

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

LUCIANA ROCHA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE AOS NÍVEIS
DE ATENÇÃO DE MAIOR COMPLEXIDADE NO
MUNICÍPIO DE MARÍLIA/SP, SOB A ÓTICA DA
INTEGRALIDADE**

**BOTUCATU
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LUCIANA ROCHA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE AOS NÍVEIS DE
ATENÇÃO DE MAIOR COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO
DE MARÍLIA/SP, SOB A ÓTICA DA INTEGRALIDADE**

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Carmen M. C. Monti Juliani

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Enfermagem – Mestrado Profissional –
Universidade Estadual Paulista-
UNESP, para obtenção do título de
Mestre.

**BOTUCATU
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO OU PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Oliveira, Luciana Rocha de.

Avaliação do acesso à saúde aos níveis de atenção de maior complexidade no
Município de Marília/SP, sob a ótica da integralidade / Luciana Rocha de Oliveira. –
Botucatu, 2010.

Dissertação (mestrado) – Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu,
Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientadora: Carmen M. C. Monti Juliani
Assunto CAPES: 40406008

1. Atenção primária à saúde - Marília (SP) 2. Serviços de Saúde

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Atenção à saúde; Avaliação em saúde;
Necessidades e demandas de serviços de saúde; Sistemas de saúde

Nome: Luciana Rocha de Oliveira

Título: Avaliação do acesso à saúde aos níveis de atenção de maior complexidade no município de Marília/SP, sob a ótica da integralidade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – Universidade Estadual Paulista-UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: 31/03/2008

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória



“Dedico esta pesquisa primeiramente a Deus, por iluminar minha vida, e derramar suas bênçãos sobre mim. Esta vitória não teria sentido sem E.L.E.”

“Aos meus amados pais, Silvia e Sérgio, que são a razão do meu viver, meu alicerce. Os seus ensinamentos são dádivas, que ficarão para sempre em minha mente e coração. Nunca esquecerei que, sem restrições, deixaram muitas vezes as suas vidas para se dedicar à minha. Vocês sempre impulsionaram os meus sonhos, e os transformaram em realidade. O amor que sinto por vocês é infinito.”

“Ao meu noivo Aparecido Nardo Júnior (Lobo), que com tanta dedicação, não poupou esforços para o alcance desta conquista. É difícil traduzir em palavras toda a gratidão ao seu companheirismo, carinho e amor. Sou grata a Deus por colocar uma pessoa tão especial para compartilhar a vida. Te amo.”

“Aos meus irmãos queridos e adorados, Serginho, Silvinha, Viviane e Carina pelo incentivo incondicional, e ao meu irmão, Vicente, meu anjinho da guarda, que tenho certeza... me aplaude lá do céu... Saudades sempre.”

“Aos meus sobrinhos lindos, João Vitor e Amandinha, que só me dão alegria.”

Sem vocês meus amores, nada seria possível...

Agradecimientos



AGRADECIMENTOS

“À minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Carmen Maria Casquel Monti Juliani por permitir compartilhar da riqueza de sua sabedoria. Eternamente serei grata pela confiança ao trilhar comigo esta importante conquista, permitindo o meu desenvolvimento profissional. Demonstro assim, toda a minha admiração pela profissional e pessoa especial, que com tanta humildade soube guiar-me por meio de seus conhecimentos.”

“À minha querida e sempre mestre Prof^ª. Dr^ª. Maria José Sanches Marin, um exemplo de profissional, em quem me espelho para me tornar um ser humano melhor. Obrigada pela oportunidade de contar com suas brilhantes contribuições para transformar o meu sonho em realidade.”

“À Prof^ª Dr^ª Cristina Maria Garcia de Lima Parada, todo o meu respeito e gratidão pela imensa colaboração na execução desta pesquisa. É um privilégio poder contar com sua competência profissional.”

“À Prof^ª Dr^ª Luzmarina A. Doretto Braccialli pela importante participação nesta pesquisa.”

“À Secretaria de Estado da Saúde pelo financiamento do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UNESP.”

“Aos funcionários e professores da Seção de Pós-graduação da UNESP – Botucatu, principalmente à Secretária Aline Parada pelo acolhimento, e ao Prof. Dr. José Eduardo que auxiliou no cálculo dos dados estatísticos.”

“Ao Secretário da Saúde de Marília, Dr. Júlio César Zorzetto, por permitir a realização deste estudo.”

