

Universidade Federal De Santa Catarina

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS DA GRANDE
FLORIANÓPOLIS: *UM ESTUDO DE CASO***

MARIA TERESA ROGÉRIO LOCKS.

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 2002.

MARIA TERESA ROGÉRIO LOCKS

**CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS DA GRANDE
FLORIANÓPOLIS: *UM ESTUDO DE CASO***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dr^a Elza Berger Salema Coelho

Florianópolis, junho de 2002

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo Dom da Vida;

Ao Claudio, companheiro inseparável que sempre me incentivou e soube compreender “meu abandono”;

Aos meus filhos, Karine, Claudio e Bruno que sempre torceram pra que tudo desse certo e que suportaram com paciência tantas horas de computador (longe da convivência com eles);

Aos meus pais Juca e Betina , por tudo que sou, pelo apoio, pelos ensinamentos e pelo exemplo de vida;

Aos meus irmãos, pelo companheirismo e especialmente a Paty e a Lucia pela força nas horas difíceis;

Aos, cunhados e cunhadas, sogro e sogra, sobrinhos e sobrinhas por compartilharem comigo este momento de crescimento;

A amiga Soraia, que mesmo sem tempo, esteve sempre disponível para ajudar na construção deste trabalho;

A Elza, minha orientadora, pelo empenho e dedicação;

Ao Programa de Pós-Graduação, professores, funcionários e estagiários pelo carinho com que me acolheram; especialmente, minha orientadora por ter aceitado este desafio;

A todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho.

Meu muito obrigada!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as causas do “estrangulamento” das consultas especializadas na Central de Marcação de Consultas – C.M.C. da Grande Florianópolis, no período de 1998 a 2000. A C.M.C. é gerenciada pela Secretaria de Estado da Saúde e se caracteriza como um centro aglutinador das consultas médicas especializadas, que administra as consultas geradas pelas unidades públicas e privadas conveniadas do SUS, disponibilizando-as para as unidades básicas de saúde. Para tanto, realizamos um estudo de caso, descritivo. Usamos dados secundários, obtidos através da Internet, *site* do Ministério da Saúde, onde se trabalhou com o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA para obtermos a produção das consultas básicas dos municípios. Os dados das consultas especializadas foram buscados junto a C.M.C. Partimos do princípio que as causas do estrangulamento das consultas especializadas deviam estar relacionadas com a pouca oferta das consultas básicas da rede municipal, e/ou com o número de encaminhamentos realizados pelos municípios a C.M.C. e/ou com a pouca oferta de consultas especializadas ofertadas na C.M.C. Trabalhamos com três categorias de análise, que foram aprofundadas com base no referencial teórico. Foram elas, acesso, regionalização/hierarquização e regulação da assistência. A partir da análise dos dados pudemos perceber que a rede municipal não está ofertando com suficiência as consultas básicas, nem está encaminhando mais do que o esperado (20% do total de consultas realizadas), o que nos permite inferir que o motivo do estrangulamento das consultas especializadas não está, a priori, no funcionamento da rede básica. Verificamos também que a C.M.C. atende basicamente a região da Grande Florianópolis, o que significa estar cumprindo o princípio da regionalização. Na análise da oferta das consultas especializadas, percebemos que há pouca oferta destas consultas, por falta de profissionais ou por baixa produção dos profissionais existentes. Nos últimos três anos 50% das especialidades médicas da CMC estão no patamar de “estrangulada”, ou seja, 100% de ocupação o que dificulta o acesso e gera filas de espera. Donde pudemos inferir que a causa básica do estrangulamento da CMC está na pouca oferta de consultas especializadas frente à demanda. Percebemos que a C.M.C., enquanto instrumento de regulação, deveria estar apontando as suas deficiências, as necessidades dos usuários, identificando claramente os déficits e as disfunções do sistema. O uso pelo Gestor Estadual de tais informações como base para o planejamento da assistência, assegura o acesso da população e, permite a construção de parâmetros assistenciais mais próximos da real necessidade da população. Para tanto, o Gestor Estadual deve reconhecer na C.M.C. um instrumento de regulação que organiza o fluxo de pacientes no sistema, a partir da necessidade do usuário, pois os dados produzidos pela C.M.C. estão relacionados com a resolubilidade real e não burocrática do sistema.

ABSTRACT

The main goal of the present study was to identify the causes of the saturation of specialized medical services of the CMC (Central de Marcação de Consultas [Medical Appointment Scheduling Center]) in the Large Florianópolis, from 1998 to 2000. CMC is managed by the Secretaria de Saúde do Estado [Santa Catarina State Health Department] and is primarily an agglutination center for specialized medical services, whose main function is to manage and distribute specialized medical appointments offered by public and private Health Units accorded with the Government Consolidated Health System (SUS), making them available to the Basic Health Units. In order to develop this research, we used a quali-quantitative approach combined with case study. As secondary datum, the BPA (Boletim de Produção Ambulatorial [Ambulatory Production Bulletin]) has been consulted in the Ministério da Saúde [Brazilian Department of Health] website, in order to obtain the statistics concerning the offering of basic medical services to the municipal districts. Data concerning specialized services were obtained at the CMC. We work on the premise that the causes of the specialized medical services saturation are probably related to the low offer of basic medical services in the municipal health network, to the amount of patients referred by the municipal districts to the CMC, and/or to the low offer of specialized medical services by the CMC. Three analytical categories have been adopted, according to our theoretical background: accessibility (of the patient to the medical service), regionalization/hierarchyization and assistance regulation. We realize by the analysis of the data that the municipal district health network is not covering the demand for basic medical services, nor is it referring to the CMC more patients than what would be considered regular (20% of the total amount of medical appointments), which leads to the conclusion that the main reason of the saturation is not in the functioning of the basic health network. We were also able to verify that the CMC cares basically for the Grande Florianópolis population, fulfilling thus the regionalization principle. The analysis of the offering of specialized medical services proved such offering to be insufficient – either because of want of professionals or of the low productivity of the existing ones. In the last three years, 50% of the special medical services offered by the CMC may be described as saturated – that is, 100% of the services offered are occupied –, which obstructs their availability and creates waiting lists. From this we may infer that the main cause of the saturation is the low offer of special medical services in comparison to the demand. We realize that the CMC, supposedly a regulation tool, should be aware of its own deficiencies, as of the needs of the population it cares for, and able to clearly identify the deficits and malfunctioning of the health system, so that the State management may use this information in order to plan its assistance, and also to elaborate parameters of assistance which are closer to the needs of the population. In its turn, the State management has to regard the CMC as a regulation tool responsible for the organization of the patients along the health system. The CMC should take the necessities of the population as its starting point, since the data it produces are related to the actual (and not the bureaucratic) resolubility of the health system.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 Sistema de Saúde Brasileiro/ Breve Histórico	11
2.2 Organização do Sistema Único de Saúde	16
2.2.1 Princípios do SUS	19
2.2.1.1 Regionalização e Hierarquização	19
2.2.1.2 Acesso aos serviços/ Universalidade	22
2.3 Regulação da Assistência	25
3 CARACTERIZAÇÃO DO TEMA	29
3.1 Organização da rede de saúde da Grande Florianópolis	29
3.2 Implantação da Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis – C.M.C.	32
3.3 Questão Norteadora	39
4 OBJETIVOS	41
5 METODOLOGIA	42
6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	46
6.1 Consultas básicas ofertadas nos municípios da Grande Florianópolis (Grupo 1)	46
6.1.1 Consultas de Pediatria	50
6.1.2 Consultas de Ginecologia/obstetrícia	54
6.2 Encaminhamentos realizados pelas unidades básicas (Grupo 2)	58
6.3 Oferta de Consultas especializadas da C.M.C. da Grande Florianópolis (Grupo 3)	61
6.3.1 Consultas por especialidade	72
7 ANÁLISE DOS DADOS	77
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre a produção e a necessidade de consultas 47

básicas na Grande Florianópolis no ano de 1998

Figura 2 - Relação entre a produção e a necessidade de consultas básicas na Grande Florianópolis no ano de 1999 48

Figura 3 - Relação entre a produção e a necessidade de consultas básicas na Grande Florianópolis no ano de 2000 49

Figura 4 – Diferença entre a oferta de consultas de pediatria e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 1998 51

Figura 5 - Diferença entre a oferta de consultas de pediatria e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 1999 52

Figura 6 - Diferença entre a oferta de consultas de pediatria e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 2000 53

Figura 7 - Diferença entre a oferta de consultas de gineco/obstetrícia e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 1998 55

Figura 8 - Diferença entre a oferta de consultas de gineco/obstetrícia e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 1999 56

Figura 9 - Diferença entre a oferta de consultas de gineco/obstetrícia e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 2000 57

Figura 10 - Comparativo entre o percentual de cobertura das consultas básicas e o percentual de encaminhamentos realizados pelos municípios da Grande Florianópolis, 1998 58

Figura 11 - Comparativo entre o percentual de cobertura das consultas básicas e o percentual de encaminhamentos realizados pelos municípios da Grande Florianópolis, 1999 59

Figura 12 - Comparativo entre o percentual de cobertura das consultas básicas e o percentual de encaminhamentos realizados 60

pelos municípios da Grande Florianópolis, 2000

Figura 13 - Demonstrativo do grau de ocupação das especialidades ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis nos anos de 98, 99 e 2000	62
Figura 14 - Comparativo entre os agendamentos realizados pela C.M.C. para a Grande Florianópolis e o restante do Estado, através do TFD, nos anos de 1998 e 2000	63
Figura 15 - Percentual de ocupação das consultas especializadas ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis, 1998	64 e 65
Figura 16 - Percentual de ocupação das consultas especializadas ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis, 1999	67 e 68
Figura 17 - Percentual de ocupação das consultas especializadas ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis, 2000	70 e 71
Figura 18 - Comportamento das especialidades estranguladas da C.M.C. da Grande Florianópolis nos anos de 1998, 1999 e 2000	73
Figura 19 - Comparativo entre o número de médicos existentes e o necessário para a produção das consultas estranguladas, ofertadas na C.M.C., no ano de 2000	74
Figura 20 – Percentual de cobertura das consultas especializadas ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis, segundo parâmetros do M.S.,2000	75

1 INTRODUÇÃO

A Central de Marcação de Consultas constitui-se em uma das formas existentes de regular a oferta e a demanda dos serviços de saúde. Na área da saúde o conceito de regulação está relacionado aos aspectos de organização do fluxo dos pacientes nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde. Regular em saúde refere-se à tarefa de disciplinar, estabelecer regras, ordenar, orientar e organizar o fluxo dos pacientes no sistema de saúde (BRASIL, 2001).

No Estado de Santa Catarina a Central de Marcação de Consultas caracteriza-se como um centro aglutinador das consultas especializadas, ou seja, todas as consultas não básicas estão centralizadas nela, uma vez que, as clínicas básicas como pediatria, clínica médica, gineco-obstetrícia e clínica cirúrgica devem ser ofertadas pelos municípios. Desta forma, a função da C.M.C. seria administrar as consultas especializadas geradas pelas unidades públicas e privadas conveniadas para disponibilizá-las às unidades básicas de saúde.

A Central de Marcação de Consultas da Região da Grande Florianópolis foi criada a partir do processo de reorganização dos serviços de saúde, prevista no Sistema Único de Saúde - SUS, e na Lei Orgânica da Saúde (nº 8080), tendo iniciado suas atividades em agosto de 1991, com o objetivo de operacionalizar o sistema de referência definido para o Estado a partir da implantação de um modelo assistencial, que propunha a reorganização do Sistema de Saúde.

A Lei Orgânica de Saúde indicava os caminhos e os mecanismos para se alcançar o objetivo de transformar o perfil de saúde do País. Ressalta-se dessa lei, o Capítulo III, art. 8º que descreve “as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente” (BRASIL, 1990, p.11).

Em Santa Catarina, e no restante do País, o processo de implantação do SUS já iniciara anos antes da promulgação da Lei Orgânica, em 1988, com a municipalização das unidades sanitárias do Departamento Autônomo de Saúde

Pública - DASP, órgão vinculado a Secretaria de Estado da Saúde/SES. Tendo em vista que só a descentralização não atendia a necessidade de acesso da população aos serviços de saúde, deu-se então, início ao processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde do Estado, numa tentativa de cumprir o preceito constitucional de Universalidade (BRASIL, 1990).

Em 1990, a Secretaria de Estado da Saúde definiu no Plano Estadual de Saúde a necessidade de enfatizar a regionalização dos serviços, criando 18 Regionais de Saúde, estruturas administrativas, encarregadas de acompanhar o processo de municipalização junto aos municípios. Definiu também a priorização da hierarquização dos serviços de saúde. Dessa forma, a 18ª Regional de Saúde, que compreende a Grande Florianópolis, foi considerada um Distrito Sanitário¹ e a forma encontrada para operacionalizar o sistema de referência foi a implantação da Central de Marcação de Consultas.

Desde então, a Central de Marcação de Consultas tem sofrido muitas críticas dos usuários, gestores e profissionais de saúde, por não garantir consultas especializadas aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Em face de minha participação na implantação da Central de Marcação de Consultas, onde desenvolvi atividades até o ano de 1996, e tendo vivenciado a problemática das unidades de saúde, surgiram inevitáveis questionamentos acerca da C.M.C. Daí o interesse em trabalhar com esse tema, uma vez que, considero de fundamental importância identificar as causas do “estrangulamento” das consultas especializadas, com a finalidade de possibilitar informações capazes de indicar ações que possam garantir, na prática, o preceito constitucional da Universalidade de acesso.

Ademais, a recente Portaria Ministerial 01/2001, que institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS, no seu capítulo I, artigo 5º, letra E, determina que sejam implantadas estratégias de regulação, de forma a garantir o acesso da população. Desta forma, é fundamental que se apontem as possíveis causas de estrangulamento da Central de Marcação de Consultas, para que se

¹ Distrito Sanitário entendido como a unidade básica operacional e administrativa do SUS, norteadas pelos princípios básicos do SUS (descentralização, regionalização, hierarquização, participação popular, etc)

possa indicar caminhos, propor soluções e avançar nesta nova função do gestor estadual de *Regulador da Assistência*.

Com a finalidade de contribuir na reflexão do tema e buscar respostas para o problema evidenciado, a proposta desta dissertação está focada em dois princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, a regionalização e a hierarquização, por estarem diretamente relacionados com o objetivo da pesquisa de analisar o acesso da população, que é o eixo central deste trabalho.

Para tanto, o presente estudo tem como objetivo identificar os fatores que geram o “estrangulamento” das consultas especializadas da Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis, no período de 1998 a 2000, e apontar as possíveis causas.

Sendo assim, apresentamos os sete capítulos que fazem parte da dissertação. No capítulo 2 tratamos do referencial teórico, com breve histórico das políticas de saúde no Brasil, a organização dos serviços após a criação do SUS, os princípios do Sistema de Saúde Brasileiro e a Regulação da Assistência. No capítulo 3, caracterizamos nosso tema, com um histórico sobre a implantação da Central de Marcação de Consultas na Grande Florianópolis e de como a rede de serviços foi organizada. No capítulo 4, listamos os objetivos. No capítulo 5, indicamos a metodologia utilizada, um estudo de caso. No Capítulo 6, apresentamos os dados e os resultados das consultas básicas realizadas pelos municípios e os encaminhamentos a CMC, bem como a oferta das consultas especializadas e o número de profissionais disponíveis na Central. No Capítulo 7, expomos a análise. No capítulo 8 apresentamos as considerações finais deste estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO / BREVE HISTÓRICO

A conformação do Sistema de Saúde brasileiro está intimamente ligada ao modelo de desenvolvimento político e econômico adotado no país (MENDES, 1993). É possível notar, em vários momentos da história do País, 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 sanitário 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 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 que havia, até então, contava apenas com trabalho voluntário, e assemelhava-se a um depósito de doentes que ficavam isolados da sociedade para não contagiá-la (SCLIAR, 1987).

Nas primeiras décadas do século passado, a sociedade brasileira estava sustentada na economia agro-exportadora e assentada na monocultura cafeeira, o que exigia do sistema de saúde, basicamente, uma política de saneamento dos espaços onde circulava a mercadoria e a erradicação/controlar de doenças que poderiam prejudicar a exportação.

Neste período, o Brasil era reconhecido internacionalmente como o paraíso das doenças transmissíveis, prejudicando, principalmente, a exportação do café

(PIRES, 1989). Por este motivo, objetivando dar respostas ao desenvolvimento capitalista, desta época até meados da década de 60, predominou o modelo médico chamado sanitarismo-campanhista. Este modelo representa uma visão de inspiração militarista, de combate as doenças de massa, com forte concentração de decisões e estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e coletivo (MENDES, 1991).

A intervenção do Estado na área do seguro social surgiu na década de 20, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). A primeira CAP a ser criada foi a dos ferroviários, tendo outras CAP's se multiplicado rapidamente nos anos seguintes.

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. 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, 1978).

A partir daí pôde-se identificar o delineamento de uma política de saúde no Brasil, organizada em dois setores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Iniciou-se com isso a dicotomia no interior do setor saúde. A saúde pública era de responsabilidade do Estado, cabendo a ele as medidas coletivas, particularmente as de controle das endemias que se colocam como obstáculo às atividades agro-exportadoras, com recursos advindos da arrecadação orçamentária.

As classes assalariadas urbanas, até então assistidas pela filantropia, passaram a ter serviços de atenção médica individual, prestados pelas CAP's, que, por sua vez, ofertavam serviços médicos comprados do setor privado através de credenciamento médico. A assistência médica individual ficava sob a responsabilidade do seguro social, financiada com recursos das contribuições e garantida somente aos trabalhadores formais do mercado (COHN, 1999).

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.

A partir da década de 30, iniciou-se a formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que institucionalizam o seguro social, fragmentando as classes assalariadas urbanas, de acordo com a sua atividade econômica (marítimos, bancários, comerciários, industriários e outros). Os institutos eram autarquias, geridas pelo Estado e financiadas com recursos tripartites, sendo, uma parte correspondente aos salários dos trabalhadores, uma parte dos patrões e a terceira do governo (MENDES, 1991).

A estrutura dos IAP's conviveu por várias décadas com a estrutura das CAP's remanescentes em várias empresas, permanecendo até 1966, quando todo sistema previdenciário foi unificado no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Os trabalhadores rurais, maioria da população, nesta época, sem condição salarial, por pressão dos latifundiários e sem organização, ficaram fora do sistema estatal de previdência até os anos 70 (MENDES, 1991).

Com o advento da industrialização associado ao avanço da urbanização, ocorreu no Brasil, a partir de 1930, a ampliação da intervenção do Estado no setor saúde. As políticas de saúde até 1956 foram caracterizadas pela centralização, destacando-se a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953 (PRETTO, 1992).

No início dos anos 40, por razões de ordem estratégica vinculada à produção de borracha na Amazônia e de manganês no vale do Rio Doce, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, sob o patrocínio técnico e financeiro da Fundação Rockefeller, visando oferecer assistência aos trabalhadores desse setor (NETTO, 1999).

O ápice do modelo desenvolvimentista, na segunda metade da década de 50, marcou o início do processo de aprofundamento da dicotomia entre a atenção médica curativa e as ações preventivas coletivas, acompanhado da dicotomia entre os serviços públicos e privado de saúde. Essa separação sedimentou-se até a

década de 70, numa clara divisão de atividades e clientela. 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.

Da década de 50 em diante e em especial a partir de 1967, surgiram sinais evidentes da tendência à privatização e a mercantilização da prática médica, o que deu início a uma nova etapa do setor saúde brasileiro (MENDES, 1991).

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, 1993).

A lei 6229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, reafirmou esta dicotomia, ao estabelecer as tarefas a cargo do Ministério da Saúde (MS) e aquelas sob responsabilidade do Ministério da Previdência Social (MPAS), vinculando as ações coletivas ao primeiro e a assistência médica individual ao segundo. Estabeleceu-se assim, além de uma divisão social do trabalho entre o ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974, e o da Saúde, 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).

Tal fato gerou uma terceira divisão, que consolidou a assistência médica como um direito contratual, compulsório e contributivo, contraposta à assistência médica pública ou filantrópica para a população carente. Como decorrência, surgiu uma marcante diferenciação entre os setores urbano e rural, em termos de acesso e disponibilidade a equipamentos e serviços médicos.

Neste modelo, verificamos que o acesso era restrito a quem estava formalmente inserido no mercado de trabalho e contribuía, mensalmente, para a previdência. A regionalização não apareceu como forma de adscrever a clientela aos serviços ofertados. 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 (OPAS, 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.

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, 1993).

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. O que ocorreu como resposta a essa pressão foi uma expansão dos serviços municipais de saúde. Entretanto, os municípios, em função do modelo de arrecadação tributária excessivamente centralizado na esfera federal, não dispunham de recursos suficientes para garantirem a prestação de serviços. Para Mendes, a emergência do modelo neoliberal é fruto, sobretudo, de um conjunto de políticas que geram um tipo especial de universalização, o “universalismo excludente” (MENDES, 1993).

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 propôs uma “Reforma Sanitária” para o país e apontou para a criação de um

Sistema Único de Saúde que pudesse garantir atenção à saúde para toda a população de forma universal.

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, intelectuais, políticos e representantes de todas as classes chegarem ao consenso da necessidade urgente de uma ampla reforma sanitária no País.

A busca de alternativas fundamentadas nos pressupostos da VIII Conferência Nacional de Saúde, que possibilitem a superação dos limites do modelo de atenção vigente, vem sendo empreendida no país há mais de uma década, com avanços e retrocessos, em decorrência, por um lado, de alterações no contexto político institucional, na maioria das vezes desfavorável em função das restrições financeiras e, por outro, pelas mudanças políticas dos gestores (TEIXEIRA, 2000).

Essa breve retrospectiva das políticas de saúde no Brasil poderia, muito bem, ser traduzida como a “história do acesso – ou falta dele” aos cidadãos, algo que a Constituição de 1988, define como devendo ser universal e equânime.

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. Portanto, a garantia do preceito constitucional perpassa a estruturação dos serviços de saúde, que se concretiza especialmente pela regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

2.2 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A atual política de saúde do Brasil, inscrita na Constituição Federal de 1988, é fruto do amplo debate desencadeado pelo movimento da reforma sanitária. Este movimento trouxe grandes mudanças no setor saúde, a começar pela incorporação

do conceito ampliado de saúde, que tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.), o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.), fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso implica que, para ter saúde, são necessárias ações em vários setores, as quais, somente uma política governamental integrada pode assegurar (BRASIL, 1988).

Além disso, o texto constitucional, no seu artigo 196, legitima o direito de todo cidadão à atenção à saúde em todos os níveis, e o dever do Estado em prover este direito. Estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público e gratuito, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizado, com direção única em cada esfera de governo e sob controle do usuário.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080, sancionada em setembro de 1991 regulamentou os princípios constitucionais do setor e indicou medidas indispensáveis à reformulação do Sistema de Saúde no País (BRASIL, 1990). Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:(BRASIL, 1990):

UNIVERSALIDADE: Entendida como a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.

EQÜIDADE: Garantia de ações e serviços em todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS.

INTEGRALIDADE: É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é indivisível e integrante de uma comunidade. Este entendimento deve ser dos serviços, acabando com a dicotomia entre o coletivo e o individual, entre as ações de promoção, proteção e recuperação e dos profissionais com a visão holística do usuário do SUS.

Quanto à organização, o SUS define princípios que devem ser cumpridos pelos gestores², os quais descrevemos a seguir:

REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO: Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida.

RESOLUBILIDADE: É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento de saúde ou surge um problema de impacto coletivo, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

DESCENTRALIZAÇÃO: Entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo

PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS: É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participe do processo de formulação e controle da execução da política de saúde

COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO: A rede privada pode integrar o SUS, observados os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização. Cabe ao gestor definir a necessidade dos mesmos.

A organização do SUS define ainda 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, 1993).

² Gestores são os responsáveis pelo funcionamento e cumprimento dos princípios do SUS. No município o gestor é o secretário municipal de saúde, no estado é o secretário estadual de saúde e no nível federal é o ministro da saúde.

Para representar o modelo tecno-assistencial construído com a implantação do SUS, utilizou-se a figura de uma pirâmide (CECÍLIO, 1997). Assim, na ampla 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 da pirâmide, estariam os serviços considerados de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais, com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e alguns serviços de urgência e emergência de hospitais gerais. O topo da pirâmide estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade.

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 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 (CECÍLIO, 1997).

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, surgem 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. A responsabilidade pela oferta da atenção especializada é do gestor estadual (BRASIL, 1990).

2.2.1 Princípios do SUS

2.2.1.1 Regionalização e Hierarquização

Convencionalmente, o conceito de regionalização refere-se à divisão de espaços geográficos. Segundo San Martín (1984), a regionalização da atenção médica está organicamente relacionada com o conceito de atenção médica progressiva em níveis de atenção. A regionalização da atenção médica se fundamenta em colocar, dentro de uma região geográfica determinada (variável em sua extensão segundo a densidade populacional, os problemas de saúde existentes e os recursos disponíveis), todos os serviços e programas de saúde, de forma hierarquizada e inter-relacionada, sob uma só administração.

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. (SAN MARTÍN, 1984)

O conceito de atenção médica progressiva implica que os serviços devem estar disponíveis para quem precisa, no lugar e durante o tempo que os necessite. Isto permite estabelecer os níveis de atenção, com utilização ótima dos recursos de saúde existentes, organizados em grau de complexidade técnica e administrativa crescentes, de acordo com as atividades que vão desempenhar dentro do sistema regionalizado. 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 (SAN MARTÍN, 1984).

