistenciais do SUS o que corresponde a 31.212 consultas por ano sendo a maior parte ofertada pela rede própria e apenas 6,63% da rede complementar.

7 RECOMENDAÇÕES

Apesar da seriedade e dedicação com que foram elaborados, os parâmetros precisam ser revistos, pois há uma necessidade atual muito maior em relação à demanda.

Comparando a oferta da Rede Conveniada com a Rede Própria, observamos uma necessidade de aumentar a oferta de prestadores e profissionais e conseqüentemente da oferta das consultas em serviços conveniados com o SUS, em Endocrinologia. Possivelmente temos aí uma falha de gestão, uma vez que deveria haver profissionais substitutos para os períodos (pelo menos os previsíveis) de afastamentos.

Sugerimos, através deste estudo de avaliação das consultas especializadas em Endocrinologia na cidade do Recife, que a Portaria nº 1.101/2002 (BRASIL, 2002) seja reavaliada, com a possibilidade de construção de novos parâmetros, ampliando assim, o número de profissionais da rede e dos prestadores, uma vez que a mesma não atende, na prática, às necessidades da nossa já, tão sofrida, população SUS dependente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social**. Rio de Janeiro, 1983.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 18 ago. 2010.

BRASIL. **Portaria nº 1.101, de 12 junho de 2002**. Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/384892.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

BRASIL. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde– NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2001.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2010.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto de fortalecimento e apoio ao desenvolvimento institucional da gestão estadual do sistema único de saúde**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF, 1990.

BRITO, R. J. A. Demanda por serviços de saúde. In: _____. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília, DF: Ipea, 2004. cap. 13.

CECÍLIO, L. C. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES (Bélgica). **IDF diabetes atlas: prevalence estimates of diabetes melitus 2010**. Bruxelas, 2009.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

GOYATÁ, S. L. T. 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.

IBGE. **Recife- PE: dados básicos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=261160>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

LOBO, L. C. G. Sistema de Saúde: análise e propostas. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 23-29, jan./abr. 1986.

LOCKS, M. T. R. **Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis: um estudo de caso**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Extension de la cobertura de servicios de salud com las estrategias de atencion primaria y participacion de la comunidad**. Washington, DC, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Salud para todos en el ano 2000: estratégias**. Washington, DC, 1980.

PAIM, J. Modelos de atenção e vigilância à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 19.

PAIM, J.; TEIXEIRA, C. F. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2007.

RECIFE. Prefeitura. **Plano municipal de saúde 2006-2009**. Recife saudável: inclusão social e qualidade no SUS. Recife, 2005.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Calcule o número de diabéticos na sua cidade**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/calculadoras/numero-de-diabeticos>>. Acesso em: 20 jun. 2010a.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. **Caderno...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. p. 261-281.

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

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-337, abr./jun. 1997.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Título do Projeto: “Avaliação da oferta de consulta especializada em endocrinologia na rede SUS na cidade do Recife de 2008 a 2009”.

Pesquisador responsável: Ana Patrícia Vieira de Oliveira

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 18/05/2010

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 29/10

Registro no CAAE: 0028.0.095.000-10

PARECER Nº 23/2010

O Comitê avaliou 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 02 de junho de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 02 de junho de 2010.


 Rafael da Silveira Moreira
 Cirurgião Dentista
 Vice-Coordenador
 Mat. SIAPE 1635510
 CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 02/06/2011.

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



ANEXO B - Ficha de Encaminhamento ao Especialista



FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA

Unidade Solicitante:	Telefone:	Distrito Sanitário:
		Data: / /

DADOS DO USUÁRIO / MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

Nome do Usuário:	
Cartão SUS Nº	Prontuário Nº
Data de Nascimento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. Município Nascimento:
CPF:	RG: Org. Exp.:
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Parda <input type="checkbox"/> 4-Amarela <input type="checkbox"/> 5-Indígena	
Nome da Mãe:	
Endereço:	Nº Comp.: Tel.:
Bairro:	CEP Município: UF:
Portador de: DIABETES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERTENSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CID ou Diagnóstico inicial:	
Especialidade/Procedimento solicitado:	
Justificativa do Encaminhamento e conduta atual:	

Resultados de exames realizados:

Carimbo e Assinatura do profissional de saúde	Assinatura do responsável pelo encaminhamento
---	---

DADOS DO AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO

Unidade Executante:	Cod. de Atendimento (Chave):
Profissional:	Data: / / Hora inicial:
Endereço:	
Bairro:	Fone:
Ponto de Referência:	

OBS.: COMPARECER À UNIDADE EXECUTANTE COM 30 MINUTOS DE ANTECEDÊNCIA.

CONTRA-REFERÊNCIA / DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE

CID Definitivo:

Carimbo e assinatura do profissional de saúde