“À Coordenação da Atenção Básica de Marília, Dr. Eduardo Tanajura de Faria e Enf^ªs Denise E. Garozi e Aurélia P. Primo Silva, por favorecer as minhas saídas para a realização das disciplinas.”

“Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Marília principalmente aos responsáveis pela Central de vagas Élcio P. Mesquita; pela DACA, Antônio Roberto Ruiz, e pelo NI, Ana, pois sempre se mostraram dispostos a me auxiliar na coleta de dados.”

“À Diretora de Planejamento do DRS IX, Roseli Regina F. Marconato pela atenção e contribuição dispensada a este trabalho.”

“À Equipe da USF Santa Augusta pela compreensão e apoio nas minhas ausências durante o Curso de Mestrado, meu eterno agradecimento.”

“Aos Professores da Faculdade de Medicina de Marília que sempre me incentivaram, principalmente à minha querida e sempre parceira Maria Yvette de Aguiar D. Moravick;”

“Aos meus alunos da UPP (FAMEMA), que entenderam as minhas ausências nesta pós-graduação, vocês são incríveis.”

“À Coordenação da Residência Multiprofissional pela compreensão às minhas ausências em virtude desta pesquisa, em especial à Renata S. da Rosa, Marília S. Sgambatti e Paulo Marcondes C. Júnior.”

“As minhas residentes e “pupilas” Lívia e Máira; e aprimorandas Cristiane e Lidiane que sempre foram meu braço direito nas minhas ausências na USF.”

“À Professora de Português Maria Dolores Machado, à Professora de Inglês e Enfermeira Adriana Avanzi e às Bibliotecárias Aline e Selma, pelo empenho no aprimoramento deste estudo.”

“Aos queridos tios Mércio e Celina, e primos Eliane e Mércinho, mesmo de longe, sei que sempre torcem por mim.”

“Aos meus queridos cunhados Renatinha, Tathiele e Zé, e à minha sogra Maria Alice Viana e meu sogro Aparecido Nardo pelo estímulo.”

“Aos companheiros de viagem e colegas de Mestrado, Luís, que nos conduziu com tanto cuidado até Curso de Mestrado, à Kelly, Thaís e Esthér, pelas longas e agradáveis conversas durante o percurso Marília-Botucatu, à Luciane, Vanessa Baliego, Rosângela, Cidinha e Vanessa Cecília, pelo apoio e escuta das ansiedades. Foi muito bom compartilhar com vocês inesquecíveis momentos nesta importante jornada.”

“Ao Padre José, que com sua serenidade e bondade sempre me acolheu por meio de suas orações.”

“Aos meus amigos de coração Mara, Ana Cristina, Leticia, Mariana, Raquel, Adriana Castro, Roberta e Nelson, obrigada pela amizade, vocês foram de extrema importância para o alcance dos meus objetivos.”

“Às minhas companheiras Enfermeiras pelo incentivo: Fabiana, Simone, Andréia, Thaís, Anastácia, Suelaine, Daniela, Fernanda, Tânia e Josane.”

“Ao S. Coulbert e D. Tina, pessoas que sempre me deram forças para continuar. Nunca esquecerei o carinho de vocês.”

Epígrafe



*“ ... os que confiam e esperam no Senhor
sempre renovam suas energias.
Caminham, e não perdem as forças,
correm e não se cansam, sobem,
voando como águias.”*

Isaías 40:29

Resumo



Oliveira LR. Avaliação do acesso à saúde aos níveis de atenção de maior complexidade no município de Marília/SP, sob a ótica da integralidade [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”; 2010.