A Organização Pan-americana de Saúde 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 (OPAS, 1980).

Segundo o Ministério da Saúde (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 visão deve incorporar a disponibilidade tecnológica, o perfil adequado de recursos humanos e o dimensionamento da capacidade física da rede (BRASIL, 1990).

Mendes (1993, 79), 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.

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 resolutiva 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 denominado de sistema de referência e contra- referência. Este é decorrente do subprincípio anterior, que exige um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações, gerenciais e técnicas, dentro da rede de serviços.

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, 1993).

Recentemente, a Portaria Ministerial Nº 95 de 26/01/01 reafirma os princípios de regionalização e hierarquização, ao aprovar a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS que, entre outras normas, define que o sistema de saúde deve garantir o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, com descrição da organização do território estadual em regiões de saúde (regionalização) e identificação das áreas de abrangência e dos fluxos de referência. Determina

também que mecanismos de relacionamento intermunicipal, com organização dos fluxos de referência e contra-referência, sejam implantados como estratégias de regulação, visando à garantia do acesso da população aos serviços. Regulação entendida como a organização do fluxo de pacientes no Sistema de Saúde (BRASIL, 2001). No Brasil, como referido, a Universalidade do acesso é um dos princípios do Sistema Único de Saúde.

A Regionalização e a Hierarquização são dois princípios organizativos do Sistema Único de Saúde brasileiro, e segundo o Ministério da Saúde:

Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede está preconizado para dar-se através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. 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, p.10).

2.2.1.2 Acesso aos serviços/ Universalização

O acesso à saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob diversas abordagens. O Sistema Institucional de Saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades da população, um dos fatores que contribuem para essa insatisfação é a inacessibilidade de numerosos grupos populacionais aos serviços de saúde (COHN, 1999).

A categoria “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, p.88).

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.

A universalização do atendimento, preconizada na Constituição de 1988, constituiu o marco de um processo que, iniciado no final dos anos 60, foi gradativamente incorporando, através de resoluções e programas, novas parcelas da população ao sistema previdenciário, como por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento -PIASS, 1976 e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde -PREV-SAÚDE, 1980. A esses programas sucederam-se outras estratégias na mesma direção, já numa conjuntura de transição para a ordem democrática como as Ações Integradas de Saúde -AIS, 1983 e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde -SUDS, 1987 (PRETTO,1992)

O acesso universal às ações de saúde, como direito de cidadania foi explicitado em termos jurídico no final dos anos 80, e contrapunha-se ao acesso ao sistema dado por uma estrutura consolidada ao longo dos anos, onde só tinham acesso àqueles que contribuía para a previdência social (BODSTEIN, 1993).

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 (OPAS, 1978).

O critério de proximidade geográfica da moradia do usuário como facilitador do acesso da população aos serviços de saúde não garante o acesso real, pois outros fatores como informação, qualidade do atendimento, a identificação da clientela com o serviço, bem como as resistências colocadas pelas instituições, permeiam a relação acesso/utilização, como apontam Cohn et al. (1999, 67):

Acessibilidade, portanto não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade, tal como destacam os documentos das políticas de saúde neste país, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade, pela presença física dos recursos nas áreas onde existem. A acessibilidade requerida pela população usuária corresponde à relação funcional formulada entre as resistências “que são oferecidas pelo próprio serviço que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores que se expressam nas razões para o bom atendimento por parte de quem é atendido e conforme seu perfil de demanda

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. No entanto, o acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde, neles atuam fatores sócio-econômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país (COHN, 1991).

Para Giovanella & Fleury (1996) os diversos graus de acessibilidade geográfica irão determinar maior e melhor utilização dos serviços disponíveis, enquanto Donabedian (1984), afirma que existe uma distinção importante entre acesso e utilização, sendo a utilização o acesso realizado.

Segundo Gibbard (1982), a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que a equidade seja concretizada. Equidade entendida como a igualdade no acesso à saúde e sendo provida como um direito de todo cidadão. A acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

As dificuldades ou facilidades em se obter o tratamento desejado estão estreitamente ligadas ao conceito de acessibilidade. O binômio distância – tempo pode ser classificado como condição geográfica de acesso e representa um conjunto de situações que irão influenciar a possibilidade de alcançar o cuidado de saúde pretendido (AGUILERA, 1993).

Existem vários estudos que buscam caracterizar a categoria “acesso” e analisar suas condições tentando, buscar maior coerência entre o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada. Giovanella & Fleury (1996) apresentam quatro modelos para caracterizá-lo. O que mais se aproxima da nossa proposta de pesquisa é o modelo sanitarista – planificador, caracterizado como um modelo técnico, referente ao planejamento e à organização da rede de serviços.

Este modelo apresenta duas concepções para a tradução e a interpretação do conceito de acesso. A primeira delas, do modelo assistencial no SUS, publicado pelo Ministério da Saúde em 1990, caracteriza acesso como a possibilidade de consumo, garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços. O segundo conceito é dado pela ação planejadora do Estado, a partir da garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede hierarquizada.

As políticas de saúde no Brasil, após 1988, apresentam, reiteradamente, 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).

2.3 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 (BATISTA, 2000). Regulação, para o Estado de Santa Catarina, é “o conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta conforme a necessidade, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidade, visando garantir o acesso com qualidade e resolutividade, em todos os níveis de atenção à Saúde” (SANTA CATARINA, 2002).

A regulação deve ser pensada sempre no contexto dos princípios norteadores do SUS, e não apenas como forma de racionalizar os poucos 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 (BATISTA, 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, 1993).

Segundo Lobo (1986), 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. 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 CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, 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). Assim, surge 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 perspectiva 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. 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. A organização da função reguladora em um Complexo Regulador é a forma pela qual o sistema superará a fragmentação da Assistência (BATISTA, 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 e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos são recebidos, avaliados e hierarquizados, dando resposta de acordo com as necessidades de cada caso e acompanhando a solução (SANTA CATARINA, 2001).

O complexo regulador terá suas funções operacionalizadas pelas Centrais de Regulação. Através dela é que se operacionaliza o levantamento da oferta e da demanda por serviços, identificando-se claramente os déficits e as disfunções do Sistema. São exemplos de Centrais de Regulação:

- Central de Regulação de Urgências Médicas;
- Central de Regulação de Transportes e de Urgência Social;
- Central de Regulação de Consultas Especializadas/ SADT;
- Central de Regulação de Média e Alta Complexidade Hospitalar;
- Central de Regulação de Leitos Hospitalares.

O Estado de Santa Catarina já vivenciou parte da experiência de regulação da assistência ao implantar a Central de Marcação de Consultas da Grande

Florianópolis em 1991, instrumento de regulação da assistência e que serviu inclusive de referência para o Ministério da Saúde e outras Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de utilizar o mesmo modelo (organização e *software*) na expectativa de racionalizar os poucos recursos do setor.

O Sistema de Saúde Brasileiro garante o acesso universal a toda população. Entretanto, a garantia se dará a partir da organização dos serviços, de forma regionalizada e hierarquizada. Para operacionalizar estes dois princípios é que surgem as centrais de regulação, uma vez que a oferta dos serviços não é dimensionada de acordo com a necessidade, o que impõe a premência de mecanismos que regulem a oferta dos serviços e a demanda, de modo a racionalizar o uso e garantir acesso a todos que precisem dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Existem hoje no País várias experiências de Centrais de Regulação, no entanto, não existem trabalhos de avaliação das mesmas (Anexo 1).

3 CARACTERIZAÇÃO DO TEMA

3.1. Organização da rede de saúde da Grande Florianópolis.

O Estado de Santa Catarina vivenciou em 1990, momentos de mudanças buscando construir um Modelo Assistencial que se adequasse à concepção de saúde emanada da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90). Modelo Assistencial ou Modelo de Atenção entendido como formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 1993).

O Modelo Assistencial, definido para Santa Catarina, tem como forma de organização o Sistema Único de Saúde/SUS, de caráter público, com gestão descentralizada, comando único em cada esfera de governo, sendo constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada e com participação dos usuários. Tem como imagem projetada a figura de pirâmide, com uma base ampla representando os serviços de atenção básica, seguido dos serviços de maior complexidade nos demais níveis até o topo. Entre os pontos importantes colocados pelo Estado, está a definição da Regionalização e Hierarquização da rede de serviços e a criação das 18 Regionais de Saúde (SANTA CATARINA, 1990).

Inicialmente, o modelo assistencial proposto para o Estado foi implantado na Região da Grande Florianópolis, em 1990, composta por 12 municípios com uma população de 526.250 habitantes, impulsionada pelo projeto Pró -Saúde no período de 1990/91, que destinava recursos aos Estados para a reorganização dos serviços de saúde. Portanto, quanto à regionalização, entendeu-se que os municípios da Grande Florianópolis (18ª Regional de Saúde) compunham um só distrito sanitário (funcionalmente).

O modelo também exigia a hierarquização da rede de serviços, com clara definição dos papéis de cada unidade de saúde. A rede básica de saúde deveria

resolver 80% dos casos por ela atendidos, enquanto que os 20% restantes seriam encaminhados para a rede especializada, mais complexa e mais onerosa (BRASIL, 1983).

Foram definidos critérios para a fixação dos níveis de complexidade, com classificação das unidades em dois grupos, sendo um de Atenção Básica e outro de Atenção Especializada, segundo o tipo de serviços, que dispunham:

a) **Serviços de atenção básica**, compostos pelas unidades “Portas de Entrada” - unidades básicas de saúde caracterizadas por atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas por pessoal com formação elementar e média, médicos, odontólogos, enfermeiros, bioquímicos e farmacêuticos, devendo ter a percepção do indivíduo como um todo, objetivando a integralidade das ações. A rede básica da região era composta por 95 unidades de saúde, que foram classificadas em 3 tipos de unidades:

Os Postos de Saúde (PS), sem assistência médica e apenas com os serviços básicos de enfermagem.

Os Centros de Saúde (CS I), com assistência em clínica médica e odontológica, além dos serviços de enfermagem.

Os Centros de Saúde (CS II) com os serviços relacionados acima, somados à ginecologia, obstetrícia e pediatria, sendo complementados, em muitos casos, por atendimento em nutrição. Alguns também desenvolviam ações de assistência à mulher e à criança e outros tinham serviços próprios de laboratório.

O acesso a estas unidades dar-se-ia por procura direta do usuário.

b) **Serviços Especializados** composto pelas Unidades de Referência - unidades de saúde de nível 2 e 3, portanto unidades especializadas que só receberiam o paciente através do encaminhamento feito pelas Unidades Portas de Entrada (SANTA CATARINA, 1990).

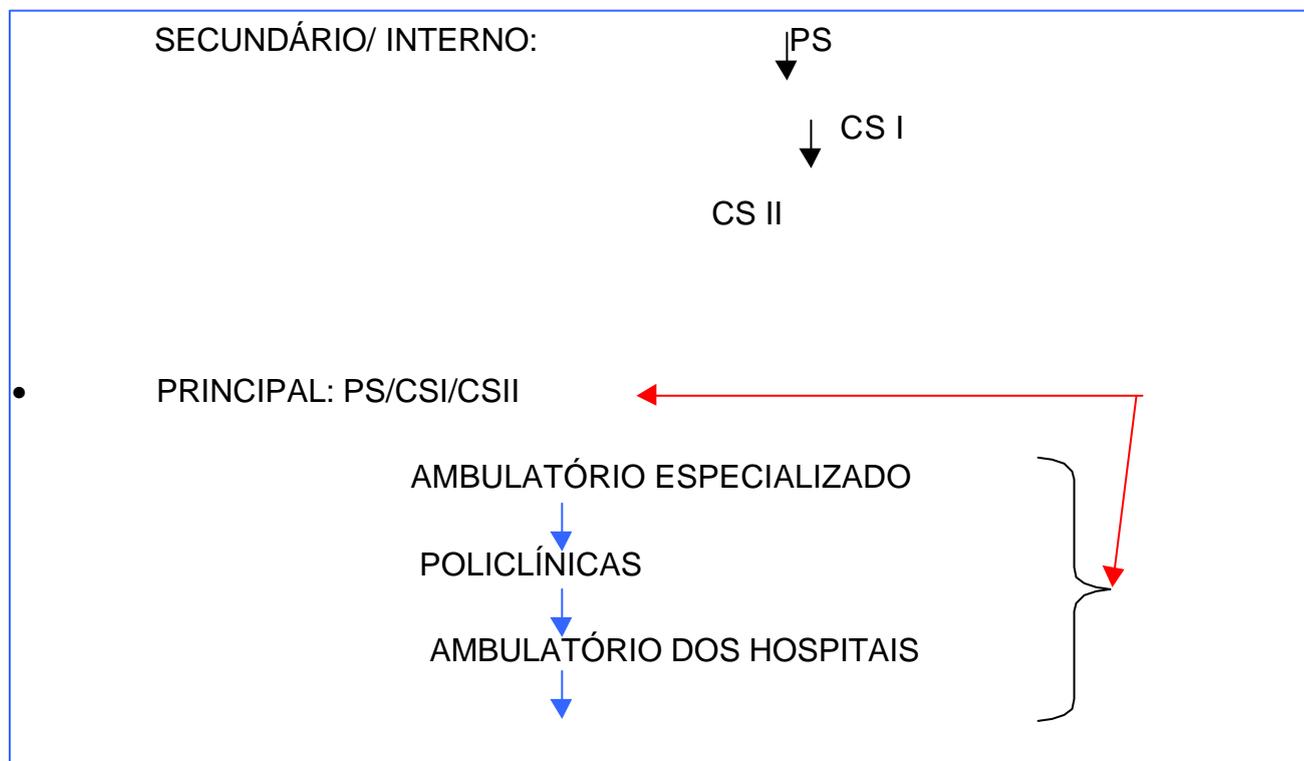
O conjunto das unidades de saúde classificado por níveis de complexidade deveria se articular, administrativa e tecnicamente, com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Esta articulação

entre as unidades de saúde dos diferentes níveis permitiria a utilização racional de todos os recursos disponíveis no sistema.

A regionalização e hierarquização dos serviços permitiriam a implantação do Sistema de Referência e Contra-referência. Quando se fala em Sistema de Referência está se falando de uma forma de organização que possibilite o acesso dos usuários que procuram cada unidade de saúde a todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde. O problema de uma unidade passaria a ser de responsabilidade de todos e haveria entre as unidades uma estreita relação funcional. (SANTA CATARINA, 1990).

Para tanto, foram estabelecidos dois fluxos. A figura 1 demonstra esquematicamente esta relação, onde o primeiro fluxo, chamado secundário, é o que ocorre entre as unidades básicas de saúde e o segundo fluxo, chamado de principal, é a relação que se estabelece entre as unidades básicas de saúde com as unidades de referência.

Figura1 -Sistema de referência e contra-referência:



O sistema de referência e Contra-referência, na prática, não se efetivou posto que, a busca pelos serviços continuava ocorrendo de forma desorganizada, a procura dos serviços mais complexos acontecia diretamente nas unidades de

referência, não havia definição de prioridades e nem se sabia a relação entre oferta e demanda.

A hierarquização da rede foi realizada quando da implantação do Modelo Assistencial, entretanto, não foi possível operacionalizar o sistema de referência e contra-referência.

Foi então que se deu início à construção da Central de Marcação de Consultas, como instrumento que viabilizasse o sistema de referência e contra-referência.

3.2 Implantação da Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis – C.M.C.

Através de projetos específicos, o Ministério da Saúde estimulou os Estados a implementarem a nova política, o SUS. Entre estes projetos estava o Pró – Saúde, criado em 28 de março de 1990, pela portaria nº 410/GM/MS, e efetivado em Santa Catarina através da assinatura do termo aditivo nº 07/90, entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde, em dezembro de 1990.

O projeto “Pró - Saúde” tinha os seguintes objetivos:

- Capacitar e orientar recursos humanos no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando propiciar aos usuários melhor atendimento, nos aspectos técnicos e humanitários;
- Implantar modelos gerenciais e administrativos guiados pelos preceitos da organização e racionalização do trabalho, estabelecendo prioridades e organizando atividades, dentro de metas e prazos pré - estabelecidos;
- Agilizar e disciplinar as ações e atividades concernentes aos serviços;

- Propiciar condições adequadas de instalações e equipamentos com vistas a um bom desempenho profissional e oferecimento de conforto, higiene e bem-estar aos usuários.

A partir da assinatura do referido convênio, deu-se início a elaboração do diagnóstico da situação do setor saúde na Grande Florianópolis, visando apresentar propostas no sentido de implementar o SUS. A equipe de gerência desse projeto, designada pela Secretaria de Estado da Saúde, deu início aos trabalhos e os resultados confirmaram o que a prática diária já havia demonstrado: atendimento por demanda espontânea, com emergências superlotadas, postos de saúde periféricos sem credibilidade e baixa resolubilidade, e filas extensas no ex -Posto de Assistência Médica (PAM) da Capital do Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS), onde estavam disponíveis a grande maioria das consultas especializadas que passaram para a administração do Estado. Os dois outros PAM's (Estreito e São José), por terem especialidades médicas e recursos tecnológicos escassos, foram municipalizados (SANTA CATARINA, 1990).

A partir do diagnóstico foi elaborada proposta, considerando-se três aspectos que deveriam ser trabalhados:

1. Utilização de recursos financeiros disponibilizados pelo Pró-Saúde para reformas, construções, ampliações e reequipamento das unidades ambulatoriais e hospitalares, buscando aumentar a resolubilidade destas;

2. Realização de treinamento para os servidores da rede municipal e estadual, incluindo o nível gerencial, para compreensão da proposta do Sistema Único de Saúde/SUS;

3. Criação de instrumento que de fato viabilizasse a hierarquização dos serviços de saúde, com implantação do sistema de referência e contra – referência.

Para viabilizar tal instrumento, foi assinado o convênio SUS/INAMPS/SES/SC Nº 02/DAS/91, tendo por objeto a instalação da Central de Marcação de Consultas.

A organização prévia da rede, baseada no Modelo Assistencial do Estado, que priorizava a Regionalização e Hierarquização da Rede, gerou a expectativa que, a partir daí, ocorreria a efetiva implantação do Sistema de Referência e Contra -

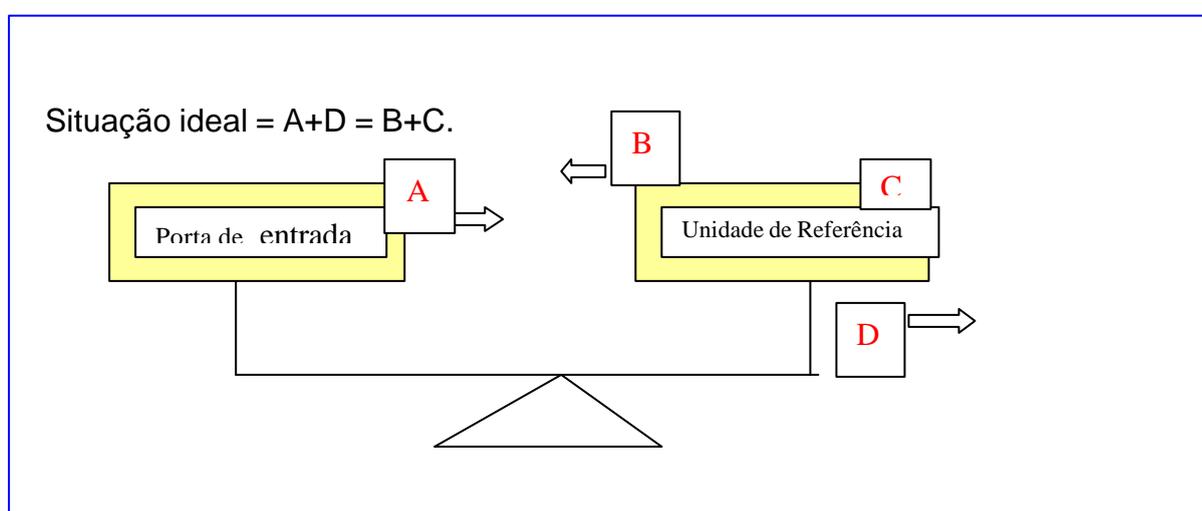
Referência, uma vez que os usuários do SUS necessitariam as consultas e serviços especializados, após passarem pelas unidades Portas de Entrada. Estas seriam responsáveis pelo atendimento do paciente, exceto os atendimentos de urgência e emergência, e também, por viabilizar o atendimento, quando este estivesse fora de sua capacidade.

Haveria, assim, equilíbrio entre a oferta e a demanda, desde que cada unidade cumprisse o seu papel, tendo um índice de resolubilidade superior a 80%, considerando por resolubilidade o não encaminhamento de pacientes, ou seja, encaminhando no máximo 20% dos pacientes por ela atendidos (BRASIL, 1994).

Este modelo assistencial, hierarquizado e regionalizado, supõe a existência de um médico capacitado a resolver de 80 a 90% dos problemas de saúde mais frequentes (BRASIL, 1994). A Reforma Sanitária tem buscado enfrentar os desafios da necessidade de melhorar a qualidade de vida a partir de um novo compromisso do médico assim como de outros profissionais de saúde, com a integralidade de ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação.

Às unidades especializadas caberia receber o paciente triado pelas unidades básicas e, após o atendimento do paciente, fazer a contra-referência à unidade básica que encaminhou o paciente, com as orientações necessárias para que o profissional da unidade de origem pudesse dar continuidade ao atendimento, sem que houvesse solução de continuidade. O comportamento ideal da rede hierarquizada está representado pela figura 2.

Figura 2: Comportamento da rede hierarquizada



A letra “A” representa os pacientes encaminhados das unidades básicas de saúde, o que não deveria ser superior a 20% da demanda, a “B” os pacientes atendidos nas unidades especializadas e devolvidos às unidades básicas. A “C” os pacientes atendidos nas unidades especializadas e não tendo seu problema resolvido são encaminhados dentro da unidade de referência e a “D” pacientes que, após serem atendidos na unidade de referência, não retornaram à unidade básica.

Situação de desequilíbrio causada na rede se daria por:

↑ A = *Baixa resolubilidade da porta de entrada devido a:*

- Inadequação dos recursos físicos
- Inadequação dos recursos humanos
- Fatores administrativos

↑ C e a ↓ B = *Baixa resolubilidade das Unidades de Referência*

- Tendência de “retenção” de pacientes
- Pouca oferta das consultas especializadas
- Número elevado de consultas de retorno

Ao longo do processo de implantação da C.M.C. foram realizados vários treinamentos de pessoal da rede de saúde da Grande Florianópolis e implementados novos documentos, no sentido de organizar a rede em conformidade com o Modelo Assistencial.

Dentre estes destacamos a definição e confecção de novos impressos do SUS: prontuário, ficha de encaminhamento, cartão de agendamento, com a finalidade de ordenar o fluxo dos pacientes.

O cartão de agendamento foi criado com a função de inscrever o usuário na rede de serviços. Somente as unidades básicas inscreveriam o usuário no sistema e o número da inscrição identificaria o município, a unidade e o próprio usuário. Cada usuário teria um único número de inscrição, o que permitiria analisar a referência por unidade, realizar supervisão dirigida e educação continuada nas unidades.

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.

A Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis foi concebida com base nos Princípios Constitucionais, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) e no Modelo Assistencial proposto para o Estado de Santa Catarina, com a finalidade de operacionalizar o sistema de referência e contra – referência. Tendo sido a pioneira no Brasil, inaugurada em agosto de 1991.

A C.M.C. da Grande Florianópolis está situada no 5º andar da Policlínica de Referência Regional (ex-Pam), na rua Esteves Júnior, sendo sua gerência exercida pela Secretaria de Estado da Saúde.

Quando da sua inauguração, em agosto de 1991, contava com 10 (dez) terminais de computação e 10 (dez) operadores, sendo 2 (dois) supervisores e 8 (oito) operadores, atualmente possui 14 (quatorze) terminais de computação com 13 (treze) operadores e 1 (um) supervisor, que recebem as chamadas dos postos de saúde, através de ligação telefônica. As chamadas telefônicas são distribuídas pelo DACT (Distribuidor Automático de Chamada Telefônica) o que garante maior agilidade no atendimento.

Desde 1991 a C.M.C. vem agendando um número crescente de consultas especializadas, sendo que, inicialmente assumiu 50% da oferta especializada da Policlínica de Referência Regional, e a partir do segundo ano assumiu a oferta da rede de serviços especializados da Grande Florianópolis, inclusive dos ambulatórios hospitalares, conforme mostra a figura 3:

FIGURA 3 - Agendamento de Cons. Especializadas - C.M.C., Grande Florianópolis- Período de 1991/2000.

ANO	TOTAL DE CONS. /ANO
1991	7.394
1992	10.636
1993	213.985
1994	235.734
1995	247.198
1996	228.212
1997	216.589
1998	224.133
1999	203.884
2000	212.787

Fonte:Relatórios C.M.C./SES/SC.

Inicialmente a Central agendava apenas consultas médicas e odontológicas num prazo máximo de 7 (sete) dias a partir da solicitação, isto é, a partir da entrada no sistema informatizado e de 15 (quinze) dias para as consultas de retorno. Este período de tempo foi definido como limite para que o usuário pudesse aguardar a consulta. Ressaltamos que a Central só agenda consultas ambulatoriais; os serviços de emergência mantêm a procura direta. Atualmente o prazo de espera é de 14 (quatorze) dias.