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de avaliar o acesso dos usuários ao serviço público de saúde de maior complexidade no município de Marília/SP, sob a ótica da integralidade. Trata-se de um estudo epidemiológico inserido no campo da avaliação de serviços de saúde, cujos dados foram obtidos por meio de análise de documentos e relatórios administrativos existentes nos sistemas de informação em saúde do município, no ano de 2007. Foram analisadas 529 fichas de reclamação na ouvidoria advindas da rede básica, além da análise de documentos informatizados da Central de Vagas sobre a demanda e oferta de serviços a níveis de atenção de maior complexidade. Para análise do número de agendados nas especialidades médicas utilizaram-se parâmetros da Portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde. Os dados de morbidade ambulatorial local foram obtidos pelo SIAL (Sistema de Informação Ambulatorial Local) com a finalidade de correlacionar as especialidades médicas, com o número de reclamações. Na análise dos resultados constatou-se que o maior número de reclamações na ouvidoria é referente à demanda reprimida para as especialidades médicas e exames especializados, e que o tempo médio para suprir a demanda é elevado. Embora os dados obtidos demonstrem um período longo de espera para o atendimento nas especialidades, os parâmetros da Portaria nº 1.101 são atendidos na sua totalidade e, não raras vezes, mais que o recomendado por esta. Assim sendo, interpretamos que há uma defasagem dos parâmetros de cobertura desta Portaria, que está muito aquém das demandas de encaminhamentos oriundos da rede básica, ou a atenção básica não está cumprindo com o seu papel de resolubilidade dos problemas de saúde da população. Quanto ao SIAL, uma das morbidades mais prevalentes são as doenças do aparelho respiratório (16%), e a especialidade de pneumologia, teve um dos menores números de reclamação na ouvidoria, o que nos leva a crer que os profissionais da atenção básica estejam melhor preparados para atender às morbidades comuns à esta especialidade. Neste contexto, qualquer sistema de saúde terá limitações para suprir completamente todas as necessidades de saúde de uma comunidade, porém é urgente repensar como articular os diversos níveis de atenção, de modo que sejam capazes de diminuir as imensas filas para a resolução dos problemas dos usuários e minimizar os prejuízos à saúde da população assistida.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Atenção à saúde. Avaliação em saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Sistemas de saúde.



Abstract

Oliveira LR. Evaluation of access to health care levels of greater complexity in the city of Marília-SP, from the perspective of the whole [essay]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”; 2010.

ABSTRACT

This study aimed evaluates the user's access to high complexity health service in the city of Marília – SP from the perspective of integrality. It's an epidemiological study inserted in the field of health evaluation services, whose data were obtained through analysis of documents and administrative reports available in the city health information systems, in the year 2007. Were analyzed 529 complaints records of call service arising from basic network and digitized documents from Vacant Center about supply and demand services to levels of more complex care. For analysis the scheduled number of medical specialties this study used the parameters of the 1.101 ordinance Ministry of Health. The ambulatory morbidity data were obtained from SIAL (local Information System) with the purpose to correlate the medical specialties and the complaints number. The analysis of results evidenced that the majority number of complaints to the call service refers to the restrained demand for medical specialties and specialized exams, and the average time to supply the demand is high. Although the data show a long period of waiting to a specialty appointment, the parameters of the 1.101 ordinance are met in full and, often, more than recommended for this. Therefore, we interpret that there is unbalanced parameters of coverage, which is well below the demands of cases received from the basic network or primary care is not fulfilling its role in solving the problems of population health. About SIAL, one of the most prevalent morbidity are diseases of the respiratory system (16,0%), and the pneumology specialty, had one the minority numbers of complaints to the call service, which leads us to believe that the primary basic care are better prepared to take care of the common diseases of this specialty. In this context, we know that certainly any health system will have limitations to supply completely all community health needs, however is urgent to rethink how to articulate the various levels of attention, in way to be able to reduce the huge queues for the resolution users' problems and minimize the damage to the health population assisted.

Keywords: Health Services Accessibility. Health Care. Health Evaluation. Health Services Needs and Demand. Health Systems.

Lista de Tabelas



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados da ouvidoria referentes às reclamações por dificuldades de acesso aos níveis de atenção à saúde de maior complexidade. Marília, 2007	42
Tabela 2 – Dados do Núcleo de Informações (NI) referentes às morbidades obtidas no SIAL, de acordo com os atendimentos médicos da Atenção Básica de Saúde (ABS). Marília, 2007	51

Lista de Quadros



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis relativas à demanda de especialidades médicas de Marília e outros municípios do DRS IX. Marília, 2007	48
Quadro 2 – Variáveis relativas à demanda de exames complementares de Marília. e outros municípios do DRS IX. Marília, 2007	50
Quadro 3 – Análise do número total de agendados de Marília, no atendimento às variáveis conforme Portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde (MS), dos parâmetros mínimo (2) e máximo (3) de consultas especializadas/hab/ano, segundo as especialidades médicas. Marília, 2007	53

Lista de Abreviaturas e Siglas



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
ABS	Atenção Básica de Saúde
CAB	Coordenação da Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COMUS	Conselho Municipal de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
D	Doenças
DACA	Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria
DRS	Departamento Regional de Saúde
EEG	Eletroencefalograma
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
HC	Hospital das Clínicas de Marília
HM	Hospital Materno Infantil de Marília
IOM	Instituto de Olhos de Marília
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MS	Ministério da Saúde
NI	Núcleo de Informações
NCR	Número de Consultas Anuais Recomendadas para a especialidade
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial

NTA	Número total de agendamentos no ano para determinada especialidade
NTC	Número Total de Consultas
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PC	Porcentagem de Cobertura
PCM	Porcentagem para Consultas Médicas (especializadas ou consultas básicas)
PCR	Porcentagem de consultas recomendadas para uma especialidade
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAL	Sistema de Informação Ambulatorial Local
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIMAR	Universidade de Marília
UPP	Unidade Prática Profissional
USF	Unidade de Saúde da Família

USG Ultrassonografia

TA Total da Ação

TAB Tabela

Sumário



SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 INTRODUÇÃO	18
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4 MÉTODO	28
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2 CAMPO DO ESTUDO.....	28
4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	32
4.4 DEFINIÇÃO DA AMOSTRAGEM.....	33
4.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS.....	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.6.1 Método proposto para os cálculos.....	36
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5 RESULTADOS	42
5.1 OUVIDORIA.....	42
5.2 CENTRAL DE VAGAS.....	47
5.3 NÚCLEO DE INFORMAÇÕES (NI).....	51
5.4 FÓRMULAS UTILIZADAS PARA OS CÁLCULOS DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS.....	54
6 DISCUSSÃO	59
7 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	79
ANEXO 1 – PORTARIA Nº 1.101.....	79
ANEXO 2 – FICHA DE OUVIDORIA.....	113
ANEXO 3 – INSTRUMENTO - OUVIDORIA.....	114
ANEXO 4 – INSTRUMENTO - CENTRAL DE VAGAS (ESPECIALIDADES / EXAMES).....	115
ANEXO 5 – EXEMPLO DO TEMPO MÉDIO PARA SUPRIR A DEMANDA.....	116
ANEXO 6 – APROVAÇÃO DO COMITÊ EM ÉTICA E PESQUISA.....	117
ANEXO 7 – INSTRUMENTO - NÚCLEO DE INFORMAÇÕES (NI).....	118
ANEXO 8 – INSTRUMENTO – ESPECIALIDADES COM RELAÇÃO À PORTARIA Nº 1.101.....	119

1. Apresentação



1 APRESENTAÇÃO

Em 1999, quando ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), foi possibilitado a mim vivenciar a realidade dos serviços de atenção básica à saúde do município. Neste contexto, despertou-me a atenção para a dificuldade do acesso dos usuários aos serviços de saúde de maior complexidade, percebendo, o sofrimento vivenciado pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na obtenção da continuidade do cuidado.

Após minha graduação, pela grande identificação com a atenção básica em saúde, fiz parte da primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FAMEMA, momento em que houve a inauguração da USF Santa Augusta, onde me encontro na função de Enfermeira até hoje. Pude, então, perceber que esta realidade pouco havia mudado.

Em 2005, iniciei como Professora colaboradora da Unidade Prática Profissional (UPP) com os alunos da 1ª e 2ª séries do Curso de Medicina e Enfermagem, e como Tutora da Residência e Aprimoramento Multiprofissional em Saúde da Família, sendo todos estes cursos vinculados à FAMEMA, o que foi possível pela parceria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Marília/SP com esta faculdade. Nesta ocasião, foi possível perceber que a indagação sobre esta problemática tornou-se uma questão que afligia não só a mim, mas a um conjunto de alunos que, assim como eu, tiveram a aprendizagem pautada na metodologia problematizadora e, entre outros aspectos, questionavam a falta de integração entre os diferentes serviços de atenção à saúde, e as dificuldades de acesso aos níveis de atenção à saúde secundário e terciário, interferindo diretamente na integralidade das ações.

Acrescenta-se que, neste período também ocorreu ampliação da oferta de serviços de atenção básica à saúde, o que tornou ainda mais evidente a precariedade na oferta de atendimento nas especialidades.

Além disso, observa-se, na literatura nacional, uma lacuna no que se refere a estudos que evidenciam esta problemática, o que dificulta a busca de

alternativas que vislumbrem a qualificação da atenção, com vista ao acesso igualitário e, conseqüentemente, à integralidade do cuidado.