A partir de 1996 a C.M.C. passou a agendar, além das consultas médicas e odontológicas, serviços especializados de diagnose e terapia, entre eles, patologia clínica, radiologia, eletroencefalograma, eletrocardiograma e ultrassonografia.

Neste mesmo ano, foi instituída a “lista de espera”, como forma de amenizar a falta de vagas naquelas especialidades médicas, que têm descompasso entre a oferta e a procura.

A recente portaria ministerial nº95 de janeiro 2001, no capítulo II, que trata do fortalecimento da capacidade de gestão no SUS, estabelece: “cabe às Secretarias de Estado da Saúde - SES o estabelecimento de processos e métodos que assegurem entre outras coisas, a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de Regulação do sistema, mediante a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar o fluxo e garantir o acesso às referências”.

Com relação à responsabilidade de cada nível de governo na garantia de acesso da população referenciada, a portaria prevê:

(...) a garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados (BRASIL, 2001, cap II p.8).

A portaria 95/01 do Ministério da Saúde reafirma o que a equipe do Pró - Saúde já havia evidenciado em 1990, quando trabalhávamos na lógica da regulação da oferta e da demanda, como forma de garantir um sistema que permitisse o acesso dos usuários. Entretanto, o instrumento criado para regular este fluxo - a Central de Marcação de Consultas, não resolveu o problema de acesso da população aos serviços especializados, o que nos leva a buscar as possíveis causas do estrangulamento das consultas especializadas.

3.3. Questão Norteadora

A 18ª Regional de Saúde, região da Grande Florianópolis, local de atuação da Central de Marcação de Consultas, hoje é composta por 22 municípios e abrange

uma população de 777.027 habitantes (IBGE/CENSO, 2000), possui 179 unidades básicas de saúde, classificadas em Posto de Saúde – PS, Centro de Saúde I – CSI e Centro de Saúde II – CSII, e apresentou no ano de 2000 uma produção de 1.134.316 consultas.

Esta região, em 1998, possuía 6 (seis) equipes do Programa da Saúde da Família – PSF, em 1999, 26 (vinte seis) equipes e em 2000, 73 (setenta e três) equipes, sendo que das cidades mais populosas, apenas Florianópolis apresenta 29 equipes de PSF, que produziram 70.000 consultas médicas em 2000. Enquanto São José e Palhoça ainda hoje não dispõem de PSF.

Tendo como base o diagnóstico inicial realizado pela equipe do Pró-Saúde, observamos após a implantação da C.M.C., que alguns aspectos tiveram pouca alteração, como a credibilidade das unidades básicas de saúde, entretanto, outros apresentaram alterações significativas, como as extensas filas no ex- Pam do IINAMPS, que praticamente acabaram e a forma de acesso aos serviços especializados, que se tornou responsabilidade do sistema e não mais do usuário.

A equipe de coordenação da C.M.C., entre os anos de 1993 e 1994, produziu relatórios que constataram a persistência da baixa resolubilidade das unidades Portas de Entrada, com muitos encaminhamentos desnecessários, o “estrangulamento”³ de algumas especialidades (oftalmologia, neurologia, reumatologia e outras) e o descumprimento tanto por parte das unidades Portas de Entrada como as de Referência do seu papel no sistema.

Além destes relatórios, podemos constatar a existência de “estrangulamento” na oferta das consultas especializadas através da análise dos relatórios gerenciais que a Central produz mensalmente e que apontam as especialidades com 100% de ocupação.

Transcorridos quase dez anos da efetiva implantação da C.M.C. da Grande Florianópolis é preciso sistematizar informações para que se possa analisar as possíveis causas do estrangulamento na acessibilidade às consultas especializadas e com isso surge a questão norteadora deste estudo:

³ Estrangulamento, entendido como demanda reprimida.

- Se a Central foi criada para operacionalizar o sistema de referência, centralizando e distribuindo as consultas especializadas ofertadas pelo setor saúde, ou seja, regulando a oferta e a demanda, por que tem apresentado tantas dificuldades em garantir o acesso às consultas especializadas? O que tem gerado desequilíbrio na rede, refletindo no estrangulamento das consultas especializadas da Central de Marcação de Consultas?

Portanto, é provável que o estrangulamento esteja relacionado com a oferta da rede especializada e/ ou a resolubilidade da rede básica de saúde. Espera-se que a rede especializada tenha capacidade para atender os 20% dos casos encaminhados pela rede básica, e que os outros 80% sejam resolvidos nas unidades básicas de saúde. Neste sentido, as causas do estrangulamento podem estar relacionadas com:

- a baixa oferta da rede básica;
- a baixa resolubilidade da rede básica, quando encaminha mais de 20% de seus pacientes;
- a baixa oferta de consultas especializadas (menor que a necessidade);

Deste modo o desequilíbrio entre a oferta e a demanda pode gerar o estrangulamento das consultas especializadas, prejudicando o acesso dos usuários.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar as causas que geram o “estrangulamento” das consultas especializadas da Central de Marcação de Consultas.

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

⇒ Identificar as causas do “estrangulamento” das consultas especializadas da Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis, no período de 1998 a 2000.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

⇒ Descrever a oferta de consultas básicas e os encaminhamentos das unidades municipais de saúde

⇒ Descrever a evolução anual da oferta de consultas especializadas na C.M.C., evidenciando as especialidades estranguladas.

⇒ Verificar a procedência dos usuários atendidos pela C.M.C.

⇒ Analisar a relação entre a oferta de consultas especializadas e a demanda das unidades básicas de saúde.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso descritivo, no qual buscamos identificar as causas do estrangulamento das consultas especializadas na C.M.C. da Grande Florianópolis.

A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática dos fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Esse método se caracteriza por ser um estudo intensivo. Deve considerar, principalmente, a compreensão como um todo, do assunto investigado. (Fachini, 2001)

O estudo de caso tem como finalidade selecionar um objeto de pesquisa restrito e aprofundar-lhe os aspectos característicos. O objeto pode ser qualquer fato/fenômeno individual ou um de seus aspectos. É também comum a utilização do estudo de caso quando se trata de reconhecer num caso, um padrão científico já delineado, no qual possa ser enquadrado (SANTOS,1999).

Embora o estudo de caso seja de grande valia, requer certa combinação de critérios na seleção de casos, bem como na compreensão, a fim de interpretá-los. (Fachini, 2001)

O universo deste estudo foi a oferta de consultas básicas e os encaminhamentos realizados pelas unidades básicas de saúde dos 22 municípios da Grande Florianópolis, no período de 1998 a 2000, bem como, a oferta de consultas especializadas da Central de Marcação de Consultas no mesmo período. Consulta especializada, aqui entendida, como aquela realizada por profissionais médicos, não generalistas, com limitação a um ramo particular da medicina e que esteja disponibilizada pela C.M.C.

Na pesquisa utilizamos dados secundários, obtidos no banco de dados do Datasus⁴/MS e CIASC⁵/CMC., no período de 1998 a 2000.

Parte da coleta de dados foi realizada via internet, onde buscamos a

produção de consultas básicas dos 22 municípios da Grande Florianópolis. Consideramos a produção apresentada que se mostra superior a produção aprovada em aproximadamente 10%. Este fato é explicado pela Diretoria de Inspeção à rede de saúde- SES/SC, por dois motivos, falta de teto financeiro para pagamento e/ou por erro no preenchimento do boletim de produção ambulatorial (BPA). Nestas duas situações ocorre a glosa.

A partir destes dados foram analisados: o volume de consultas realizadas e a necessidade de consultas por município, aplicando-se o parâmetro de cobertura das consultas. Trabalhamos com parâmetros de cobertura e de produtividade (anexo2), estabelecidos pelo Ministério da Saúde através da Consulta Pública 01, de dezembro de 2000, que no cálculo de necessidade de consultas básicas é semelhante ao estudo realizado em Santa Catarina.

O número de encaminhamentos realizados pelos municípios foi buscado nos relatórios da C.M.C.. O cruzamento destes dados indica a resolubilidade das unidades. Resolubilidade entendida como o encaminhamento de no máximo 20% dos pacientes atendidos nas unidades básicas.

Para análise da oferta especializada e disponibilizada pela C.M.C. coletamos os dados nos relatórios gerados pela mesma, como também, nos arquivos eletrônicos do CIASC. A partir destes, verificamos a evolução da oferta de consultas especializadas, e em particular, a evolução de algumas especialidades estranguladas (utilizando o critério de 90% a 100% de ocupação), bem como, a relação de pacientes atendidos por procedência, a produção dos profissionais em consultas especializadas e a necessidade de consultas especializadas conforme o parâmetro da consulta pública.

O cruzamento destas informações permitiu a análise da relação entre a oferta e a demanda. Com o propósito de facilitar a apresentação dos dados, estes foram divididos em 3 (três) grupos:

Grupo 1- Consultas básicas ofertadas nos municípios da Grande Florianópolis. Neste grupo podemos perceber o comportamento da rede municipal de saúde na oferta das consultas básicas e sua relação com a necessidade de

⁴ Departamento de Informática do MS.

consultas da população (Anexo 3). Separadamente mostramos a situação da oferta e da necessidade de consultas de pediatria e ginecologia/obstetrícia nos mesmos anos.

Grupo 2- Encaminhamentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde à C.M.C. Aqui apresentamos a situação dos municípios da Grande Florianópolis em relação aos encaminhamentos realizados por suas unidades de saúde à C.M.C.

Grupo 3 - Consultas especializadas ofertadas na C.M.C.. Verificamos neste grupo a evolução anual da oferta de consultas especializadas na C.M.C. e, individualmente, as trinta e uma especialidades estranguladas. Vale salientar, que a Central trabalha com aproximadamente 74 especialidades médicas, pois, cadastra especialidades e subespecialidades. Analisamos ainda a distribuição das consultas especializadas da C.M.C. na Grande Florianópolis e no restante do Estado.

Para a análise utilizamos três variáveis, quais sejam: ACESSO, REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO

Na figura 4 apresentamos os indicadores, o conceito operacional utilizado e a forma de medida das variáveis:

Figura 4 – Esquema das variáveis utilizadas

VARIÁVEL – ACESSO
INDICADOR – Taxa de acesso às consultas especializadas.
CONCEITO OPERACIONAL –É a disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreendendo as características do recurso que, facilita ou dificulta o seu uso por parte dos clientes potenciais.
MEDIDA- Relação entre a oferta de consultas especializadas e a necessidade das mesmas, segundo os parâmetros antes mencionados. Percentual de consultas especializadas solicitadas em relação às consultas ofertadas. Considerando o ideal de 20%de pacientes encaminhados.
VARIÁVEL –REGIONALIZAÇÃO

⁵ Centro de Informática e Automação de Santa Catarina

<p>INDICADOR – Taxa de atendimento de consultas especializadas aos usuários residentes na Grande Florianópolis.</p>
<p>CONCEITO OPERACIONAL É a distribuição dos serviços numa área geográfica delimitada, com definição da população a ser atendida.</p>
<p>MEDIDA – Percentual de atendimentos dos usuários residentes na Grande Florianópolis em relação ao total de consultas agendadas.</p>
<p>VARIÁVEL – HIERARQUIZAÇÃO.</p>
<p>INDICADOR – Taxa de resolubilidade das unidades básicas</p>
<p>CONCEITO OPERACIONAL – É a organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, determinada pela garantia de resolubilidade que cada nível deve ter.</p>
<p>MEDIDA – Percentual do total de encaminhamentos feitos em relação ao total de consultas básicas realizadas.</p>
<p>Número de consultas básicas realizadas em relação à necessidade de oferta das mesmas, considerando o parâmetro de necessidade de 1,7 consulta básica/ habitante/ano.</p>

6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

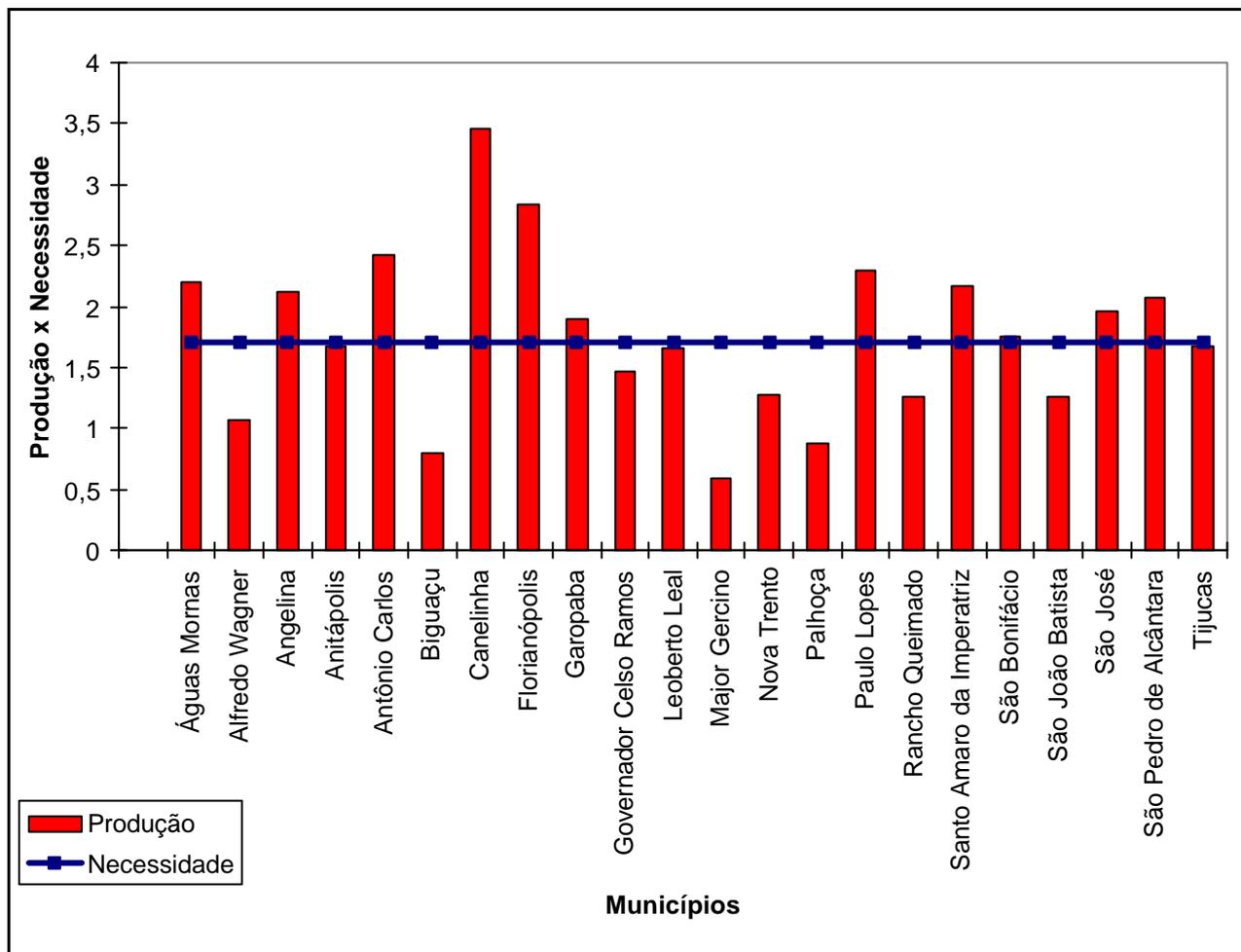
Neste capítulo apresentamos os dados das consultas básicas dos municípios da Grande Florianópolis nos anos de 1998, 1999 e 2000, bem como os dados referentes às consultas especializadas disponibilizadas pela CMC no mesmo período.

6.1 CONSULTAS BÁSICAS OFERTADAS NOS MUNICÍPIOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS (Grupo 1).

A oferta de consultas básicas, considerada para análise, foi a produção apresentada no boletim de produção ambulatorial (BPA) do SIA/SUS, que é o instrumento oficial do Ministério da Saúde para registro de produção. Para fins de apresentação, a produção de consultas básicas foi dividida pelo número de habitantes do município, visando a comparação com a necessidade destas consultas, que é de 1,7 consulta básica habitante/ano, conforme consulta pública 01 do Ministério da Saúde.

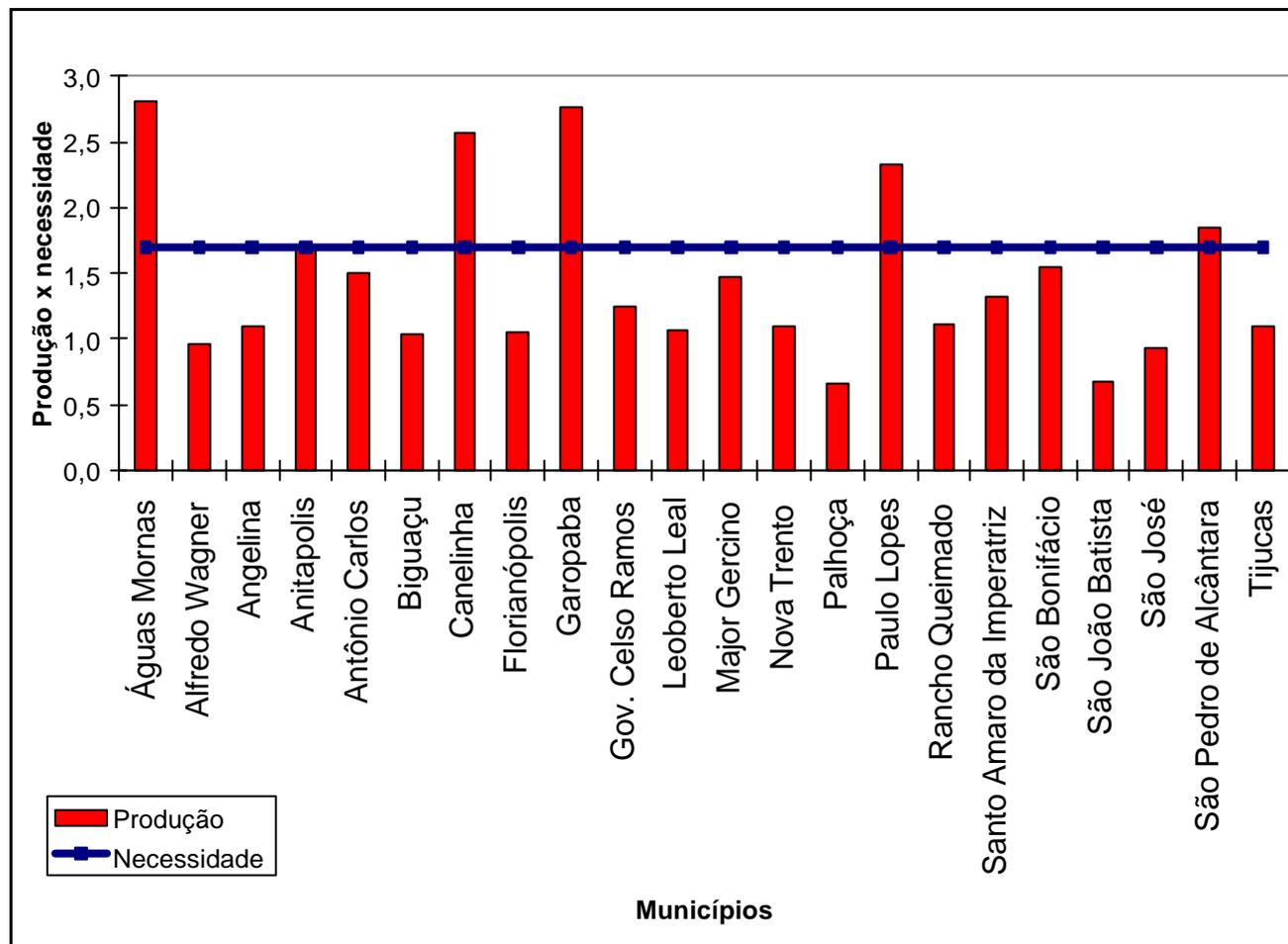
Neste item apresentamos a produção de consultas básicas por habitante/ano ofertadas pelos municípios da Grande Florianópolis e a necessidade de consultas, nos anos de 1998, 1999 e 2000.

GRÁFICO 1 – Relação entre a produção e a necessidade de consultas básicas na Grande Florianópolis no ano de 1998.



Destacamos no Gráfico 1, a relação existente entre a oferta e a necessidade de consultas básicas nos municípios de Águas Mornas, Angelina, Antônio Carlos, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Paulo Lopes, Santo Amaro, São José e São Pedro de Alcântara, que ofertaram, no ano de 1998, maior número de consultas básicas do que a necessidade apresentada por esta população, enquanto que os municípios de Alfredo Wagner, Biguaçu, Governador Celso Ramos, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Rancho Queimado, e São João Batista, não atenderam a demanda de consultas básicas. Os municípios de Anitápolis, Leoberto Leal, São Bonifácio e Tijucas, encontram-se equilibrados entre o número de consultas básicas ofertadas e a necessidade.

GRÁFICO 2– Relação entre a produção e a necessidade de consultas básicas na Grande Florianópolis no ano de 1999.

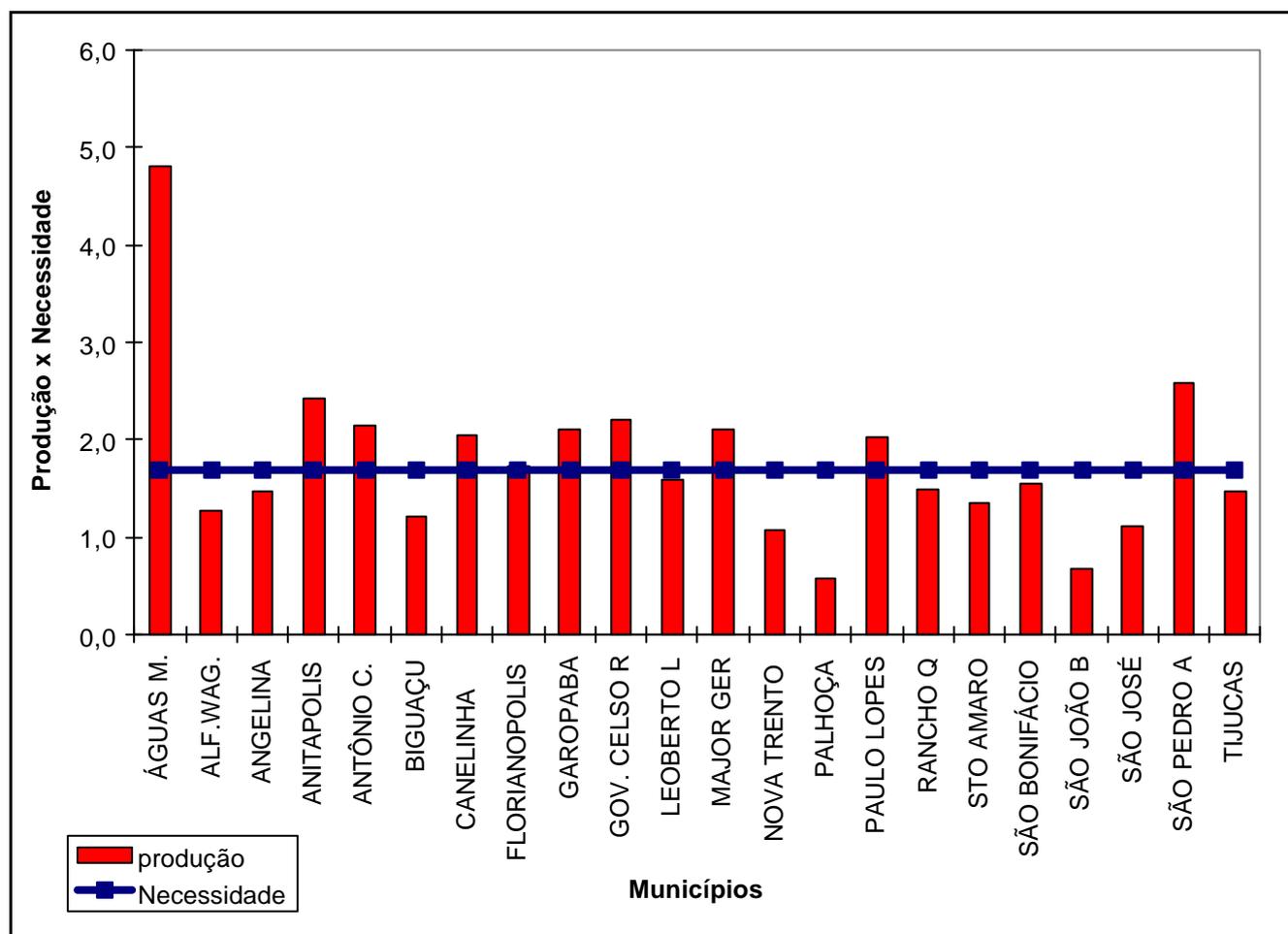


No ano de 1999, os municípios de Águas Mornas, Canelinha, Garopaba, Paulo Lopes e São Pedro de Alcântara, produziram mais consultas básicas do que a necessidade. Já os municípios de Alfredo Wagner, Antônio Carlos Angelina, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José e Tijucas, produziram, no mesmo ano, menos consultas básicas do que a necessidade apresentada pela população. O município de Anitápolis produziu consultas básicas em quantidade suficiente à necessidade.

Chamam atenção os municípios de Florianópolis e São José, vez que em 1998 apresentavam produção de consultas superior a necessidade e em 1999, inverteram a relação de oferta e necessidade. Passaram a apresentar quase o dobro de necessidade em relação às consultas ofertadas. Uma das possíveis causas desta inversão pode estar no preenchimento do Boletim de Produção Ambulatorial, pois

não há informação sobre a redução do número de médicos disponíveis, capaz de justificar a diferença do ano de 1998 para o de 1999. Os demais municípios da Grande Florianópolis, mantém a relação entre produção e necessidade próxima a apresentada em 1998.

GRÁFICO 3 – Relação entre a produção e a necessidade de consultas básicas na Grande Florianópolis no ano de 2000.



No Gráfico 3 verificamos que os municípios de Águas Mornas, Anitápolis, Antônio Carlos, Canelinha, Garopaba, Governador Celso Ramos, Major Gercino, Paulo Lopes e São Pedro de Alcântara, no ano de 2000, ofertaram mais consultas básicas do que a necessidade, enquanto, os municípios de Alfredo Wagner, Angelina, Biguaçu, Leoberto Leal, Nova Trento, Palhoça, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José e Tijucas, ofertaram

abaixo da necessidade. No mesmo ano, o município de Florianópolis manteve, de certa forma, o equilíbrio entre a oferta e a necessidade de consultas básicas.

Fazem parte da clínica básica as consultas de: pediatria, clínica médica, ginecologia/obstetrícia e clínica cirúrgica. Quando os municípios não oferecem o conjunto das clínicas básicas, isto afeta a resolubilidade das unidades de saúde e tem reflexo na CMC, haja vista a pediatria e a ginecologia/obstetrícia estarem disponíveis na Central.

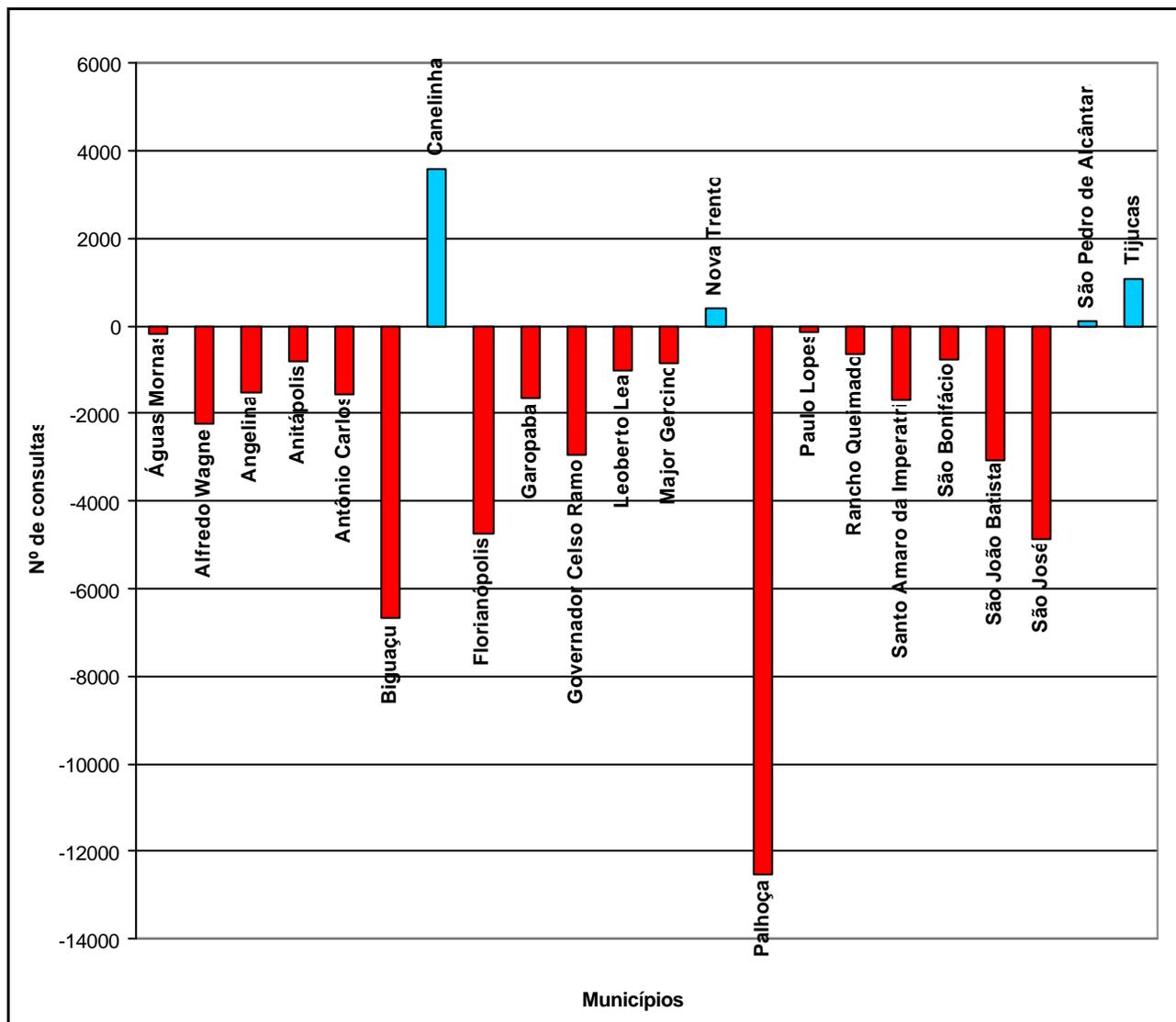
A partir destas considerações apresentamos separadamente a oferta de consultas de pediatria e ginecologia/ obstetrícia ofertada pelos municípios da Grande Florianópolis. Apresentamos ainda a necessidade das mesmas segundo o parâmetro de cobertura assistencial que é de 1,7 consultas básicas/habitante/ano. Dessa forma, esperamos evidenciar a resolubilidade das unidades básicas de saúde, que deveriam atender a esta demanda.

A partir do parâmetro estabelecido para as consultas básicas, define-se o percentual para as consultas de pediatria e ginecologia/obstetrícia. A pediatria corresponde a 15% do total de consultas básicas e a gineco/obstetrícia corresponde a 11,5% do total das consultas básicas.

6.1.1 CONSULTAS DE PEDIATRIA

Neste item mostramos o cálculo de necessidades de consultas de pediatria e comparamos com a oferta destas consultas e apresentamos a diferença entre a oferta e a necessidade. Os municípios que tiveram resultado negativo, estão representados pela cor vermelha, significando que a necessidade é maior do que a oferta. Os que tiveram resultado positivo, estão representados pela cor azul e tem oferta superior à necessidade.

GRÁFICO 4 - Diferença entre a oferta de consultas de Pediatria e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 1998.

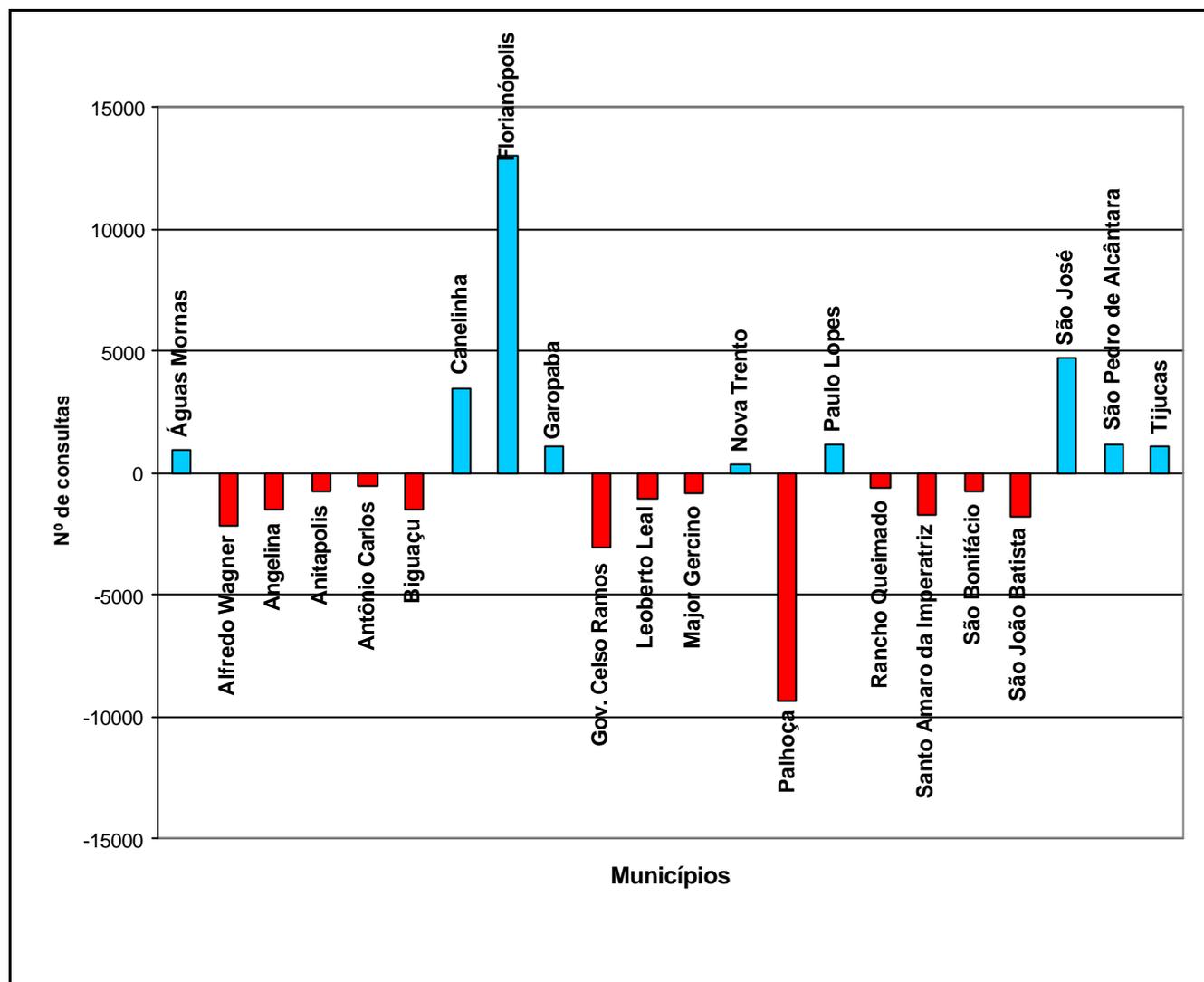


■ negativo

■ positivo

No Gráfico 4 verificamos que 82% dos municípios da Grande Florianópolis, representados pela cor vermelha, em 1998, não ofertaram consultas de pediatria em quantidade suficiente para atender a necessidade de seus municípios, totalizando aproximadamente um déficit de 43.000 consultas de pediatria. Os municípios de Canelinha, Nova Trento, São Pedro de Alcântara e Tijucas, representados pela cor azul, ofertaram consultas básicas de Pediatria acima da necessidade, segundo os parâmetros estabelecidos.

GRÁFICO 5 – Diferença entre a oferta de consultas de Pediatria e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 1999.



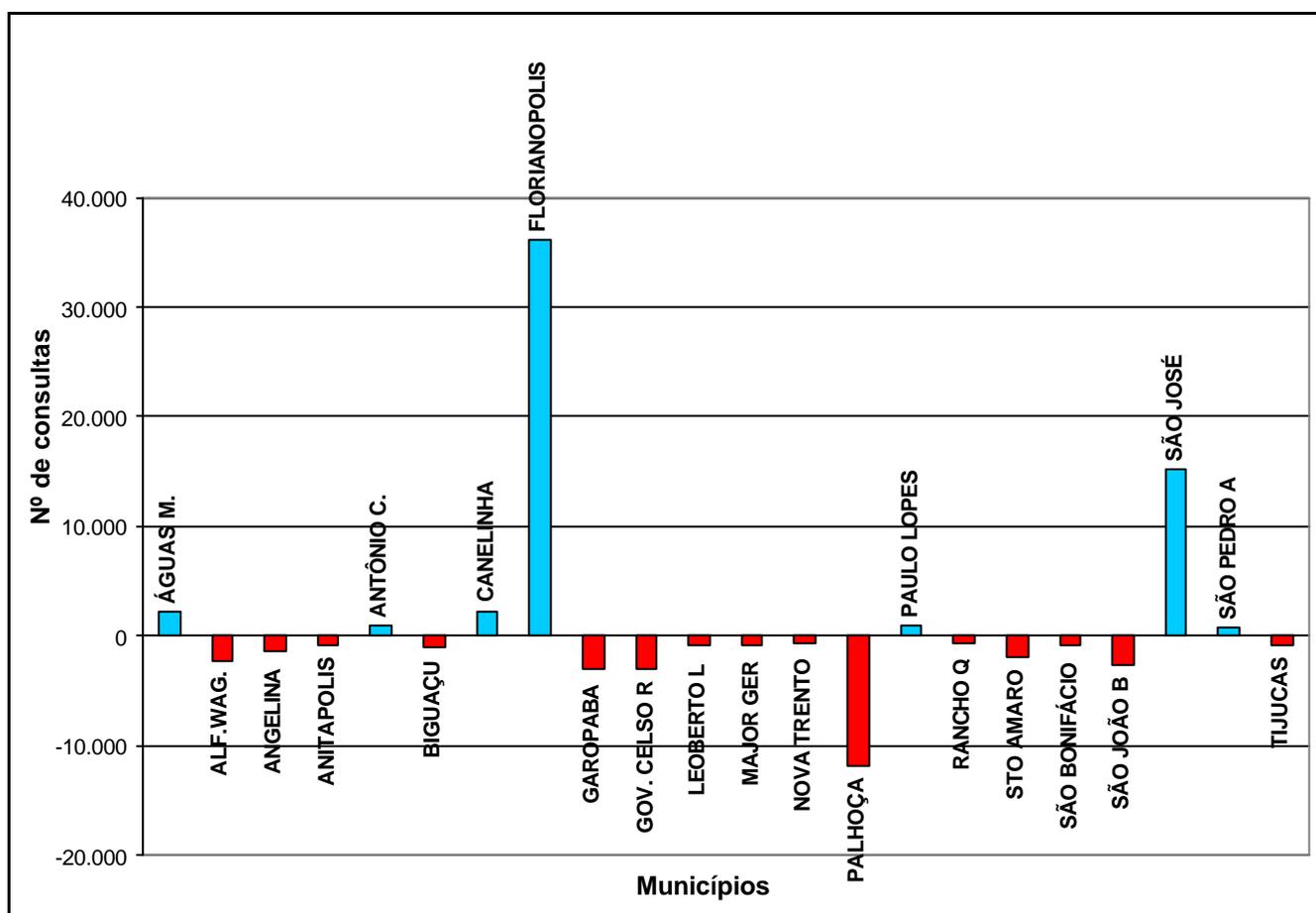
■ negativo

■ positivo

Constatamos no Gráfico 5 um incremento nas consultas de pediatria nos dois municípios mais populosos da Grande Florianópolis, Florianópolis e São José, o que muda, significativamente, a situação das consultas de pediatria no ano de 1999, onde percebemos um superávit de aproximadamente 1.100 consultas. Em relação ao ano de 1998, estes dois municípios diminuíram sua oferta total de consultas básicas, entretanto, aumentaram a oferta de consultas de pediatria.

Os municípios de Canelinha e Tijucas, continuam apresentando maior produção de consultas de pediatria relacionada a sua necessidade, repetindo a situação de 1998. O município de São Pedro de Alcântara aumentou sua produção de consultas em pediatria quando comparando com o ano anterior. Os demais municípios da Grande Florianópolis (18) mantiveram sua produção abaixo da necessidade apontada pelo parâmetro.

GRÁFICO 6 – Diferença entre a oferta de consultas de Pediatria e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 2000



■ negativo

■ positivo

No Gráfico 6 evidenciamos a situação da oferta de pediatria nos municípios da Grande Florianópolis, no ano de 2000. Neste ano 68% dos municípios não

disponibilizaram quantidade suficiente de consultas em pediatria, entretanto, como os 2 municípios mais populosos, Florianópolis e São José, ofertaram acima da necessidade, a região apresenta um superávit de aproximadamente 25.000 consultas.

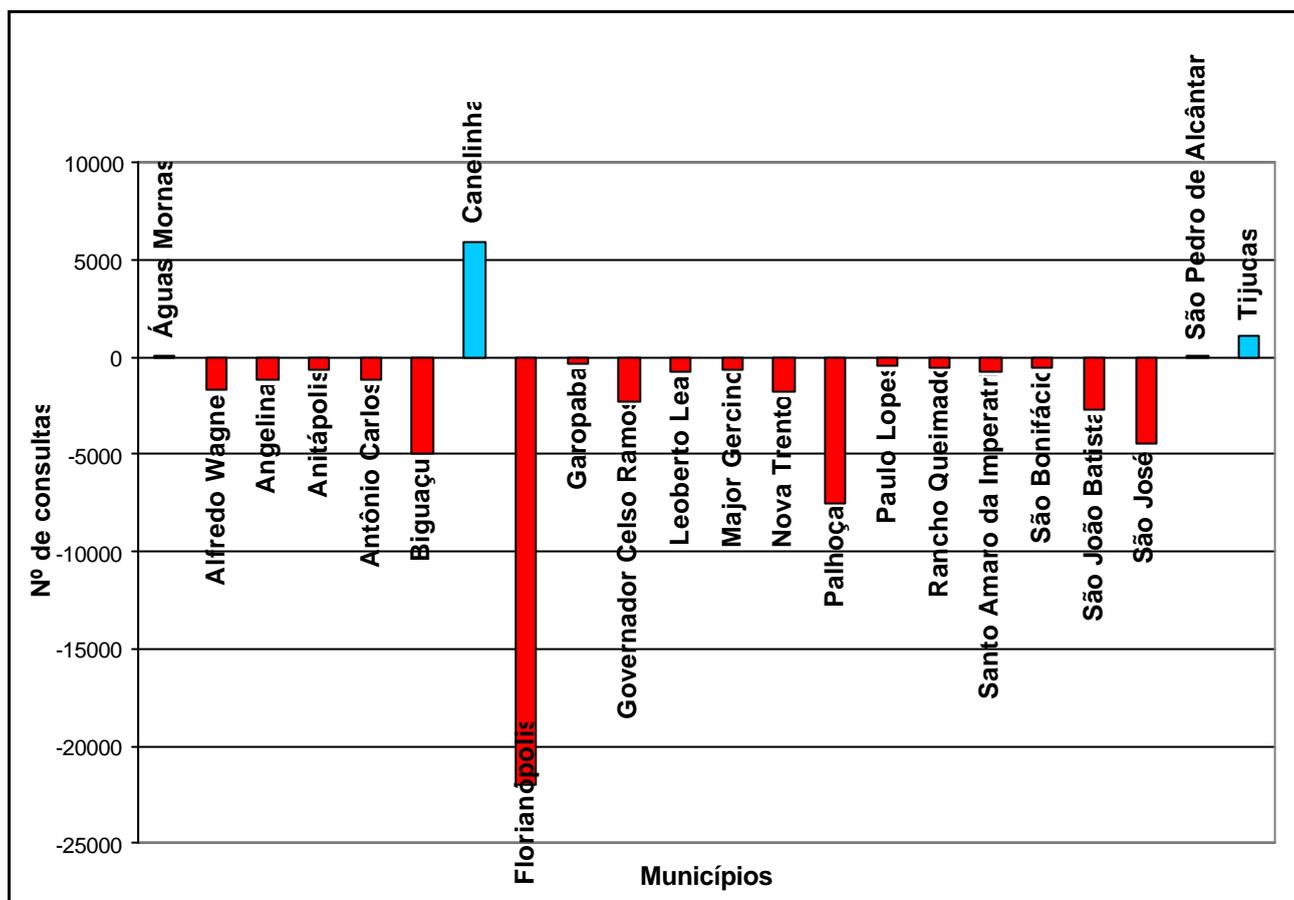
Os municípios de Águas Mornas, Canelinha, Florianópolis, Paulo Lopes, São José e São Pedro de Alcântara, disponibilizaram mais do que a necessidade no ano de 2000, repetindo a situação de 1999. Chamam a atenção os municípios de Florianópolis e São José que duplicaram a produção de consultas de pediatria em relação ao ano de 1999. O município de Tijucas, no ano de 2000, apresentou déficit nas consultas de pediatria, situação diferente dos anos de 1998 e 1999. Os demais municípios mantêm a mesma situação dos anos anteriores.

Verificamos que nos municípios da Grande Florianópolis a oferta de consultas de pediatria está aquém da necessidade da população. Sabe-se que o clínico geral poderia atender a esta clientela, entretanto, essas consultas estão sendo ofertadas na Central, o que pode significar o não atendimento na rede básica, necessitando de encaminhamento para um nível mais complexo.

6.1.2 CONSULTAS DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

Neste item, demonstramos a relação entre a necessidade de consultas de ginecologia/obstetrícia com a oferta, para apresentar a diferença entre elas. Os municípios que tiveram resultado negativo, estão representados pela cor vermelha, significando que a necessidade é maior do que a oferta. Os que tiveram resultado positivo estão representados pela cor azul e tem oferta superior à necessidade.

GRÁFICO 7 – Diferença entre a oferta de consultas de ginecologia/obstetrícia e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 1998

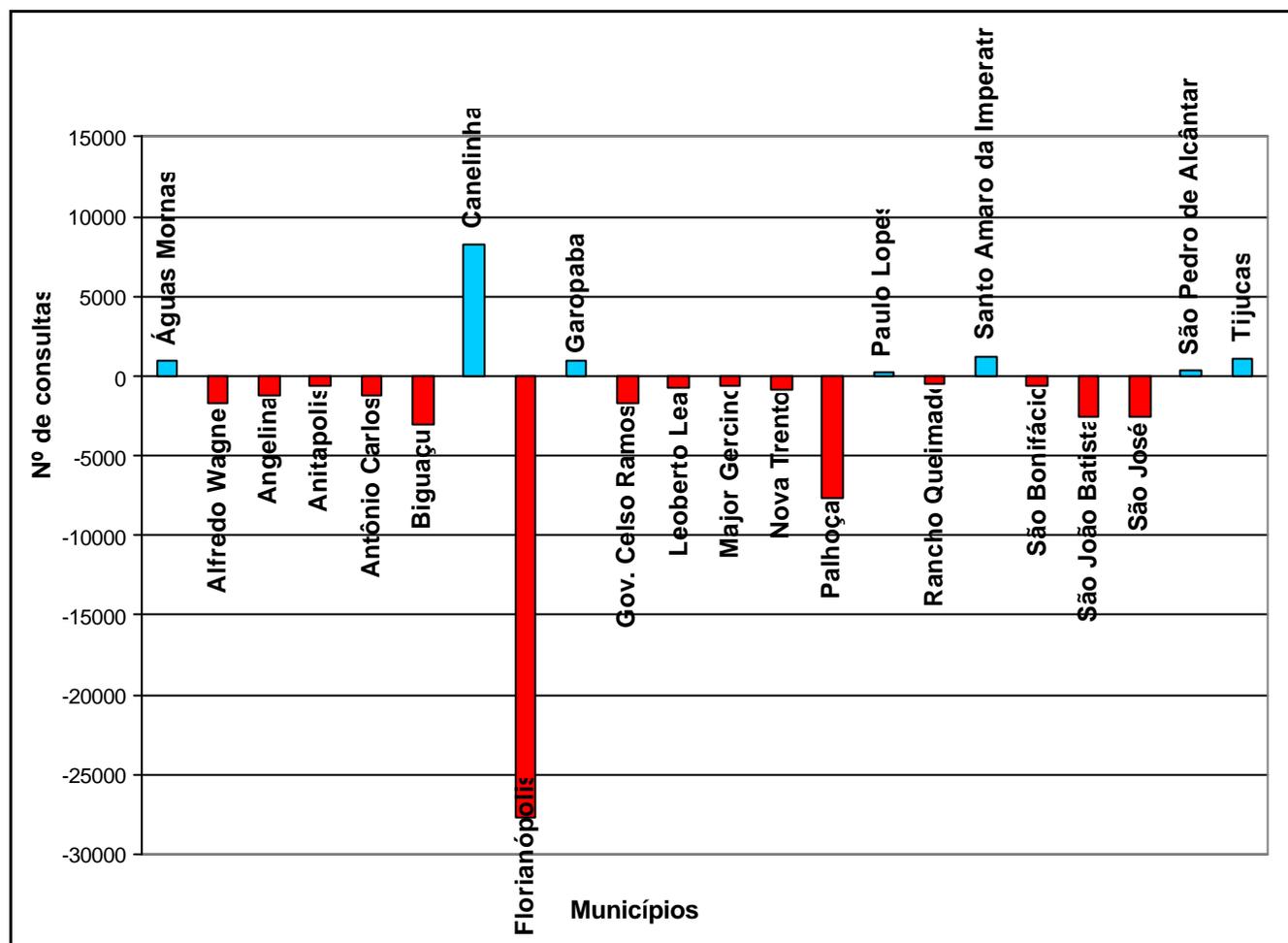


■ negativo

■ positivo

Com o Gráfico 7, demonstramos a oferta de ginecologia/obstetrícia nos municípios da Grande Florianópolis, no ano de 1998, sendo que 91% dos municípios não disponibilizaram número suficiente de consultas, totalizando aproximadamente 47.000 mulheres e gestantes que ficaram sem atendimento na rede básica. Os municípios de Águas Mornas, Canelinha e Tijucas, ofertaram maior número de consultas de ginecologia/obstetrícia que a necessidade apontada pelos parâmetros.