No anseio de aplicar os aprendizados adquiridos na graduação e pós-graduação, propus, no desenvolvimento desta pesquisa a reflexão construtivista com os estudantes na prática profissional, na busca de resgatar e contribuir com a discussão de fatores que possam estar comprometendo a integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas de saúde da população, a partir da análise do acesso a níveis de atenção à saúde de maior complexidade, considerando dados resgatados em sistemas de comunicação formais.

2. Introdução



2 INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visa a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção.¹

O SUS está centrado em uma política baseada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e acesso às ações de saúde,² e tem o objetivo de proporcionar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e preventivas em todos os níveis de atenção, além de manter a integralidade da assistência, por meio de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, a fim de integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para cobertura total das ações de saúde, além de desenvolver a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.^{3,4}

No entanto, o modelo de atenção atualmente existente não privilegia a prevenção de doenças e a promoção de saúde, assim como a organização integrada e multiprofissional dos serviços de saúde.⁵ A insuficiente garantia da atenção contínua nos diferentes níveis de assistência afeta uma característica primordial, a integralidade, que é uma das diretrizes do SUS.

A integralidade é um princípio que pode ser contemplado pelo modelo assistencial organizado de forma hierarquizada e descentralizada, cuja garantia da integração dos recursos de infra-estrutura é fundamental. Neste caso a atenção integral depende de uma rede articulada, de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução, e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil.³

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação

próprios, gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, respondendo às necessidades de saúde individuais nos âmbitos local e regional.⁶

A integralidade das ações é uma consequência da acessibilidade aos seus serviços. A questão da integralidade representa ainda, hoje, o maior desafio nas práticas em saúde, não como questão institucional ou política, já que integrar nessas esferas não é exatamente algo novo, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entender e realizar ações técnicas, que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.⁷

A questão da articulação entre os diferentes níveis de assistência deve ser vista como a capacidade do próprio sistema em resolver os problemas da população pelas ações interligadas, em crescente complexidade, de acordo com o gerenciamento das necessidades verificadas pelo nível de atenção.⁸

A integração dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. Nesse sentido, para organizar os serviços rumo à atenção integral é indispensável a efetivação de uma rede integrada de serviços de saúde, em contra-posição a um conjunto fragmentado de serviços.⁶

Essa integração não parece ser tarefa fácil para os municípios, uma vez que, de maneira geral, as unidades de saúde dos diversos níveis procuram manter seus respectivos processos de trabalho (cultural e histórico) inalterados e isolados dos demais serviços, não se constituindo como parte de uma rede assistencial local ou regional. Esse fenômeno de desarticulação, que se observa em nível nacional, compromete de forma importante a construção do SUS como um sistema integrado e articulado de serviços.⁹

Há necessidade de se discutir a integração entre os diferentes níveis, visto que essa temática está intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência, considerando que as condições materiais de vida são determinantes do processo saúde-doença e que, portanto, em uma sociedade marcada por desigualdades sociais os riscos de adoecer e morrer não acontecem de modo homogêneo nas diferentes classes sociais, uma política de saúde que advoga em favor do SUS deve prever e empreender esforços para garantir o

funcionamento adequado e articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde, de modo a responder às necessidades de saúde da população em nível local.¹⁰

O modelo tecno-assistencial, que pensa o sistema de saúde como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processos articulados de referência e contra-referência, tem se apresentado como uma perspectiva racionalizadora, cujo maior mérito seria o de garantir maior eficiência na utilização dos recursos, universalização do acesso e equidade.¹¹

Assim, em 1994, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) que foi adotada como principal porta de entrada do sistema de saúde, articulada aos demais níveis de atenção, garantindo a sua adequação às necessidades e prioridades locais, pela atuação de uma equipe multiprofissional, de acordo com a realidade de cada município. A ESF deve desenvolver ações integradas com as demais políticas de saúde e com a rede de serviços, proporcionando a integralidade da atenção, garantindo a referência e contra-referência, evitando o estrangulamento.¹²

A Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser incorporada e potencializada como uma das modalidades tecnológicas, que pode fazer parte de uma complexa ação das redes básicas de saúde, pois este serviço sozinho, sem a articulação com os outros níveis de atenção é incapaz de responder às necessidades de saúde dos usuários, que possuem necessidades como a de ser alguém singular com direito à diferença, que deve ter a garantia ao acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe, ter autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” e sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde, ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento e ser tratado como sujeito do saber e do fazer.¹³

Os profissionais que atuam nos diferentes cenários de atenção à saúde necessitam consolidar uma nova concepção, que atenda às necessidades de saúde da população, considerando a percepção que é preciso responsabilizar-se pela assistência que é oferecida,¹⁴ assim, é importante que os profissionais de saúde devam assumir uma postura de compromisso e profissionalismo.

É no cotidiano do trabalho e na coletivização da gestão dos serviços, a fim de resolver os problemas que se identifica no dia-a-dia, que são somados e construídos um outro proceder em saúde que se orienta pela construção de um vínculo efetivo entre o usuário e o trabalhador na busca de garantia dos acessos dos usuários às ações de saúde, oferta de múltiplas opções tecnológicas, busca da máxima resolubilidade que as ações de saúde possibilitam, além da impactação dos quadros de morbi-mortalidade a partir da associação mais ampla possível de todas as ações de saúde.¹⁴

O acesso à saúde engloba condições de vida, de nutrição, de habitação, de poder aquisitivo e de educação, além da acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural que envolve normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.¹⁵ Então a acessibilidade é a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente.¹⁶ Do ponto de vista funcional, salienta aspectos levantados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹⁷ quanto à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema.¹⁸

Ao abordar o acesso aos níveis de atenção à saúde de maior complexidade, nos referimos aos níveis secundário e terciário, ou seja, o acesso às “tecnologias leve, leve-dura e dura”,¹⁹ dos atendimentos compostos por especialidades médicas, tanto em nível ambulatorial, como hospitalar, levando em consideração toda a problemática inerente ao processo dificultoso de adentrar nestes serviços e receber cuidado contínuo, e a integração dos serviços, a partir do momento em que o usuário é encaminhado da atenção básica para os outros níveis de atenção à saúde.

Negar o acesso ao usuário é, antes de tudo, um problema da qualidade das ações de saúde e compromete sua capacidade de ser uma intervenção tecnológica e assistencial a serviço de uma melhoria do modo de andar a vida dos indivíduos e do coletivo. Mas, só garanti-lo não basta, não é suficiente. Deve-se repensar sua articulação com o modo de trabalhar cotidianamente as necessidades e problemas de saúde. Os trabalhadores de saúde também podem garantir que a universalidade,

equidade e acesso sejam armas na defesa da vida, por meio de um novo modo de agir em saúde.²

Assim propõe-se a concretização de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado, ligados por estratégias de gestão, financiamento, e informação, com uma integração funcional, que assegurem a coordenação comum, orientada por um sistema de informações ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros.¹¹

A universalização do atendimento é a garantia do acesso igualitário para todos, mas precisa ser articulada à equidade para que esse acesso se efetive concretamente, por meio de dispositivos operacionais que propiciem a efetivação dos serviços para o usuário, e de acordo com complexidade crescente, como prevê a legislação brasileira,³ implicando na redução da desigualdade do acesso à saúde, com fins à justiça social.

Se a saúde é vista como necessidade humana essencial, beneficiária do estatuto de direito social, então sua garantia, por meio de procedimentos que visem à promoção, à prevenção, à manutenção e à recuperação, deverá ser objeto de políticas públicas universais e igualitárias assumidas como responsabilidade ética por toda a sociedade. Compreender a questão das desigualdades em saúde, a partir dessa perspectiva, implica adotar propostas baseadas no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos na elaboração de estratégias compensatórias. Tais estratégias devem considerar que as necessidades são diferentes e, portanto, requerem recursos também diferenciados para sua satisfação.²⁰

A equidade dos sistemas de saúde é um direito do cidadão, que permite a igualdade no acesso à atenção à saúde, mediante as mesmas necessidades.⁵ A equidade, se refere a direitos iguais quando a diferença inferioriza, e o direito de ser diferente, quando a igualdade descaracteriza. Em saúde, a mesma necessidade deve pressupor a mesma utilização dos serviços de saúde, dadas determinadas condições de acesso.²¹

A desigualdade justa é inerente a equidade, pois o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente.²² A igualdade não é o mesmo

que equidade, esta incorpora em seu conceito valor de justiça distributiva. O conceito de equidade em saúde quer dizer, igual acesso para igual necessidade, e contempla a discriminação positiva, de modo a garantir “mais” direitos a quem tiver “mais” necessidades. Diminuir as desigualdades diante da impossibilidade de eliminá-las deve ser o objetivo central de toda política pública. A implantação do SUS tem contribuído para a redução nas desigualdades no acesso a serviços de saúde, enquanto o consumo de outras modalidades de assistência, fortemente vinculados com a renda, continuam, por isto, extremamente desigual.²³