GRÁFICO 8 – Diferença entre a oferta de consultas de ginecologia/obstetrícia e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 1999

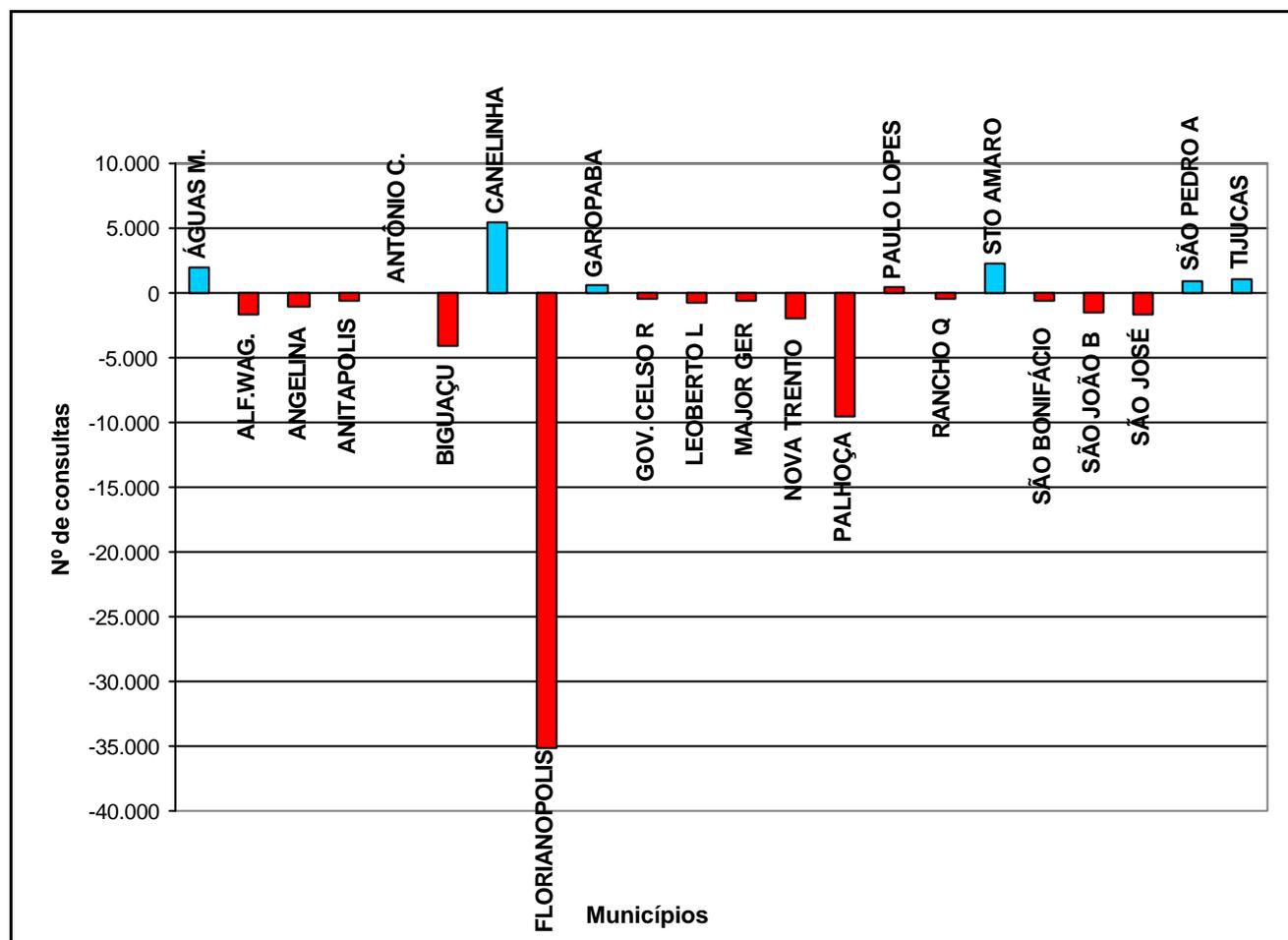


■ negativo

■ positivo

No Gráfico 8, mostramos que a disponibilidade de consultas de ginecologia/obstetrícia no ano de 1999, não difere muito do ano anterior. Os municípios de Canelinha e Tijucas, continuaram disponibilizando mais que a necessidade apresentada, repetindo o comportamento de 1998. Em relação ao ano anterior, houve uma melhoria nos municípios de Águas Mornas, Garopaba, Santo Amaro da Imperatriz e São Pedro de Alcântara, que em 1999 passaram a ofertar consultas de ginecologia suficientes para atender a demanda. Entretanto, Florianópolis, o maior município da região, agravou ainda mais seu déficit em consultas de ginecologia/obstetrícia.

GRÁFICO 9 - Diferença entre a oferta de consultas de Ginecologia/Obstetrícia e a necessidade, segundo parâmetros, na Grande Florianópolis, 2000



■ negativo

■ positivo

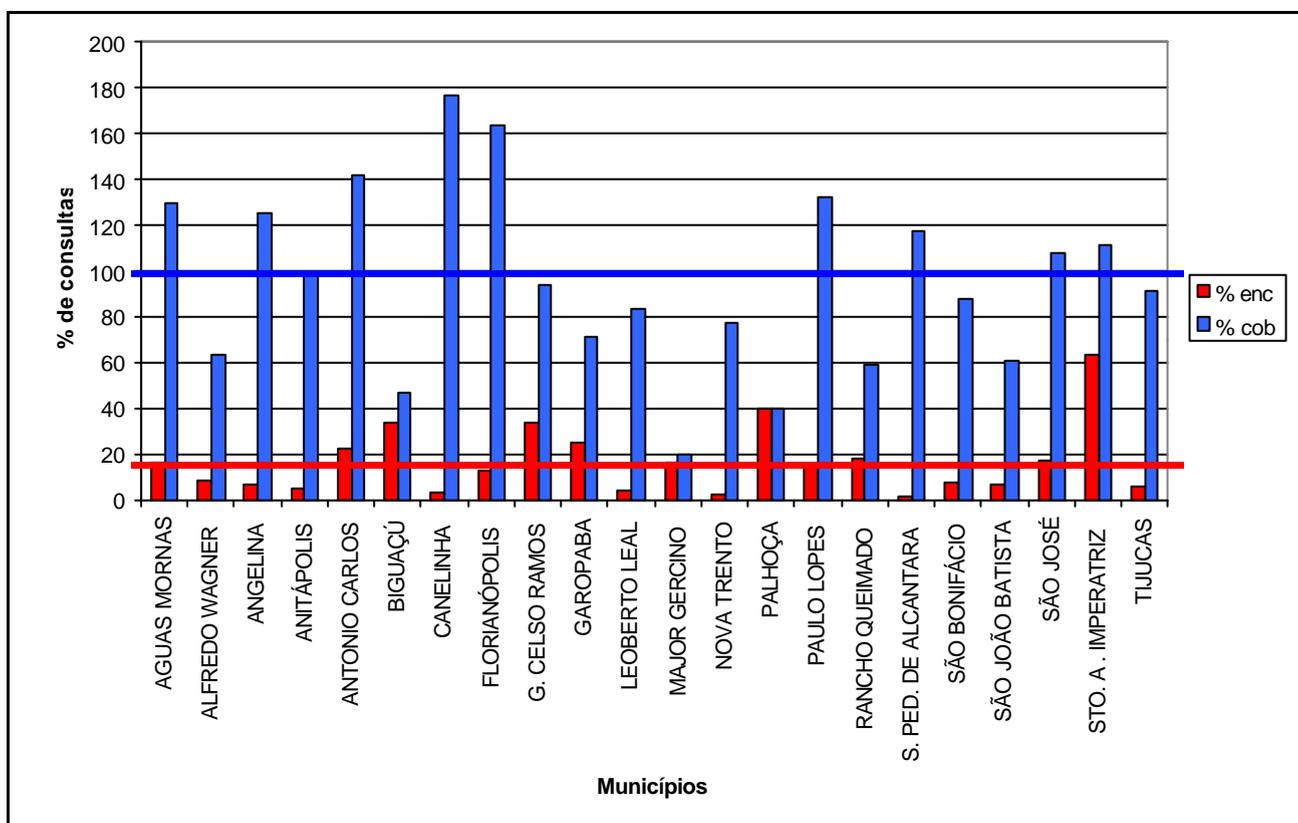
Em 2000, no Gráfico 9 confirmamos a situação do ano anterior nos municípios de Águas Mornas, Canelinha, São Pedro de Alcântara e Tijucas, nos quais a disponibilidade de consultas de ginecologia/obstetrícia era maior que a necessidade apresentada pela população. Os municípios de Florianópolis e São José, mantiveram a mesma situação do ano de 1999, sendo que em Florianópolis houve aumento no déficit de consultas de ginecologia/obstetrícia em aproximadamente 10.000 consultas.

6.2 ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELAS UNIDADES BÁSICAS (Grupo 2)

Neste grupo apresentamos o comparativo entre o percentual de cobertura de consultas básicas e o percentual de encaminhamentos realizados pelos municípios da Grande Florianópolis à Central de Marcação de Consultas.

A partir desta comparação verificamos quais os municípios estavam encaminhando 20% de seus pacientes para a Central. Para encaminharem 20% de seus pacientes, deveriam estar atendendo 100% de sua população em consultas básicas. O percentual de encaminhamentos recomendado pelo Ministério da Saúde é de 20% do total de consultas básicas realizadas (BRASIL, 1994).

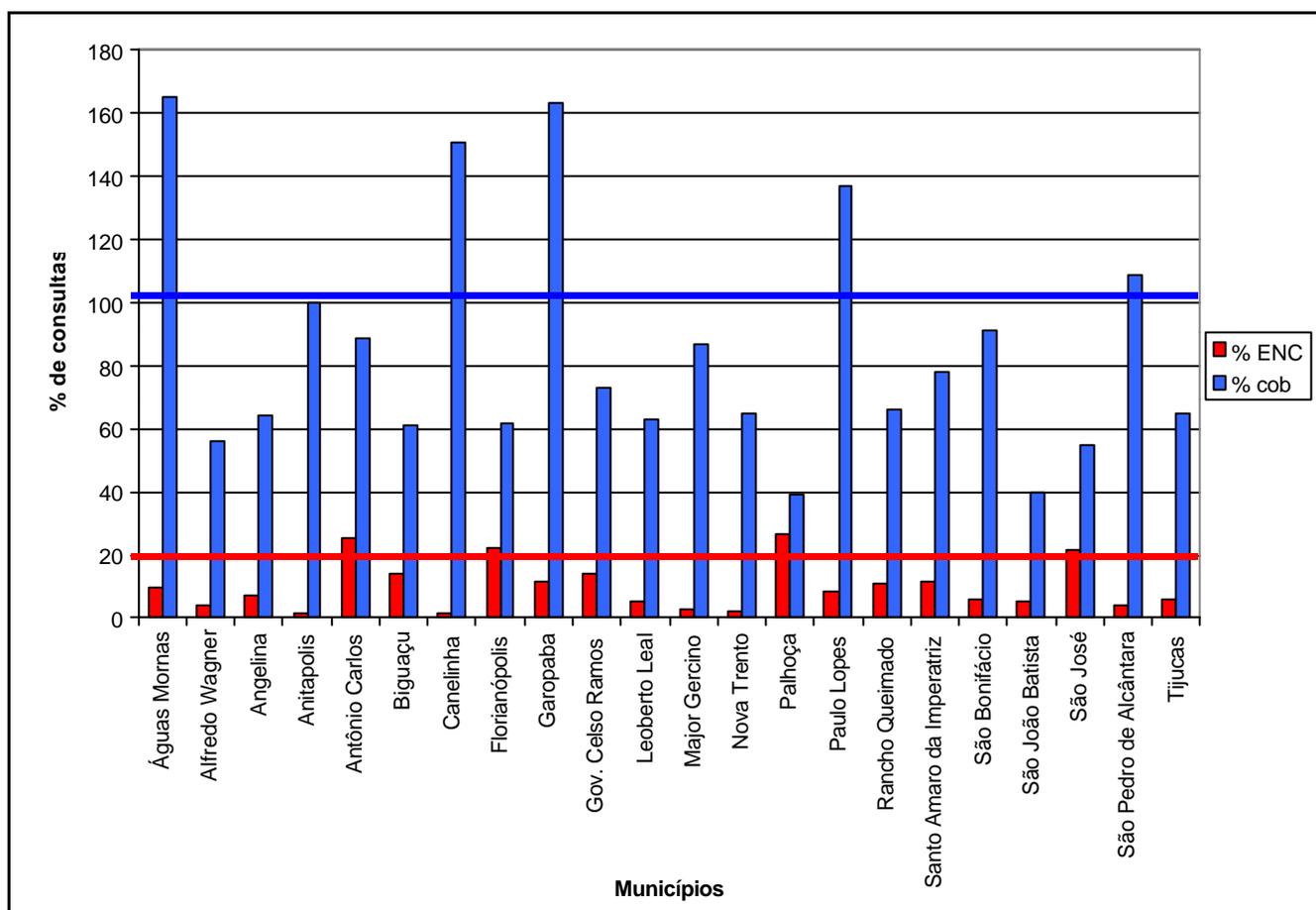
GRÁFICO 10 – Comparativo entre o percentual de cobertura das consultas básicas e o percentual de encaminhamentos realizados pelos municípios da Grande Florianópolis, 1998



Em 1998, dos 22 municípios da Grande Florianópolis, apenas 9 municípios, Águas Mornas, Angelina, Antônio Carlos, Canelinha, Florianópolis, Paulo Lopes, São Pedro de Alcântara, São José e Santo Amaro da Imperatriz, garantiram cobertura em consultas básicas à sua população. Destes, Antônio Carlos e Santo Amaro da Imperatriz, encaminharam acima de 20% de seus pacientes, destacando-se, Santo Amaro da Imperatriz que encaminhou 60% de seus pacientes à Central.

Os demais municípios (13) não garantiram a cobertura de consultas básicas e destes, 4 municípios, Biguaçu, Governador Celso Ramos, Garopaba e Palhoça encaminharam mais de 20% de seus pacientes à C.M.C.

GRÁFICO 11- Comparativo entre o percentual de cobertura das consultas básicas e o percentual de encaminhamentos realizados pelos municípios da Grande Florianópolis, 1999.

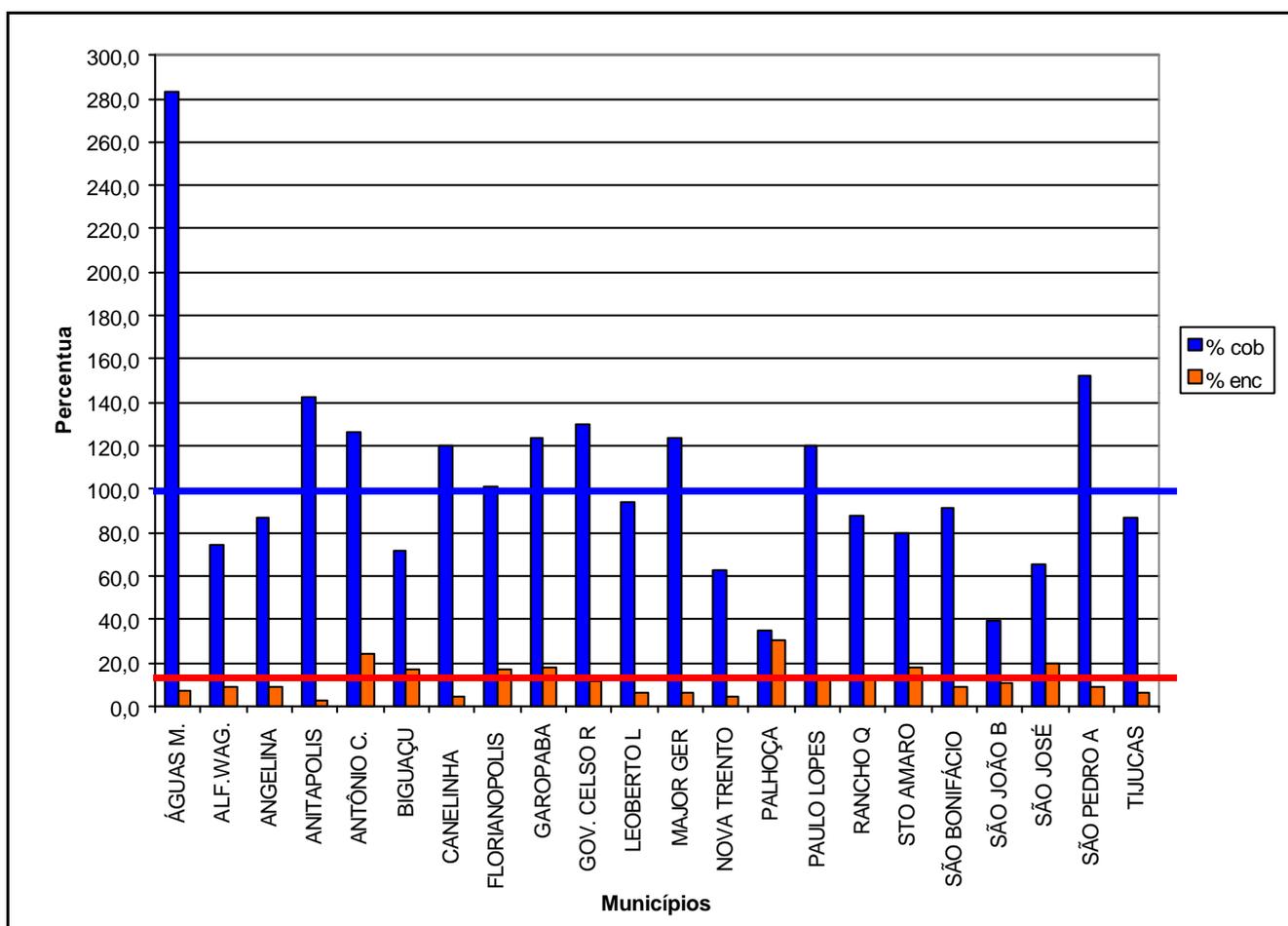


No ano de 1999, Gráfico 11, vemos que apenas 6 municípios da Grande Florianópolis, Antônio Carlos, Anitápolis, Canelinha, Garopaba, Paulo Lopes e São Pedro de Alcântara, ofertaram consultas básicas suficientes à população, garantindo

assim, a cobertura a seus municípes. Destes, somente Antônio Carlos encaminhou 20% de seus pacientes para a C.M.C.

Os outros municípios (16) não garantiram a cobertura de consultas básicas à sua população. Destes, os municípios de Antônio Carlos, Florianópolis, Palhoça e São José, encaminharam numero além do estabelecido, ou seja, acima de 20% dos pacientes atendidos na rede básica. Neste ano, 1999, podemos verificar uma redução no número de municípios que encaminharam seus pacientes à C.M.C.

GRÁFICO 12-- Comparativo entre o percentual de cobertura de consultas básicas e o percentual de encaminhamentos realizados pelos municípios da Grande Florianópolis, 2000.



Em 2000, dos 22 municípios da Grande Florianópolis, os municípios de Águas Mornas, Anitápolis, Antônio Carlos, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Gov. Celso Ramos, Major Gercino, Paulo Lopes e São Pedro de Alcântara, garantiram a cobertura necessária à população, e destes, Antônio Carlos encaminhou 23% de

seus pacientes à Central. Entretanto, 12 municípios não garantiram cobertura em consultas básicas, e destes, apenas Palhoça encaminhou acima do preconizado (30% de pacientes).

6.3 OFERTA DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS DA C.M.C. DA GRANDE FLORIANÓPOLIS (Grupo 3).

Neste grupo, demonstramos a oferta de consultas especializadas disponibilizadas na Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis e a distribuição das especialidades, quanto a ocupação e quanto aos agendamentos em sua área de abrangência em 1998, 1999 e 2000.

A Central possui aproximadamente 74 especialidades médicas cadastradas, isto porque são cadastradas especialidades e subespecialidades médicas. A resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM nº 1.441 de 1994 define 65 especialidades médicas reconhecidas para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas (anexo 4). Das 74 especialidades médicas cadastradas na C.M.C., 37 estão incluídas na relação do C.F.M., o que corresponde a 50% das especialidades médicas da Central.

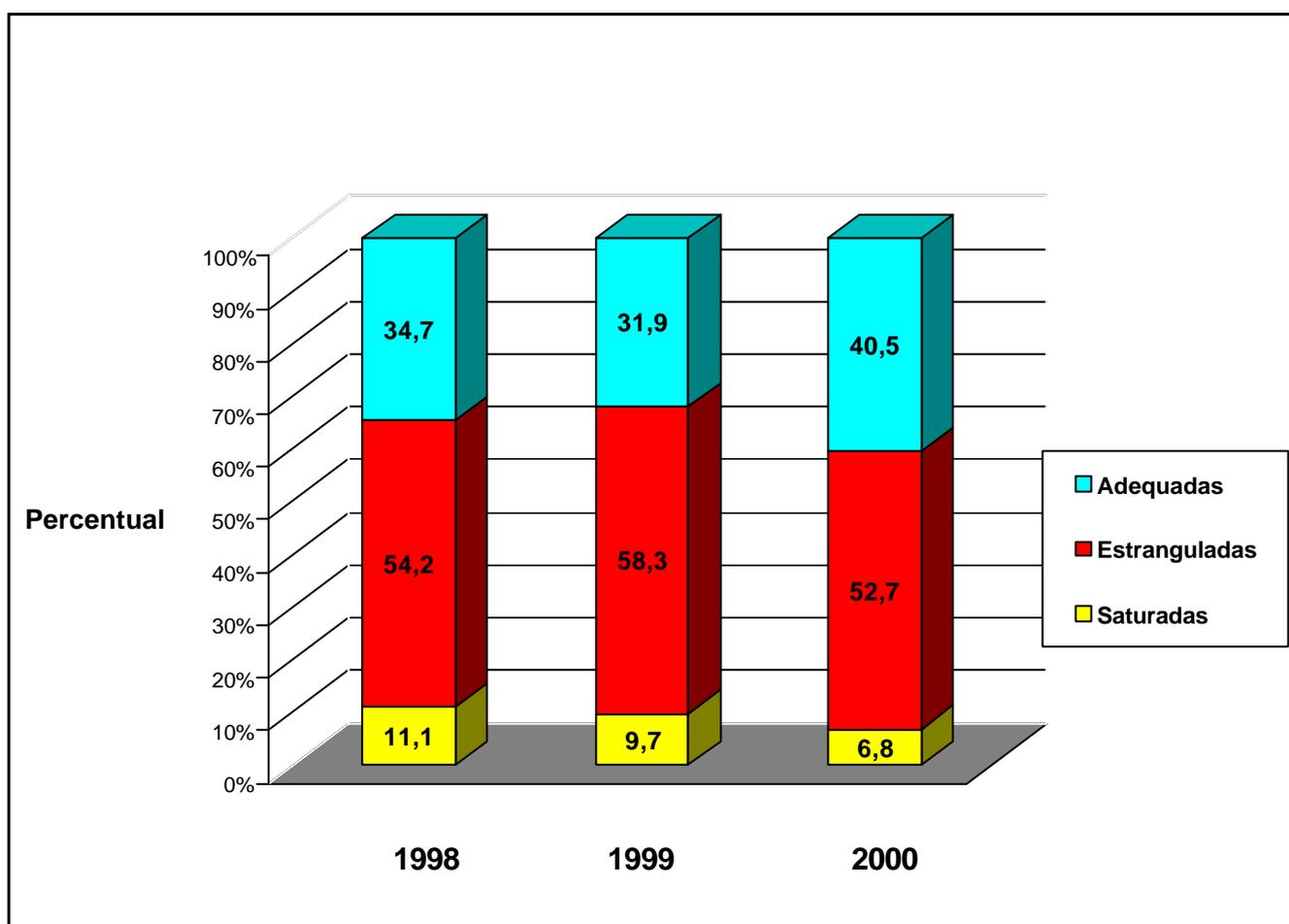
Para fins de análise, classificamos as especialidades pelo grau de ocupação em: **Adequada, Saturada e Estrangulada.**

- **Adequada:** é a que apresenta uma ocupação de até 80% de suas vagas- com esse percentual, há uma sobra de 20% de consultas, o que permite um ajuste entre a oferta e a demanda;
- **Saturada:** é a que apresenta uma ocupação de 81 a 90% de suas vagas - com esse percentual o ajuste seria difícil, uma vez que somente 9% das vagas estariam desocupadas;
- **Estrangulada:** é a que apresenta uma ocupação de 91 a 100% de suas vagas- aqui não haveria ajuste, uma vez que toda a oferta está sendo ocupada.

Para a representação visual desta situação, utilizamos a cor azul para as especialidades com percentual de ocupação adequada, amarelo para as saturadas e vermelho para as estranguladas.

Os gráficos que apresentam a oferta de consultas especializadas foram divididos em dois, haja vista a quantidade de especialidades e subespecialidades cadastradas na Central.