O modo de vida relacionado à esfera do consumo, ao acesso e ao uso de serviços de saúde tendem a refletir os níveis de desigualdades existentes na sociedade. Uma política de saúde com as características do SUS procura, por meio da realização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, compensar, no plano do consumo, as desigualdades produzidas pela organização social. A discriminação positiva objetiva tratar os indivíduos de acordo com suas necessidades especialmente desenhadas para reduzir as desigualdades ou compensá-las. Somente dessa maneira será possível compensar, no plano do consumo das ações e atividades de saúde, as desigualdades sociais geradas pela inserção dos indivíduos na estrutura social.²⁰

A promoção da equidade na atenção à saúde considera as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades, como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitada as diversidades locais. A partir da identificação das necessidades, é preciso desenvolver um processo de planejamento e regulação da atenção à saúde, com monitoramento e avaliação, promovendo a humanização do atendimento.²⁴

Ao medir a utilização dos serviços e estudar sua acessibilidade, pode-se, indiretamente, avaliar a equidade de um sistema de saúde.²⁵ Os indicadores mais adequados para avaliar a existência de desigualdade na atenção à saúde devem estimar a chance de os indivíduos obterem tratamento quando acometidos por alguma doença ou de receberem cuidados específicos de proteção à saúde nos casos tradicionalmente recomendados e permitir quantificar a contribuição das diferenças entre grupos e no interior deles como um índice de desigualdade.^{26, 27}

O sistema de regulação em saúde no SUS é uma das diretrizes contempladas no Pacto pela Saúde, sendo definida como Política Nacional de Regulação, e tem como eixos a serem operacionalizados pelos gestores: implantar e/ou implementar complexos reguladores.^{28, 29} A função da regulação é uma estratégia em estreita interface com o planejamento, controle, avaliação, com os diversos níveis de complexidade da assistência integral aos usuários do SUS. A regulação é um dos instrumentos de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde.^{30, 31}

É com essa perspectiva política de mudança da realidade de saúde da população, que a atividade de avaliação ganha nova dimensão e importância. A avaliação deve se constituir em um instrumento fundamental para a gerência, ágil e facilitadora das mudanças pretendidas que, incorporada sistematicamente aos serviços, revelará se as atividades desenvolvidas, no seu âmbito são adequadas e compatíveis em relação à realidade sanitária local, e qual o seu impacto sobre o nível de saúde da população.⁷

A avaliação de serviços parece transparecer-se como um novo paradigma no âmbito da pesquisa científica, como também para apontar as fragilidades, potencialidades e limitações das políticas regionais e da gestão dos serviços de saúde.³²

Na avaliação em saúde, a qualidade do cuidado pode ser aferida por meio da tríade estrutura (instrumentos, recursos, condições físicas e organizacionais), processo (comunicação e relação entre os serviços, os profissionais e os pacientes), e resultados (mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio e indicadores relacionados ao serviços),³³ assim como mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado).³⁴

Neste contexto, para a consolidação do SUS, o Pacto pela Saúde propõe como responsabilidade dos municípios a organização do acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde no seu território, explicitando o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, além de organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a

rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção primária com os demais níveis do sistema.²⁴

O principal instrumento utilizado neste estudo como parâmetro para planejamento foi a Portaria nº 1.101/GM (12 de junho de 2002) (ANEXO 1). Na elaboração destes parâmetros, foram considerados:

a) os parâmetros assistenciais, reconhecidos internacionalmente, inclusive os baseados em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento;

b) as estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS, e as incidências nacionais, por especialidade, dos últimos três anos;

c) o número de internações hospitalares, consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação, estudos do Ministério da Saúde (MS), realizados com a participação de técnicos dos demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país.³⁵

Esta Portaria normatiza como considerações preliminares, os parâmetros de cobertura assistencial do SUS, que se destina a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo subsídios para:

- analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais à população;
- auxiliar na elaboração do Planejamento da PPI;
- auxiliar no Acompanhamento, Controle, Avaliação e Auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS.