GRÁFICO 13 – Demonstrativo do grau de ocupação das especialidades ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis nos anos de 1998, 1999 e 2000.

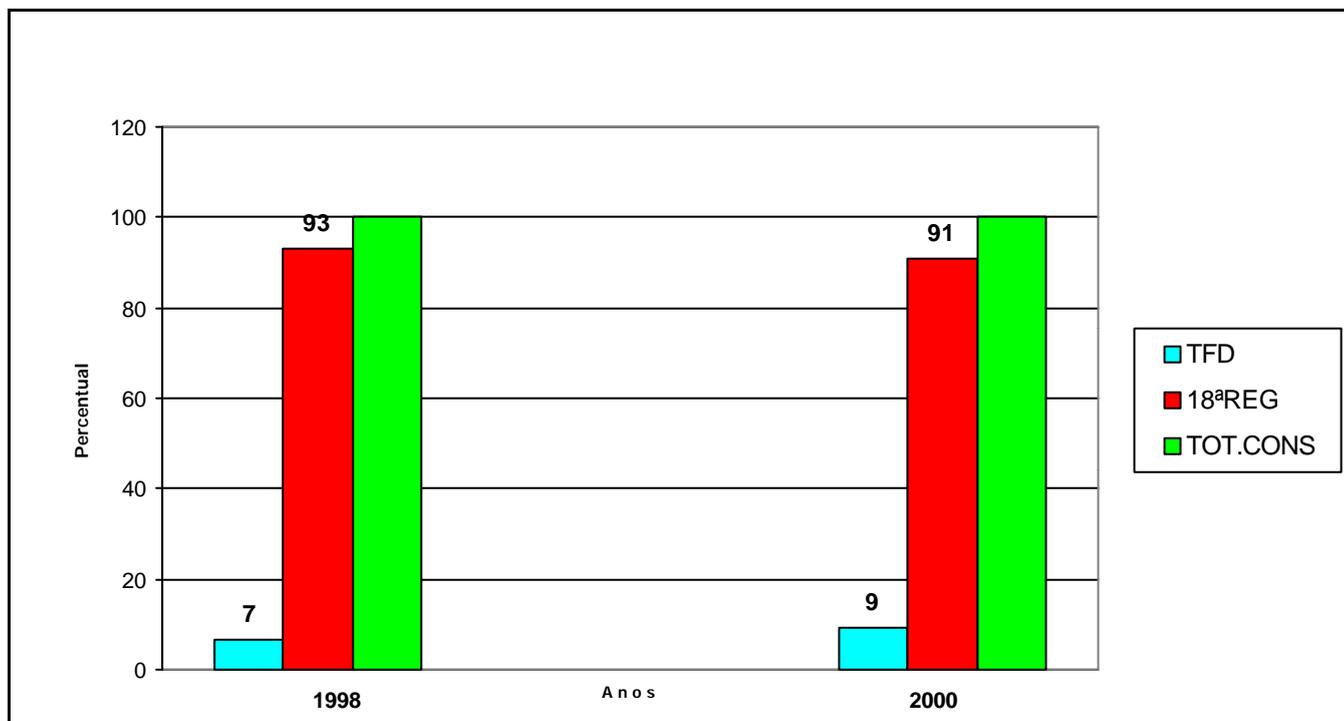


Através do Gráfico 13 demonstramos que houve aumento na oferta de consultas especializadas na C.M.C. ao longo dos três anos estudados; aumento este visualizado a partir da majoração do percentual de consultas no patamar “adequada”, o que significa dizer que no ano de 2000, 40,5% das especialidades estavam acessíveis aos usuários do SUS. Proporcionalmente, houve uma redução das especialidades “estranguladas” e “saturadas”.

Para explicitar o princípio da Regionalização, sendo a área de abrangência da C.M.C. a região da Grande Florianópolis, comparamos o total de consultas agendadas pela Central para a Grande Florianópolis e os agendamentos realizados para pacientes que não residem na Grande Florianópolis. Estes pacientes, que não residem na região da Grande Florianópolis, para acessarem a Central necessitam do encaminhamento médico e este encaminha à C.M.C. através do setor de Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

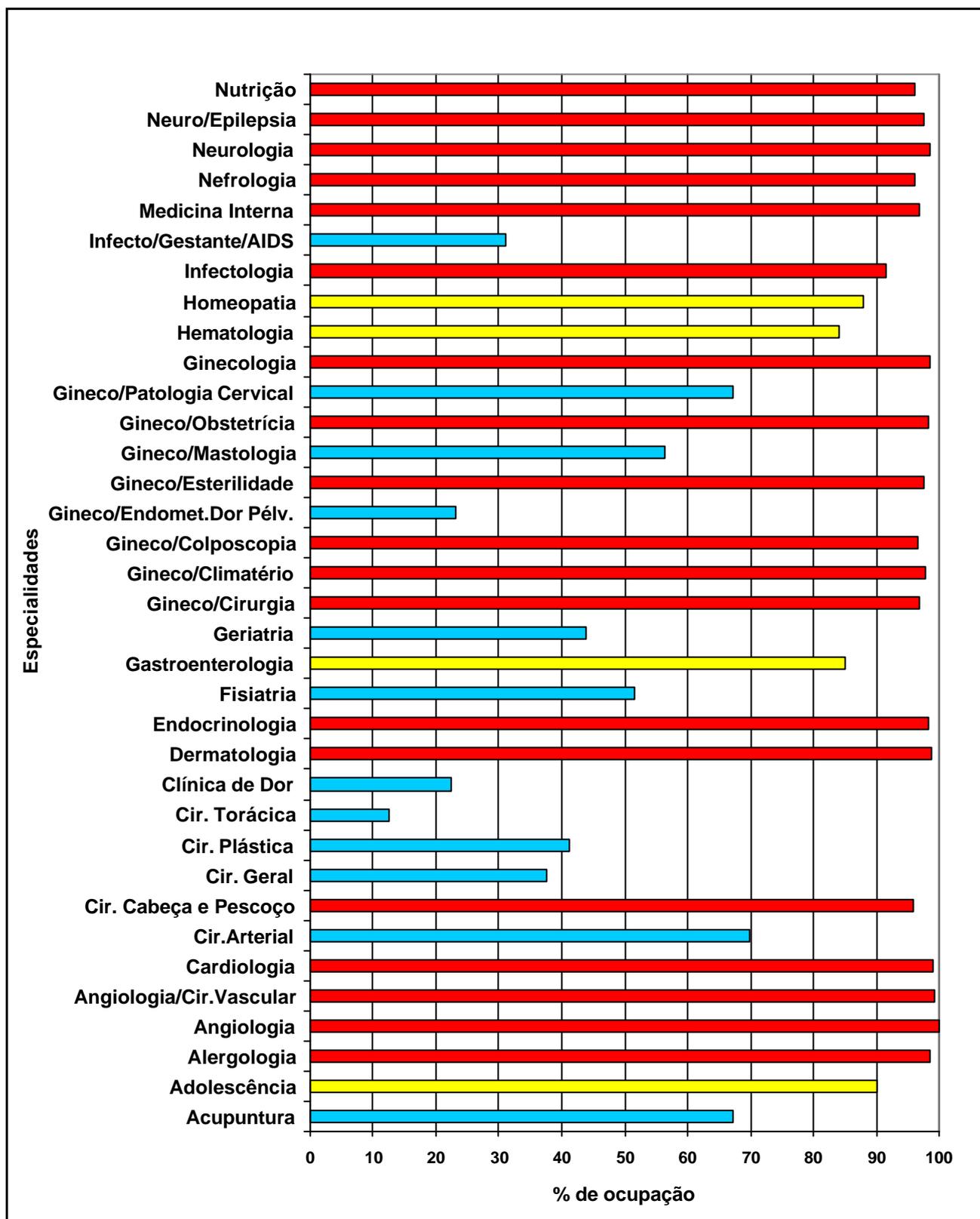
Apresentamos os dados de 1998 e 2000, pois os dados de 1999 não estão disponíveis na C.M.C.

GRÁFICO 14 - Comparativo entre os agendamentos realizados pela C.M.C. para a Grande Florianópolis e o restante do Estado, através do TFD, nos anos de 1998 e 2000.



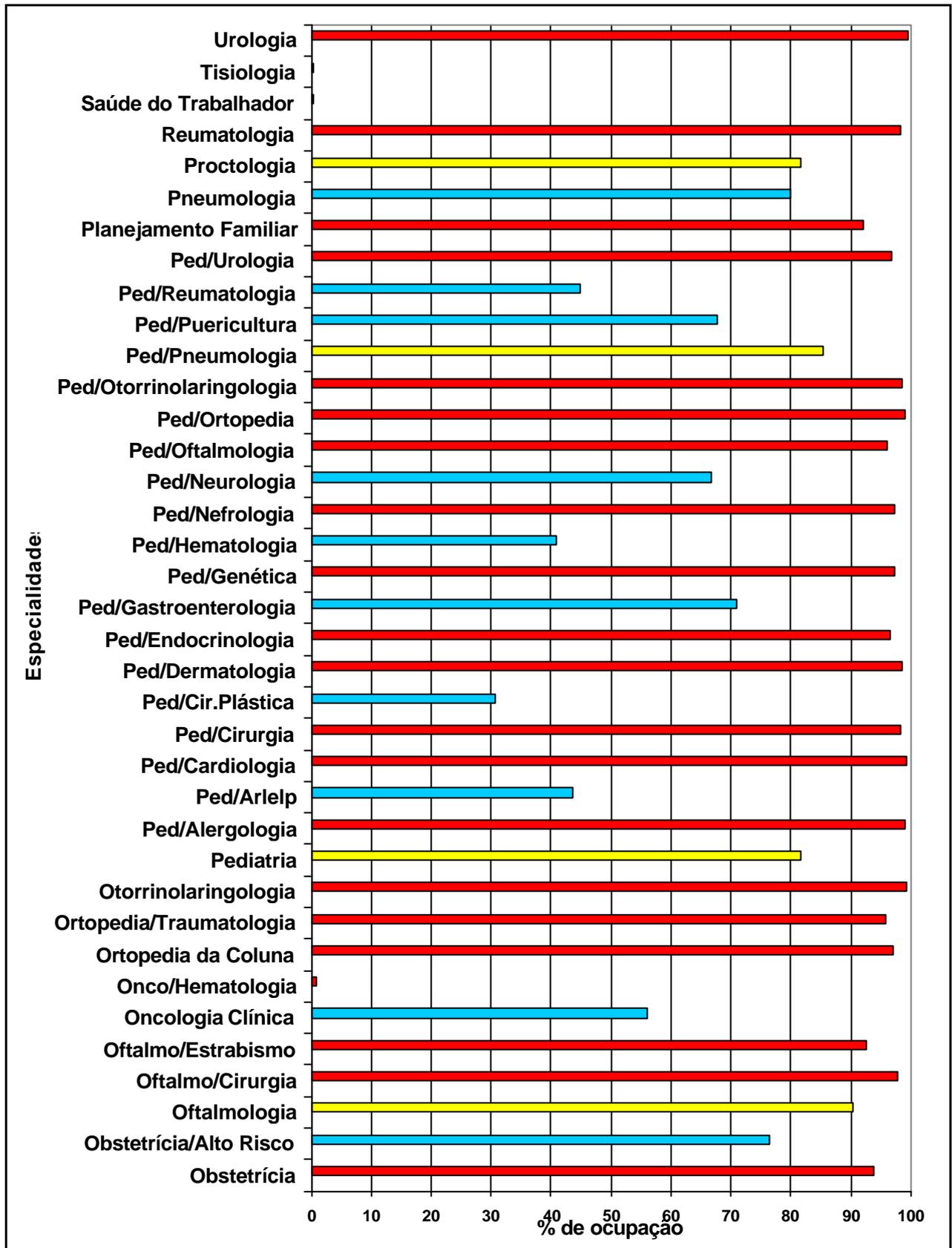
No Gráfico acima, verificamos que a Central está atendendo, basicamente, a população da Grande Florianópolis, visto que, nos dois anos apresentados menos de 10% dos pacientes atendidos não eram residentes na Grande Florianópolis.

GRÁFICO 15- Percentual de ocupação das consultas especializadas ofertadas na CMC da Grande Florianópolis, 1998.



(cont.)

GRÁFICO 15- Percentual de ocupação das consultas especializadas ofertadas na CMC da Grande Florianópolis, 1998.



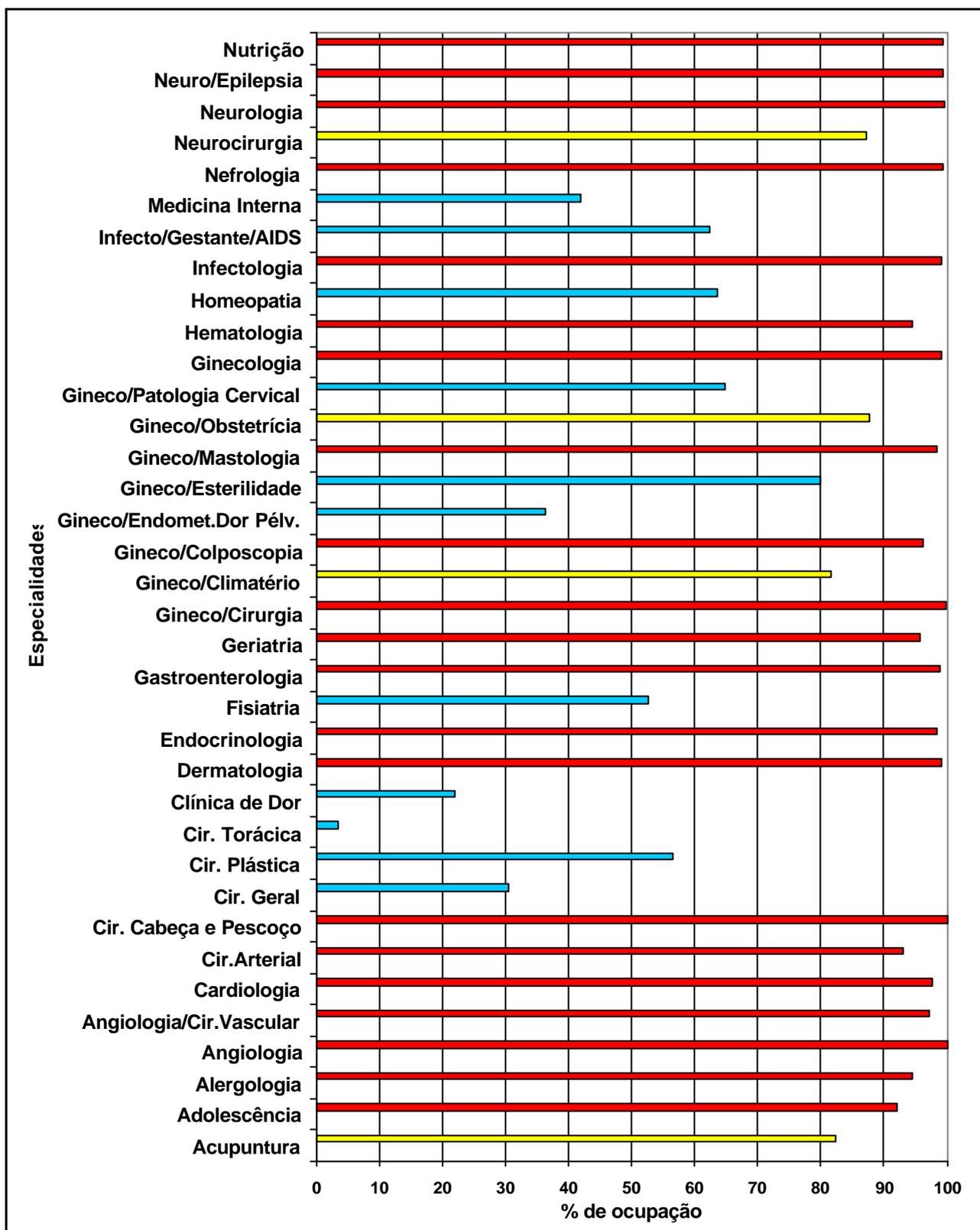
No ano de 1998, a Central de Marcação de Consultas disponibilizava 72 especialidades e subespecialidades médicas. Destas, 25 especialidades, correspondendo a 35% do total das consultas especializadas, apresentaram taxa de ocupação considerada adequada, ou seja, com um percentual de ocupação de até 80% das vagas disponíveis.

Representando 54% do total das consultas, estão 39 especialidades, consideradas estranguladas, com percentual de ocupação de 91 a 100% das vagas ofertadas. E 8 especialidades, correspondendo a 11% das consultas disponibilizadas, consideradas saturadas com percentual de ocupação variando de 81 a 90%.

As alternativas possíveis de explicação para as especialidades estranguladas estão nos encaminhamentos excessivos ou até mesmo desnecessários, ou ainda, na indisponibilidade de consultas pela C.M.C. Os dados apresentados anteriormente no gráfico 10, descartam a alternativa de encaminhamentos em excesso realizados pela rede básica.

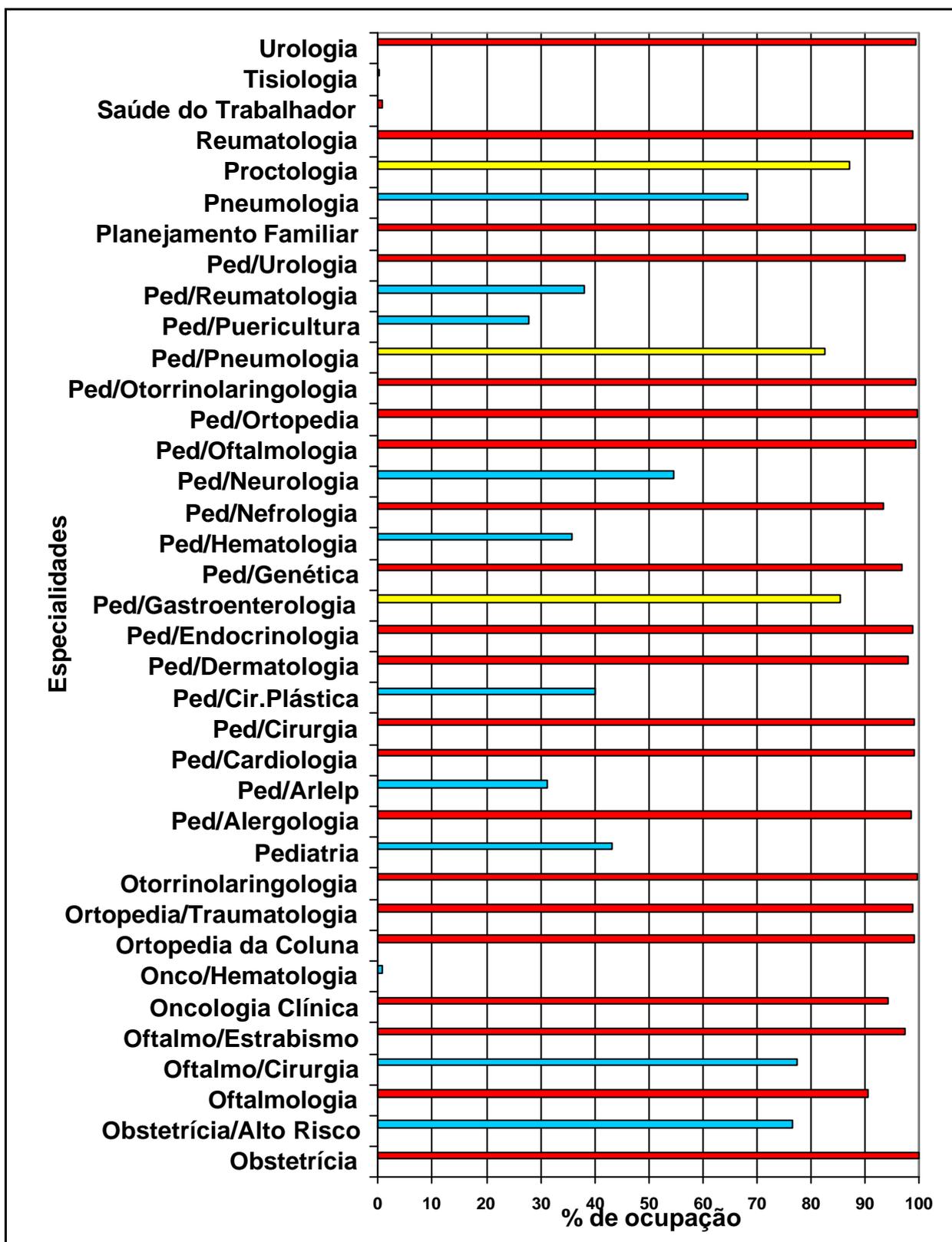
No ano de 1998, as consultas básicas de pediatria, ginecologia, obstetrícia e clínica médica (medicina interna) disponibilizadas na CMC apresentaram aumento em seu percentual de ocupação, colocando-se entre saturadas e estranguladas. Nesta situação encontramos o planejamento familiar, o que confere com a apresentação dos dados das consultas básicas, onde os municípios da Grande Florianópolis disponibilizavam consultas de clínica médica, e apontavam a carência de consultas de ginecologia e pediatria.

GRÁFICO 16- Percentual de ocupação das consultas especializadas ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis, 1999.



(cont.)

GRÁFICO 16- Percentual de ocupação das consultas especializadas ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis, 1999.



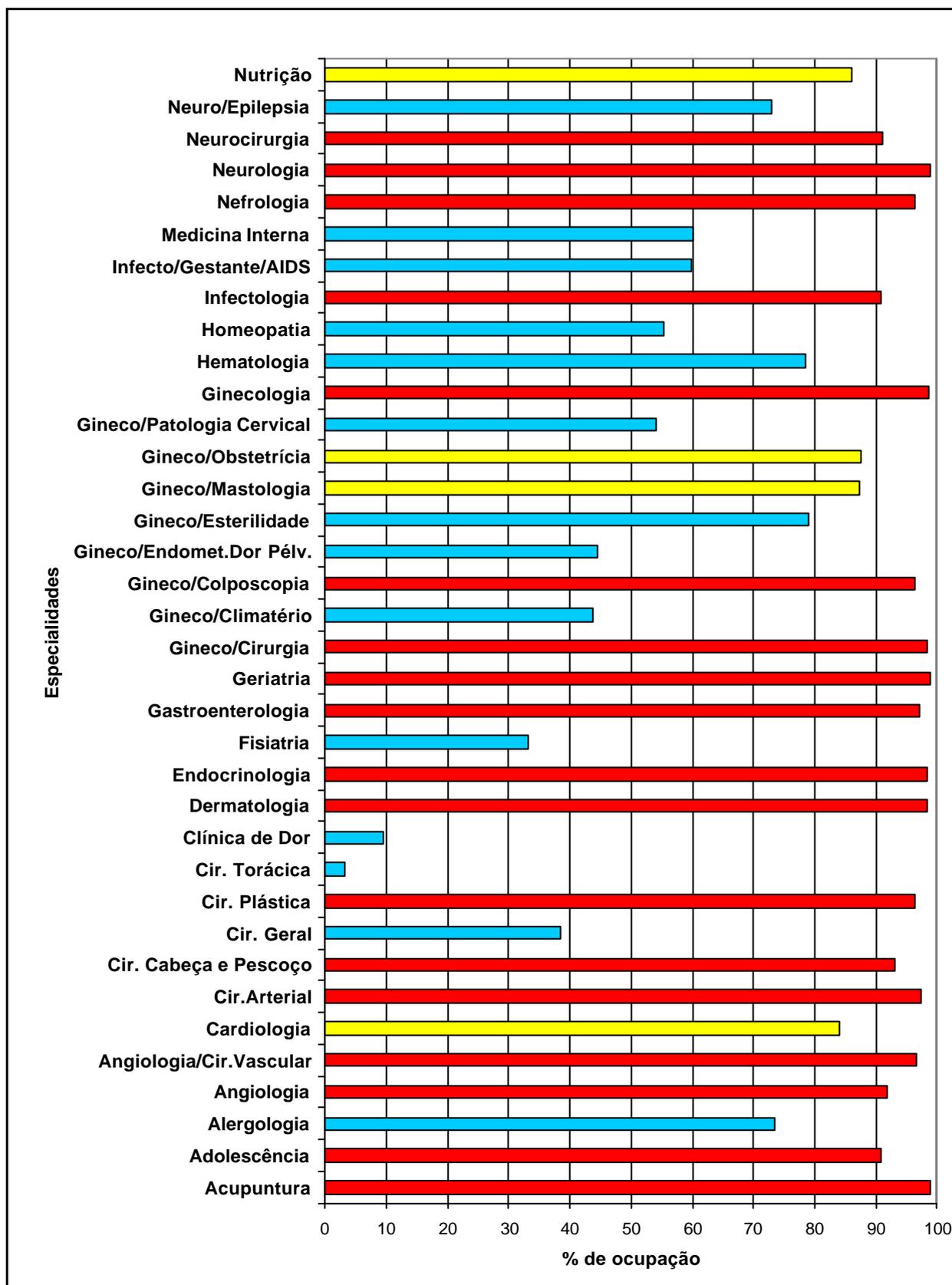
Em 1999 a CMC teve acréscimo da especialidade de neurocirurgia, em seu cadastro, passando a contar com 73 especialidades. Destas, 24 estavam com

percentual de ocupação considerado adequado, perfazendo 33% da oferta total de consultas especializadas da Central.

No patamar de estranguladas, estavam 42 especialidades, correspondendo a 58% do total das consultas disponibilizadas, segundo a classificação estabelecida anteriormente, significando que estão com ocupação superior a 91%, percentual que dificulta o acesso dos pacientes às consultas especializadas. Na condição de saturadas estavam 7 especialidades médicas, representando 9% do total de consultas com percentual de ocupação variando de 81% a 90%.

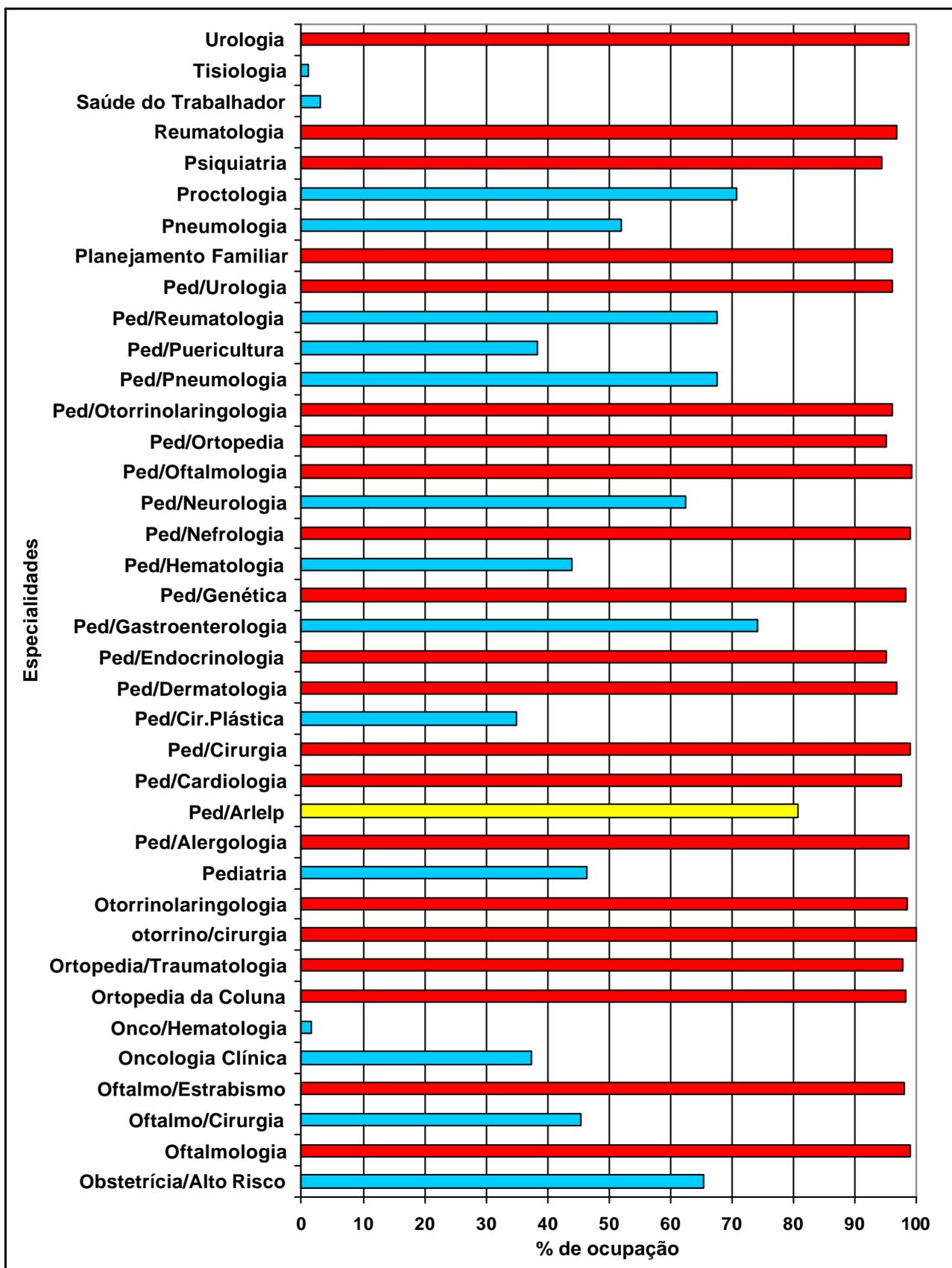
Neste ano, as consultas básicas de pediatria e medicina interna ofertadas pela C.M.C., tiveram percentual de ocupação menor em relação ao ano anterior, enquanto a ginecologia e obstetrícia permaneceram estranguladas.

GRÁFICO 17 – Percentual de ocupação das consultas especializadas ofertadas pela C.M.C. da Grande Florianópolis, 2000.



(cont.)

GRÁFICO 17 – Percentual de ocupação das consultas especializadas ofertadas pela C.M.C. da Grande Florianópolis, 2000.



No ano de 2000, a C.M.C. não disponibilizou consultas de obstetrícia, mas incorporou psiquiatria e otorrinolaringologia/cirurgia, totalizando assim 74 especialidades e subespecialidades médicas. Do total de especialidades disponibilizadas, 30 apresentavam percentual de ocupação adequada, representando 40% da oferta total da Central.

Dos três anos estudados, 2000 foi o ano em que houve o maior número de especialidades no patamar adequado, portanto, foi o melhor desempenho da Central em garantia de acesso aos usuários. Entretanto, 39 especialidades foram consideradas estranguladas, correspondendo a 53%, e 5 especialidades saturadas, correspondendo a 7% do total de consultas especializadas ofertadas na Central. Estas especialidades somavam 60% do total de consultas, evidenciando que a maioria dos usuários encontrava dificuldade no acesso às consultas especializadas, pela incapacidade da Central em ofertar consultas em número suficiente à demanda.

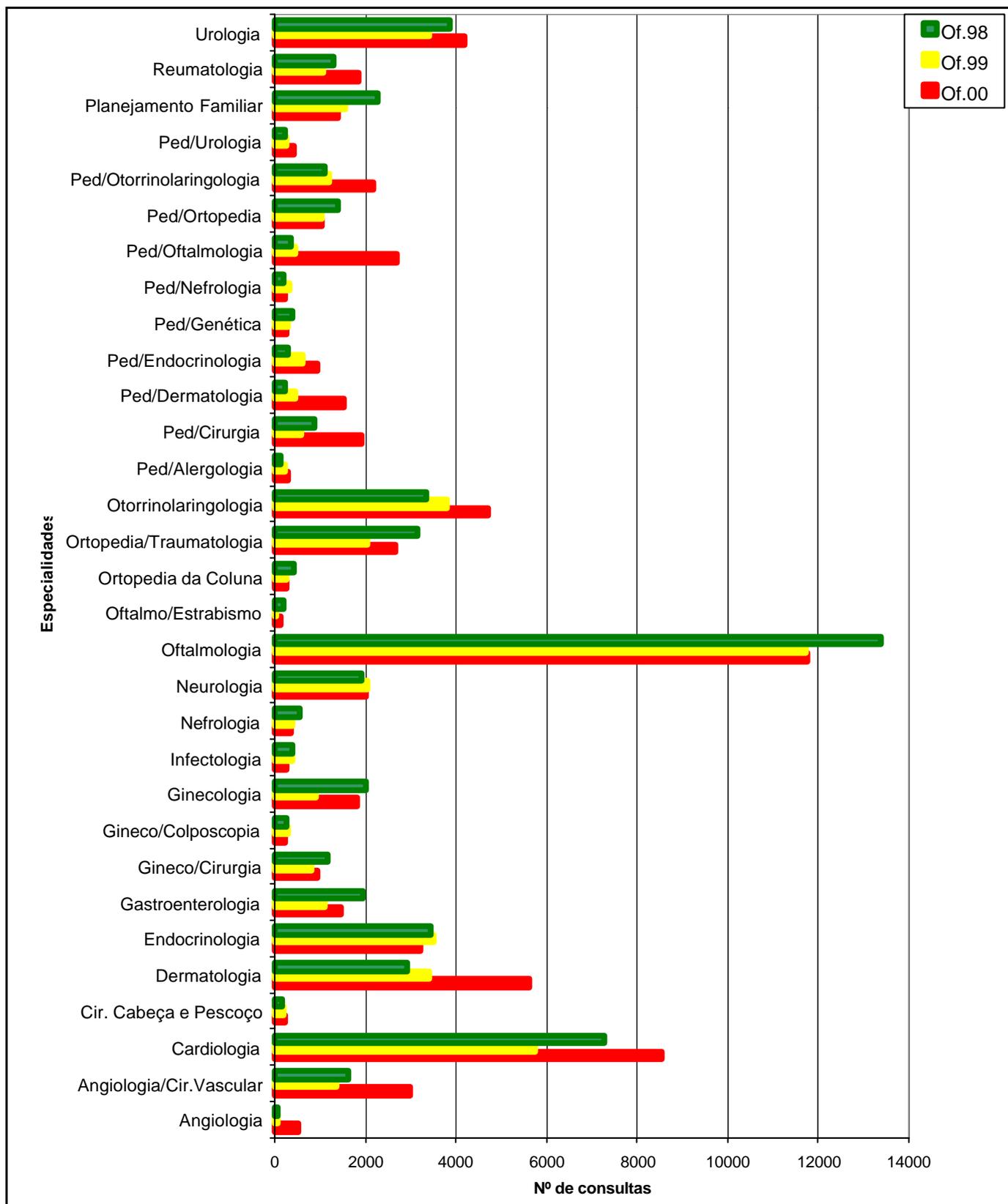
As consultas de ginecologia e planejamento familiar ofertadas na Central, naquele ano, permaneceram com ocupação de 100%. A pediatria e a clínica médica ficaram no patamar de adequada, com 50% de ocupação.

6.3.1 CONSULTAS POR ESPECIALIDADE

Na apresentação da oferta de consultas especializadas, por especialidade, optamos por trabalhar somente com as especialidades estranguladas, ou seja, aquelas cujo percentual de ocupação está entre 91 e 100% e que mantiveram este comportamento nos três anos analisados, totalizando 31 especialidades médicas. Esta opção se deve ao grande número de especialidades e subespecialidades cadastradas na CMC.

Neste item evidenciamos também, os dados de produção dos médicos cadastrados na C.M.C. e o número de médicos necessário para tal produção, bem como a necessidade de consultas especializadas segundo os parâmetros assistenciais utilizados (Consulta Pública 01/MS).

GRÁFICO 18 –Comportamento das especialidades estranguladas da C.M.C da Grande Florianópolis nos anos de 1998, 1999 e 2000.

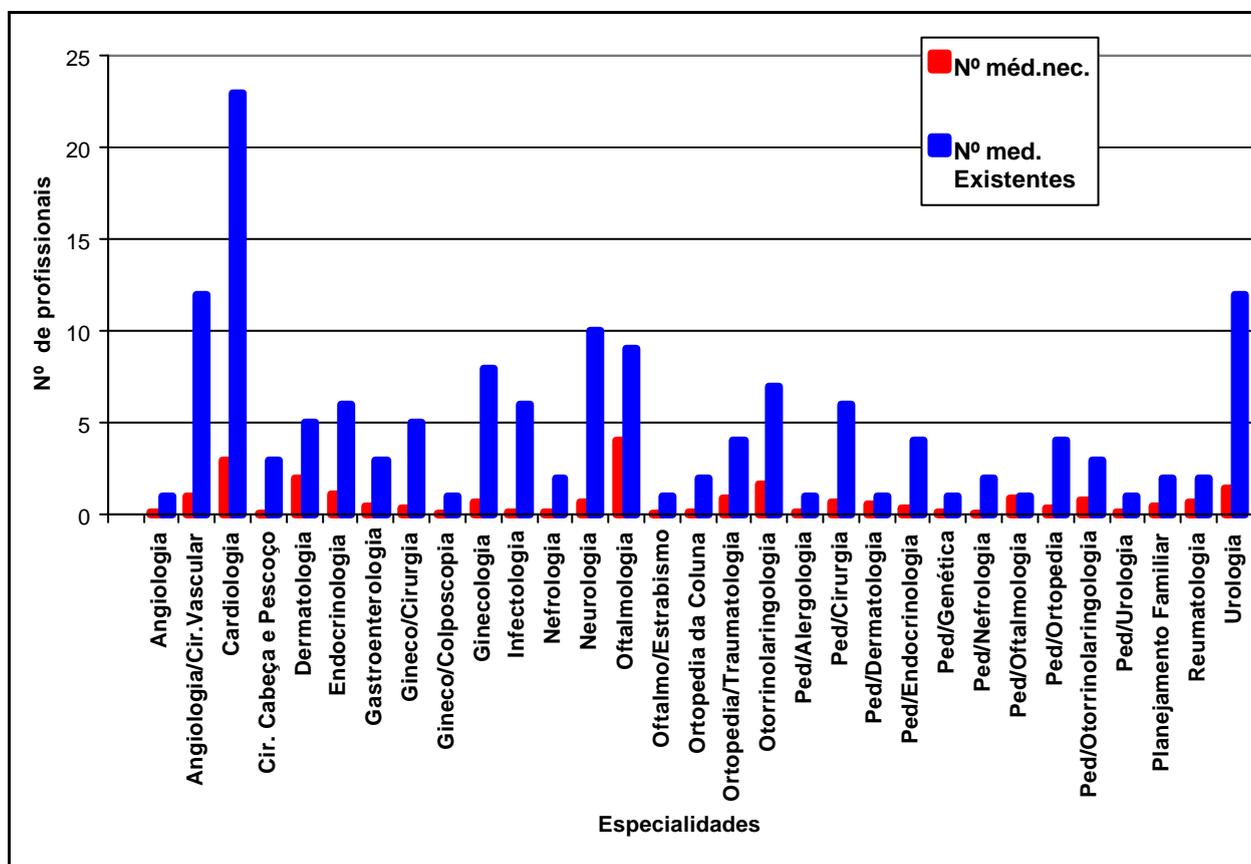


Das 31 especialidades estranguladas da C.M.C., 17 tiveram redução no número de consultas ofertadas no último ano - 2000.

O número de especialidades e subespecialidades básicas estranguladas na Central, chama atenção, posto que do conjunto das 31 especialidades, 14 são especialidades e subespecialidades de pediatria e ginecologia, representando 45% do total das especialidades estranguladas. Das consultas básicas estranguladas nos 3 anos, 7 delas (Ped/uropologia, ped/otorrinolaringologia, ped/ofthalmologia, ped/endocrinologia, ped/dermatologia, ped/cirurgia, ped/alergologia), tiveram incremento no último ano, entretanto, permaneceram no patamar de estranguladas.

Das demais especialidades estranguladas (17) no período de 1998 a 2000, apenas 7 (angiologia, angiologia/cirurgia vascular, cardiologia, dermatologia, otorrinolaringologia, reumatologia e uropologia), apresentaram aumento de oferta no ano de 2000, porém, não houve variação de patamar.

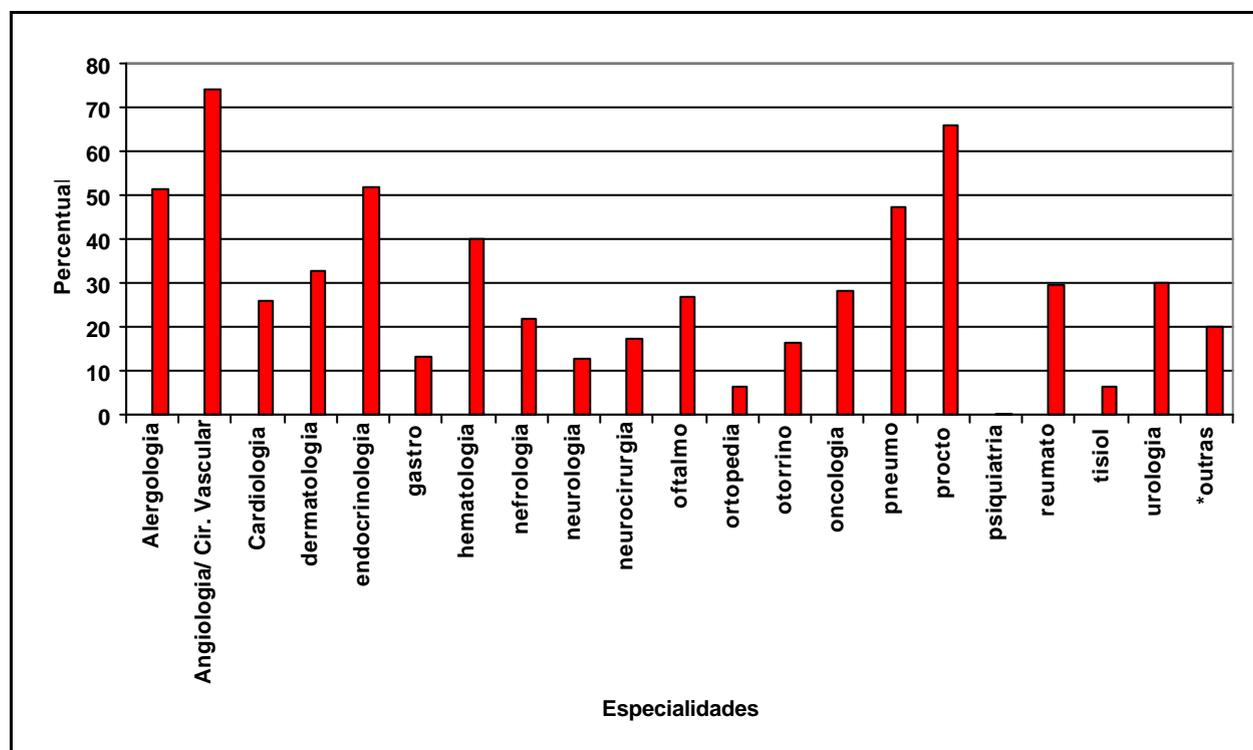
GRÁFICO 19 - Comparativo entre o número de médicos existentes e o necessário para a produção das consultas estranguladas, ofertadas na C.M.C. no ano de 2000.



No Gráfico 19 relacionamos o número de médicos cadastrados na CMC e o número de médicos necessários nas especialidades estranguladas para realizar o total de consultas ofertadas no ano de 2000. Considerando-se que o vínculo médico propõe 4 horas/dia, este profissional deve atender 12 pacientes dia, 60 por semana, 240 por mês e em um ano, 2.880 consultas. Este parâmetro de produtividade médica é estabelecido pela Portaria nº 3046/82 do Ministério da Previdência e recentemente pela Consulta Pública 01 de 08/12/2000 do MS (ANEXO 2).

Com base neste cálculo, a C.M.C. para ofertar o mesmo número de consultas hoje ofertadas nas especialidades estranguladas, necessitaria de 23 médicos (neste cálculo não estamos considerando férias, licença, aposentadoria e outras questões trabalhistas, fatos estes que alteram esta relação). Entretanto, no ano de 2000, a Central de Marcação de Consulta tinha cadastrado 148 médicos. Se, reproduzirmos o cálculo anterior estes profissionais disponibilizariam 426.240 consultas ano. A Central disponibiliza apenas 15,60% destas consultas.

GRÁFICO 20 - Percentual de cobertura das consultas especializadas ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis, no ano de 2000, segundo parâmetros do MS.



* Cirurgia Cabeça e pescoço, genética, geriatria, homeopatia e infectologia.

No Gráfico acima apresentamos a cobertura de consultas especializadas, considerando o parâmetro de consultas definido pelo MS (Consulta Pública 01).

A limitação percebida no estudo dos parâmetros utilizados é a impossibilidade de trabalhar com a totalidade das especialidades que existem na Central, posto que a Central também cadastra subespecialidades (por exemplo oncologia e onco/hematologia, oftalmologia e oftalmo/estrabismo, ginecologia e ginecologia/climatério, etc.), enquanto que o estudo dos parâmetros trabalha somente com especialidades.

Segundo os parâmetros, a necessidade de consultas da população é de 2 consultas habitante ano. Para o cálculo das consultas especializadas, multiplicamos o percentual estabelecido para cada especialidade pelo total de consultas necessárias para a população.

A população da Grande Florianópolis no ano de 2000 era de 777.027 habitantes, portanto, a necessidade de consultas desta população era de 1.554.054 consultas/ano. Exemplificando, para calcular a necessidade de consultas de angiologia, multiplicamos o parâmetro de 0,3% pelo total de consultas, obtendo então a necessidade de consultas de angiologia que é de 4.662 consultas/ano. Este cálculo foi realizado para todas as especialidades.

Das 21 especialidades analisadas, apenas 4 delas foram ofertadas acima do 50% preconizado e as demais especialidades (17) ofertaram abaixo de 50% do parâmetro, ou seja, 81% das especialidades apresentaram um grande déficit, o que sem dúvida, se reflete na dificuldade de acesso dos usuários do SUS que necessitam de consultas especializadas.

Mesmo considerando a limitação dos parâmetros, verificamos que nenhuma especialidade ofertou 100% do esperado. Se, considerarmos que os parâmetros por refletirem a série histórica podem estar subestimados, a situação real de oferta de consultas especializadas da Central é bem mais grave do que o exposto.

7 DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados e o referencial teórico constituíram-se em etapas preliminares à condução dessa análise. Face à necessidade de uma sistematização didática, agrupamos os dados obtidos, observando, primeiramente, as consultas básicas dos municípios da Grande Florianópolis e, destas, as consultas de Pediatria e de Ginecologia/obstetrícia, em seguida, os encaminhamentos realizados pelas unidades básicas à C.M.C. E, finalmente a disponibilidade de consultas especializadas da Central de Marcação de Consultas.

Ao iniciarmos este estudo apontávamos algumas possibilidades para explicar o estrangulamento das consultas especializadas na C.M.C. da Grande Florianópolis, que impedem o acesso do cidadão a esses serviços. Tais possibilidades emergiram do estudo realizado em 1990 quando trabalhamos com a hierarquização da rede de saúde. Na ocasião, entendíamos que o desequilíbrio da rede se daria pela baixa resolubilidade das unidades Portas de Entrada e/ou pela baixa oferta das unidades de Referência. Segundo Vianna (apud BODSTEIN, 1993), para pensar a questão do acesso, do ponto de vista técnico, é preciso considerar dois pontos: o atendimento planejado segundo níveis hierarquizados de serviços, do mais simples ao mais complexo e a disponibilidade dos serviços.

A partir dos dados das consultas básicas ofertadas pelos municípios da Grande Florianópolis nos anos de 1998, 1999 e 2000, verificamos que a oferta destas consultas foi insuficiente para atender a população da Grande Florianópolis.

A garantia do acesso enquanto possibilidade de consumo garantido, através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços, não ocorreu no período estudado no nível municipal.

Considerando Universalização como garantia de acesso, seu descumprimento nos serviços de atenção básica (consultas), afeta também o princípio da Hierarquização. Segundo Mendes (1993), a hierarquização está fundamentada na verificação empírica de que as necessidades de saúde de menor complexidade ocorrem com mais frequência do que as de maior complexidade e que existe um custo social de produção para resolvê-los. Não havendo suficiente oferta

de consultas básicas, conforme demonstram os dados apresentados, perguntamos qual o custo social disto e, como essas pessoas estão resolvendo o seu problema de falta de acesso aos serviços de saúde?

Cecílio (1997), afirma que a rede básica de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde e que esta continua sendo os hospitais públicos ou privados, através dos serviços de urgência/emergência e dos ambulatórios especializados.

Para Vellozo e Souza (1993), a baixa resolubilidade e o grau de abandono por que passam as unidades básicas de saúde, onde a população não encontra respostas à suas demandas, gera a busca do hospital onde, na sua avaliação, quanto mais recurso tecnológico, melhor é a qualidade do serviço ofertado.

Esta afirmativa reflete a realidade da Grande Florianópolis, onde, no ano de 2001, houve um superávit nos atendimentos de urgência e emergência de 394.632 atendimentos (SANTA CATARINA, 2002). Isto significa, que foram atendidas, na Grande Florianópolis, no ano de 2001, nas emergências dos hospitais públicos, quase 400.000 pessoas além do parâmetro preconizado (atendimento de emergência = 10% do total das consultas).

Para Bodstein (1993, p.12) “o acesso real não ocorre em função da hierarquização formal idealizada, mas, pelo contrário, da utilização de diversas estratégias que a população utiliza, em face dos constrangimentos impostos pela precariedade da oferta”.

Se a porta de entrada do sistema não está cumprindo seu papel de prover o acesso igualitário às consultas básicas, podemos pensar em algumas alternativas que os usuários do SUS, da Grande Florianópolis, buscam para terem seu problema resolvido: recorrem a outros níveis de atenção mais complexos no próprio SUS, o que resultaria na sobrecarga do nível secundário (consultas especializadas) e terciário (emergências hospitalares), recorrem a serviços privados, recorrem a outras terapias (farmácia, chás caseiros, etc), recorrem a automedicação ou curam-se sem os serviços de saúde.

No universo dos serviços básicos, mesmo aqueles que se dizem freqüentadores porque ela oferece bom atendimento, também se referem a dificuldades situadas no plano do fluxo do atendimento: longa espera entre a chegada ao serviço e a consulta, déficit no número de atendimentos em

relação à demanda, exigência de documentos para abertura de prontuários, encaminhamento para outra unidade de saúde sem atendimento (VELLOZO,SOUZA, 1993 p.111).

Tal situação não parece muito diferente da vivida pela população da Grande Florianópolis, pois, como mencionamos no início deste trabalho, entre as causas apontadas para explicar o desequilíbrio da rede hierarquizada, estava a baixa resolubilidade das unidades Portas de Entrada, fosse esta pela inadequação dos recursos físicos e humanos ou por fatores administrativos. Entretanto, como não é objetivo da presente dissertação investigar as causas da baixa produtividade e resolubilidade das unidades básicas, fica aqui, somente, como questionamento, a ser respondido em estudos futuros.

Abordar a oferta de consultas básicas dos municípios da Grande Florianópolis, requer, também, refletir sobre as consultas de pediatria, clínica médica, ginecologia/obstetrícia e clínica cirúrgica, pois fazem parte das consultas básicas. Analisamos separadamente a oferta de pediatria e ginecologia/obstetrícia nos municípios, por entender que a indisponibilidade das mesmas afeta o princípio da Hierarquização, tendo em vista que obriga o usuário a procurar outros níveis de atenção para ter seu problema solucionado.

Os municípios da grande Florianópolis nos anos de 1998, 1999 e 2000, não garantiram consultas de pediatria e ginecologia/obstetrícia com suficiência para a sua população, fato este que vai ao encontro do que afirma Cecílio (1997), quando refere que as unidades básicas não têm conseguido se tornar a “porta de entrada” do sistema.

O déficit no número de atendimentos em relação à demanda, verificado nas consultas de pediatria e ginecologia apontam para a inadequação de recursos humanos, por poucos profissionais ou pela baixa produção dos mesmos, como fator restritivo do acesso a essas consultas.

A indisponibilidade de consultas de pediatria e ginecologia/obstetrícia nas unidades básicas de saúde dos municípios da Grande Florianópolis, afeta a resolubilidade da rede municipal e tem reflexos na Central de Marcação de Consultas, sobrecarregando a mesma com usuários que deveriam ter seu problema de saúde resolvido na rede básica.

Se a população que necessita de consultas de pediatria e ginecologia não as têm disponíveis no posto de saúde próximo de sua casa, Porta de Entrada do Sistema de Saúde, restam algumas alternativas: buscar consulta de pediatria na CMC, ir direto às emergências e ambulatórios hospitalares ou procurar os serviços privados de saúde. Qualquer uma destas opções fere o princípio da hierarquização dos serviços, uma vez que cabe a unidade básica de saúde, ou resolver o problema de saúde da população a ela adstrita, ou dar encaminhamento para que o usuário possa ter seu problema resolvido, acessando os demais níveis do Sistema.

Outra análise realizada para a mensuração da resolubilidade da rede básica, diz respeito aos encaminhamentos que elas efetuaram. Consideramos “encaminhamento” aquele realizado pela unidade básica de saúde, do usuário que, ao não ter seu problema resolvido na unidade básica, seja pela falta de acesso, ou pela complexidade de seu problema, é referenciado para uma unidade mais complexa do sistema de saúde, através da C.M.C. A partir do percentual de encaminhamentos realizados pelas unidades básicas de saúde em relação ao número de consultas que oferecem, podemos inferir sua resolubilidade. Sendo a resolubilidade a capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde dos usuários dos serviços e encaminhar, no máximo, 20% de seus pacientes aos níveis de maior complexidade.

O percentual de encaminhamentos que a rede básica realiza, interfere diretamente no funcionamento da C.M.C., pois a necessidade de consultas especializadas é calculada a partir dos 20% do total de consultas médicas. Desta forma, se a rede básica encaminhar mais de 20% de seus pacientes, haverá desequilíbrio entre a oferta e a demanda. Jucas (1998), em estudo recente, verificou que o índice de resolubilidade pode chegar até 93%, o que reafirma que o índice de 80% pode ser plenamente alcançado.

O conjunto dos municípios da Grande Florianópolis, nos três anos estudados, não garantiu cobertura de consultas básicas a seus munícipes, assim como não encaminhou mais do que o preconizado (20% das consultas básicas). Aliás, mais de 60% dos municípios encaminharam menos de 10% dos seus usuários. Aqui se apresenta uma questão paradoxal: Por que os municípios, mesmo encaminhando abaixo do preconizado têm dificuldade de acesso às consultas ofertadas pela Central?

No ano de 2000 verificamos uma melhora no desempenho dos municípios em relação à oferta de consultas básicas, ou seja, ofertaram consultas em quantidade mais próxima do necessário. No entanto, não resultou em aumento no número de encaminhamentos à Central, nem no número de municípios que conseguiram encaminhar 20% de seus usuários, o que nos permite inferir que a causa do estrangulamento das consultas especializadas na Central de Marcação de Consultas não ocorre por causa dos encaminhamentos realizados pelas unidades básicas de saúde da Grande Florianópolis.

Na perspectiva de que os encaminhamentos realizados pelos municípios não são a causa do “estrangulamento” da C.M.C., analisamos as consultas especializadas norteando-nos em dois aspectos: a suficiência da oferta de consultas especializadas e a adstrição da população (Regionalização), que se utiliza da mesma.

Um dos fatores que podem interferir na suficiência de oferta das consultas especializadas disponibilizadas na CMC, é a utilização destas consultas por usuários de outras Regionais de Saúde que não os da Grande Florianópolis, uma vez que a Central foi criada para atender a 18ª Regional de Saúde, região da Grande Florianópolis. Ao verificarmos a origem da demanda, evidenciamos que sua utilização é feita maciçamente (90%) por pacientes da Grande Florianópolis, o que nos permite deduzir que, o princípio da Regionalização está sendo cumprido. Desta forma, a causa do “estrangulamento” da Central não está relacionada com o descumprimento do princípio da Regionalização.

Nos três anos estudados, o percentual de especialidades “estranguladas” foi superior a 50% do total de oferta de consultas, o que significa dizer que metade das consultas ofertada na Central é de difícil acesso para os usuários do SUS, gerando demora na marcação da consulta e lista de espera. Portanto, quanto a oferta de consultas especializadas, os dados apontam para o reduzido número destas consultas frente à demanda, isto é, a relação entre a oferta de consultas especializadas e a demanda está em desequilíbrio.

Reafirmando Bodstein (1993) que o acesso real não ocorre em função da hierarquização formal idealizada, e sim pelas estratégias que a população utiliza para conseguir resolver seus problemas de saúde, em face da precariedade da oferta, podemos inferir que a Central de Marcação de Consultas da Grande

Florianópolis, à medida que não disponibiliza consultas especializadas com suficiência, acaba impondo à população que dela necessita, outras formas de ter seu problema de saúde resolvido, em prejuízo do princípio da Hierarquização.

A garantia de acesso passa pela possibilidade de oferta suficiente de serviços que assegurem a cobertura da população. Cobertura entendida como uma relação dinâmica entre oferta e procura, na qual intervêm, por um lado, as necessidades da população e por outro, os recursos tecnológicos e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda (OPAS, 1978).

À rede especializada cabe receber e atender 20% dos usuários do SUS encaminhados pelos municípios. Tal situação não se verifica na prática, pois os municípios não estão encaminhando 20% de seus pacientes à C.M.C. e, mesmo assim, a central apresenta especialidades estranguladas. Sendo assim, podemos concluir que o problema das consultas especializadas estranguladas deve-se a falta de oferta e não pelas duas questões apontadas anteriormente, quais sejam, os encaminhamentos excessivos das unidades básicas de saúde e o descumprimento do princípio da Regionalização.

Para Mendes (1993, p.79) “um dos subprincípios da hierarquização é o da suficiência e insuficiência em cada nível de atenção e que cada nível deve ter suficiência resolutive que o justifique, com a respectiva suficiência tecnológica que o caracterize”.

Quando a rede básica não garante oferta de consultas básicas à sua população e a rede especializada não tem suficiência para atender a demanda, verifica-se o não cumprimento do princípio da Hierarquização e do princípio da Equidade.

Para Gibbard (1982), a acessibilidade dos serviços de saúde é fator fundamental para que a equidade seja concretizada. Equidade definida, em saúde, como a garantia de ações e serviços em todos os níveis de atenção, sem privilégios e sem barreiras (BRASIL, 1990). Sendo a acessibilidade garantida, entre outros, através da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população, percebemos que o princípio da Universalização não está sendo cumprido na Região da Grande Florianópolis, onde os usuários do SUS têm dificuldades de acesso às especialidades médicas ofertadas pela C.M.C.

Quando verificamos em separado as 31 especialidades médicas, que se mantiveram “estranguladas” durante os anos de 1998, 1999 e 2000, observamos que algumas destas especialidades, mesmo tendo incremento no último ano, não mudaram de patamar. Isso se deve, em parte, ao volume de consultas ofertadas. Como por exemplo a angiologia, que teve aumento de 1000% na oferta. Esta especialidade em 1998, ofertava 50 consultas/ano e em 2000 passou para 500 consultas/ano. No entanto, apesar do incremento na oferta, o estrangulamento continuou no decorrer dos três anos estudados. Também a Cardiologia que apresentou um aumento de oferta no último ano estudado de aproximadamente 20% e, mesmo assim manteve-se estrangulada. Salientamos que em 2000, a primeira causa de morte em Santa Catarina foram as doenças do aparelho circulatório (Sistema de informação sobre mortalidade - SIM/MS/2000)

Outra situação observada foi a redução de oferta de algumas especialidades, como a Endocrinologia, que no último ano apresentou uma diminuição de 300 consultas/ano, num universo de 3500 consultas, significando uma redução de 8,6%, enquanto as doenças endócrinas são a quinta causa de morte no Estado (SIM/2000). Ou, no caso da gastroenterologia, que em 1998, já estava no patamar de saturada e, em 2000 sofreu uma redução de 500 consultas/ano passando então, para o patamar de estrangulada. A Infectologia, sofreu redução em 2000, mantendo-se no patamar de estrangulada, enquanto que, ironicamente, a AIDS continua em ascensão, já se configurando, no ano de 2000, como a terceira causa de óbitos em mulheres em idade produtiva -15 a 49 anos (DATASUS, 2000). A oftalmologia, uma das especialidades mais procuradas na C.M.C., de 1998 para 2000, teve uma redução de, aproximadamente, 2.000 consultas/ano, o que significa dizer que 2.000 pessoas ficaram sem atendimento público e gratuito nessa especialidade.

Aqui, destacamos a relação inversa evidenciada entre o perfil epidemiológico da população e a oferta de consultas especializadas da Central, o que nos leva a pensar que a necessidade da população não é o critério utilizado para quantificar e definir as especialidades indispensáveis para atender a demanda. Reafirmamos que a dificuldade, ou a falta de acesso às consultas especializadas ofertadas na C.M.C. da Grande Florianópolis, concretiza o descumprimento dos princípios da Universalidade e da Equidade no atendimento preconizado pelo Sistema Único de Saúde, apontando para a dicotomia entre a prática e a proposta.

Tendo como foco as especialidades médicas “estranguladas”, refletimos sobre a produção dos profissionais cadastrados na C.M.C., responsáveis por estas consultas, entendendo que também pode ser uma das causas do estrangulamento. Para esta análise, utilizamos o parâmetro de produtividade médica (Consulta Pública 01/00). No cálculo de produção dos profissionais médicos, consideradas 20 horas/semanais, constatou-se que para a produção do número de consultas disponibilizadas seriam necessários 23 profissionais. No entanto, existem cadastrados na C.M.C. 148 profissionais, que estão ofertando apenas 15,6% de sua capacidade contratual.

As prováveis causas podem estar relacionadas com a localização espacial destes profissionais. Quando desenvolvem suas atividades em unidades ambulatoriais (Policlínica de Referência Regional), com vínculo federal ou estadual, todas as consultas estão disponíveis na C.M.C.. Quando atuam em unidades hospitalares, geralmente não disponibilizam toda a sua produção para a C.M.C.

A possível explicação da baixa produção dos profissionais lotados nos hospitais, pode estar no atendimento também a pacientes internados, ou no atendimento a pacientes particulares e de outros convênios. É nos hospitais que aparece o viés do paciente particular e o pró-labore, incentivo dado aos médicos que atuam nestas instituições. Esta baixa produção é perceptível nas especialidades e subespecialidades quando, a maior parte destes profissionais desenvolve suas atividades nos Hospitais.

Nesse sentido, Vellozo e Souza (1993, p. 103) afirmam :

O fenômeno se deve, entre outras coisas, à dinâmica do processo de trabalho do médico, que estabelece clientela particulares dentro do próprio serviço público, e às estratégias que a população utiliza para fazer em face desse quadro restritivo, em termos de possibilidade de atendimento, principalmente se considerados os níveis mais complexos da atenção médica.

Tal afirmativa parece ser compatível com a situação verificada na oferta das consultas especializadas da C.M.C. da Grande Florianópolis onde constatamos que 148 profissionais produzem o equivalente a 23. Fato este que pode estar contribuindo para a dificuldade de acesso as consultas especializadas. Equivale dizer, grosso modo, que o aparato estatal, via C.M.C., paga anualmente a quantia de

R\$ 1.243.200,00⁶, para ter um serviço que custaria aproximadamente R\$ 193.200,00.

A situação das 31 especialidades “estranguladas”, nos leva a pensar que a pouca oferta das consultas pode estar relacionada com a gerência de recursos humanos, passando pelos baixos salários pagos, pelo não compromisso profissional com o Sistema Público e até chegando ao não controle dos Gestores sobre a atividade médica.

Nessa perspectiva, Cecílio (1999, p.317) aponta que “(...) no tradicional modo de se fazer a gestão em hospitais, os médicos gozam de alto grau de autonomia, não estando submetidos a praticamente nenhum mecanismo de controle.”

Vellozo e Souza (1993) assinalam que os profissionais de saúde, especialmente os médicos, exercem controle sobre o modo como as instituições se organizam para prestar as ações médicas, e também sobre como se constitui a demanda por tais ações, é um traço peculiar à política de assistência médica.

Este traço é apontado por vários autores. Segundo Vianna (apud BODSTEIN, 1993), essa característica delinea um quadro onde a assistência à saúde, mesmo quando prestada em unidades públicas, ocorre numa ótica privatista, dado que no nível institucional a direção do sistema é orientada pelos interesses particulares da categoria médica, revelando mecanismos corporativistas que perpassam a operacionalização da assistência médica.

A manutenção dessa lógica é mais um fator com implicações importantes no estabelecimento do acesso universal à saúde, enquanto dever do Estado e direito do cidadão. Desenha-se aqui, mais uma vez, a distância entre a intenção e o gesto, a contradição entre o exercício de direitos de cidadania constantes na legislação e a viabilização desse exercício, cujos descaminhos são tantos que tornam remotas as possibilidades de atuação concreta na construção do SUS, inclusive de trabalhadores do setor comprometidos com a luta da reforma sanitária.

Uma das causas da pouca oferta de serviços disponibilizados pelo SUS, está no financiamento destas ações, de forma mais grave nos serviços de média e alta complexidade, uma vez que o pagamento é por produção. Nesse sentido, Carvalho afirma,

⁶ Salário inicial de médico da SES/SC é de aproximadamente R\$ 700,00 mensais.

(...) as limitações no financiamento podem ter um efeito dramático, caso os ganhos em cobertura de atenção básica, incluindo populações até então excluídas, não sejam acompanhados de ganhos e resolubilidade e qualidade da atenção. Teríamos então, não um modelo de atenção integral, mas um modelo perverso onde populações marginais teriam acesso parcial e subalterno ao sistema, sem nenhuma chance de resolver problemas mais complexos. O Sistema se eximiria da atenção de média e alta complexidade, deixando-a a cargo do mercado, onde estaria acessível apenas aos setores que pudessem comprá-la (CARVALHO, 2002, p.02).

O exemplo mais claro do desfinanciamento é a tabela de pagamento da área ambulatorial, que paga R\$ 2,04 por uma consulta básica, R\$ 0,50 por um atendimento de enfermagem, etc. Estes valores aviltantes estimulam a fraude e o descaso dos profissionais da saúde e são fatores geradores da iniquidade.

Aos municípios coube a responsabilidade de garantir a atenção básica e o pagamento deste serviço é feito através do PAB – Piso da Atenção Básica cujo valor médio é de R\$ 10,00 percapita/ano, sendo repassado diretamente ao gestor independente da produção. Verificamos que a responsabilidade foi transferida sem o devido repasse financeiro, haja vista, o baixo valor repassado. Segundo Carvalho (2002) os riscos de o PAB se transformar na cesta básica dos pobres, não são desprezíveis.

Em relação à afirmativa de Carvalho, compartilhamos dessa preocupação de ver o SUS reduzido a uma “cesta básica” de serviços, no qual o acesso estará garantido apenas às consultas e serviços básicos.

Por outro lado, a média complexidade, onde estão incluídas as consultas especializadas, é de responsabilidade do Gestor Estadual. No entanto, ele tem sido omissos nesta função, e na maioria dos municípios de grande e médio porte deixou nas mãos dos municípios a prestação deste serviço. O pagamento da média complexidade é feito por produção, cujos valores estão definidos na tabela SIA/SUS e não condizem com a realidade. Exemplo disto é o valor de R\$ 2,55 pagos por consulta especializada, R\$ 7,05 por uma ultrassonografia, etc. Partilhamos da assertiva de Carvalho, ao verificarmos que o acesso a níveis mais complexos, no caso as consultas especializadas, está prejudicado pelo desequilíbrio entre a oferta e a necessidade da população, por vários motivos e entre estes, com certeza, o desfinanciamento do setor.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos este trabalho, constatamos que a Central de Marcação de Consultas não garante o acesso aos usuários do SUS, de um lado, pela não cobertura das consultas básicas, o que exige do cidadão a busca de serviços em outros níveis de atenção, e de outro pela pouca oferta de consultas especializadas disponibilizadas por ela.

Aqui se revela a face do não cumprimento cotidiano dos preceitos constitucionais e das propostas de governo, de possibilitar o acesso universal a todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde em todos os níveis. Caberia ao aparato estatal (seja ele do município, estado ou federação) viabilizar a realização do direito à saúde. Não faltam documentos legais assegurando esse acesso: Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde, Normas Operacionais – NOB 91/93/96, Norma Operacional da Assistência à Saúde, entre outros. Falta, sim, a oferta dos serviços!

A própria Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis descumpre o princípio da hierarquização, na medida que disponibiliza consultas básicas que deveriam ser ofertadas pelos municípios; entretanto, não disponibiliza consultas especializadas com suficiência, impondo à população, que dela necessita, outras formas de ter seu problema de saúde resolvido.

Muito se fala em acesso, entretanto, na prática, se percebe a dificuldade que a população passa para conseguir resolver seus problemas de saúde. O acesso universal, definido na Constituição como direito do cidadão e dever do Estado, não foi completamente efetivado, por vários motivos, entre estes, a falta de financiamento adequado, a desvalorização dos profissionais, o descompromisso dos profissionais, a má gerência dos gestores, etc.

A universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade. No SUS, a universalidade é garantida pela gratuidade no uso de serviços, sem a qual será prejudicado o princípio da equidade.

Nessa perspectiva, nos preocupamos com os efeitos que possam advir das limitações do financiamento na saúde, o que pode adulterar o modelo de atenção integral do SUS, na medida em que seus usuários têm acesso parcial aos serviços

de saúde. Desse modo, teríamos um sistema excludente onde os serviços mais complexos não estariam disponíveis para a população usuária do Sistema Único de Saúde.

O estudo evidencia que tal preocupação não está dissociada da realidade de nosso Estado. Hoje, conseguir uma consulta especializada na C.M.C. pode significar meses de espera, restando ao usuário do SUS resolver seu problema de saúde à margem do Sistema, que tem como princípios entre outros, a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Outro problema observado é quanto a formação dos recursos humanos, muito distante da necessidade de saúde da população.

Como possibilidade, vemos que a Central de Marcação de Consultas enquanto instrumento de regulação, deveria estar apontando suas deficiências, identificando claramente os déficits e as disfunções do sistema e as necessidades dos usuários, permitindo ao Gestor Estadual usar tais informações como base para o planejamento da assistência, possibilitando, assim, a garantia de acesso à população e, inclusive a construção de parâmetros assistenciais mais próximos da real necessidade da população.

Para tanto, o Gestor Estadual tem que reconhecer na Central um instrumento de regulação. Para Batista (2001) a Central de Regulação desempenha o papel de “olho” do observatório privilegiado que ela é. Os dados produzidos pela Central estão relacionados com a resolubilidade real e não burocrática do sistema.

Nessa perspectiva, ao concluirmos este trabalho apontamos alguns caminhos para a C.M.C da Grande Florianópolis, e por conseguinte, esperamos estar contribuindo para o êxito na implantação de outras Centrais no Estado de Santa Catarina:

1. A responsabilidade na garantia da oferta de consultas especializadas é do Gestor Estadual, portanto cabe a ele monitorar através do controle e avaliação, a relação entre oferta e demanda, a produção dos profissionais, bem como a qualidade desta oferta;
2. Regular o acesso, priorizando a patologia do paciente, superando o atendimento apenas por ordem de chegada ao sistema como ocorre hoje;

3. Capacitar os profissionais da área da saúde com vistas à implementação da regulação da assistência;
4. Monitorar a execução da atenção básica a fim de garantir a cobertura e a resolubilidade da mesma;
5. Elaborar critérios de encaminhamento para as especialidades médicas e protocolos assistenciais para serem utilizados pela rede básica;
6. Utilizar o estrangulamento das especialidades como “efeito sentinela”, para a partir daí, quantificar a necessidade de consultas médicas especializadas e simultaneamente desencadear a capacitação dos profissionais da rede básica.

O SUS, como novo pacto social, voltado para garantir acesso universal e igualitário a todos os cidadãos, certamente, ainda tem uma longa trajetória a cumprir.

O desafio é modificar a prática em conformidade com o discurso, ou seja, o acesso universal tem que acontecer na prática e para isso, os gestores, federal, estadual e municipal devem assumir efetivamente a função de regulação da assistência, garantindo recursos financeiros, humanos e tecnológicos conforme a necessidade dos usuários e exercer sua autoridade sobre os profissionais, afim de que, prestem serviço de qualidade e em quantidade suficiente.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, C.E.; BAHIA, L. A história das políticas de saúde no Brasil. **Cadernos Didáticos da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, n.6, p. 25-41,1993.

BATISTA, S. **Regulação da assistência**. Brasília, 2000. (mimeo)

BODSTEIN, R. (Org.) **Serviços Locais de Saúde**: Construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 136p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social**. Rio de Janeiro: Direção Geral do INAMPS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília. DF. 1990 - a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Assessoria de comunicação. Brasília. DF. 1990 - b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Organização das Unidades do Sistema Unificado de Saúde. Brasília. DF. 1990 - c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência a Saúde/ SUS - NOAS**. Brasília. DF. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família – uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. DF. 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília. DF. 1999.

CARVALHO, A I. Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz. Autogestão em Saúde. Disponível em <http://www.ead.fiocruz.br/cursos/autogestao>. Acesso em 23 de abril de 2002.

CECILIO, L. C. O. 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 1-14, 1997.

CECILIO, L. C. O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.315-329, 1999.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999. 161p.

CONTRANDIOPOULUS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura, financiamento. 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1994. 215 p.

DONABEDIAN. A . **La calidad de la atención médica**: definición y método de evaluación - enfoque básicos para la evaluación. México: La prensa médica mexicana, 1984.

FACHINI, O. **Fundamentos de Metodologia**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FIOCRUZ. Coordenação de Antônio Ivo de Carvalho. Desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. Apresenta texto sobre a Autogestão em Saúde. Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/cursos>>. Acesso em 23 de abril 2002.

GIBBARD, A . **The prospective pareto principle and equity of access to health care**. Milbank men. Fd Quart., 60: 1982. p.339-428.

GIOVANELLA L.; FLEURY S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ (Org.) **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177 – 199.

JUCAS, M. **Encaminhamentos realizados pela atenção básica**. 1998. 50 p. Trabalho de conclusão do curso de Medicina – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LUZ, M.T. A Saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES (org.) **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p.157 – 174.

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.

MENDES, E. V. **A política de saúde no Brasil nos anos 80**: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Brasília, 1991, 62 p. (mimeo).

MENDES, E. V.(Org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1993.

NETTO, A. R. et al. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, São Paulo, v.8, n. 4, p. 39-50, out./dez. 1999.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Salud para todos en el ano 2000**: estrategias. Washington, D.C., 1980. (OMS / Documento Oficial).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Extension de la cobertura de servicios de salud com las estrategias de atencion primaria y participacion de la comunidad.** Washington, D.C., 1978. (OPS / Documento Oficial)

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de Saúde em distritos sanitários. In: MENDES (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 187-220.

PRETTO, S. **A odontologia no SUS: o desafio da prática integral.** 1992. 152f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Programa de Pós-graduação em Odontologia Social e Preventiva, Universidade Federal Fluminense (Rio de Janeiro).

SAN MARTIM,,H., PASTOR, V. **Salud Comunitária: teoria y practica.** Madrid: Díaz de Santos, 1984.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Modelo Assistencial.** Florianópolis. 1990.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Parâmetros Assistenciais de Santa Catarina.** Florianópolis. 2000.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** Florianópolis. 2001.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde.** Florianópolis. 2002.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Regulação da Assistência.** Florianópolis. 2002.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento.** 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A editora, 1999.

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

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.** Bahia, 2000. (mimeo)

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

VELLOZO, V. R. O. ; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho reconstruído. In: BODSTEIN (Org.) **Serviços Locais de Saúde: Construção de atores e políticas.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.97-117.

ANEXOS