Nesta lógica, pela melhoria das condições de atendimento, obter-se-ia uma melhoria no perfil e sistema local de saúde, e daria respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando maior resolubilidade possível na vigência de algum agravo à saúde.

Assim, a partir da inquietação já apontada na apresentação deste estudo e reconhecida a importância dos estudos avaliativos na gestão em saúde, bem como a lacuna que ainda pode ser identificada na produção de trabalhos nessa área, esta pesquisa teve como ponto de partida as seguintes perguntas: os usuários do SUS no município de Marília estão tendo o devido acesso às especialidades para a garantia da

integralidade da atenção? O que nos mostram as reclamações da Ouvidoria da Secretaria de Saúde em relação às especialidades e exames? Quais as especialidades e exames que apresentam maior número reclamações? As reclamações estão relacionadas ao quadro de morbidade do Município? Qual a demanda reprimida para as especialidades e o tempo médio de espera para agendamento? As consultas ofertadas estão em consonância com os parâmetros da Portaria nº 1.101?

3. Objetivos



3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o acesso dos usuários do serviço público de saúde de Marília/SP, aos níveis de atenção de maior complexidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar os dados quantitativos de reclamações de usuários na ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de Marília/SP, referente à dificuldade ao acesso a níveis de atenção à saúde de maior complexidade.

- Identificar e analisar os dados quantitativos da oferta e demanda para níveis de atenção à saúde de maior complexidade no município de Marília/SP, daquelas especialidades médicas selecionadas por terem maior número de reclamações na Ouvidoria.

- Identificar e descrever a morbidade ambulatorial local, procurando correlacionar as especialidades médicas com o maior número de reclamações para aprofundamento da análise.

4. Método



4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, transversal e retrospectivo, inserido no campo da avaliação de serviços de saúde, cujos dados foram obtidos por meio da análise de documentos e relatórios administrativos existente nos sistemas de informação em saúde do município de Marília, no ano de 2007.

A epidemiologia é central para as atividades de saúde pública e incorpora-se a aplicação de estudos para controlar problemas de saúde de uma população.³⁶ Os estudos epidemiológicos observacionais descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, lugar e/ou características dos indivíduos.³⁷

Nos estudos transversais, a exposição e a condição de saúde são determinantes simultaneamente. Em geral, esse tipo de investigação começa com um estudo para determinar a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde em uma determinada população. Nesse tipo de estudo não é possível saber se a exposição antecede ou é consequência da doença. Esse delineamento é adequado para identificar pessoas e características passíveis de intervenções (grupos vulneráveis) e gerar hipóteses etiológicas, e dentre as aplicações da epidemiologia está a avaliação de ações e programas de saúde,³⁷ o que se enquadra na presente pesquisa.

4.2 CAMPO DO ESTUDO

O campo é o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do objeto de estudo. Compreende o contexto em que se desenvolve o objeto, sendo o espaço onde serão obtidos os dados empíricos sobre o mesmo.³⁸ Assim o campo deste estudo é o município de Marília/SP.

Marília é uma cidade de médio porte, com população estimada em 218.113 habitantes no ano de 2007, situada no Centro oeste do Estado de São Paulo, a uma distância de 443 km da capital. O município é considerado pólo nacional na área alimentícia, em virtude do grande número de indústrias produtoras de balas, doces e biscoito, sendo responsável por aproximadamente 12% da produção nacional.^{39,40}

O município de Marília habilitou-se na Gestão Plena do Sistema de Saúde, em junho de 1998 e de acordo com a NOB-SUS 01/96, criou o Fundo Municipal de Saúde para receber recursos que são transferidos do Fundo Nacional de Saúde passando o Conselho Municipal de Saúde (COMUS), a exercer o papel de órgão colegiado máximo. Para a União, ficou estabelecido que o financiamento do Sistema de Saúde de Marília, a partir de 2001, deveria efetuar a correção pela adição da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).⁴¹

O município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal passa a receber os recursos para a atenção básica e especializada. Deste modo, o município de Marília, passou a ter autonomia e responsabilidades relativas à política de saúde na sua área geopolítica. Com a gestão Plena do Sistema busca-se a atenção integral à saúde da população.⁴¹

De acordo com documentos de gestão da SMS, o modelo de atenção vem sendo gradativamente reorientado para uma transformação progressiva, com vista à implementação da ESF, norteadas pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e acessibilidade, garantidos por ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Atualmente o município conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 29 (USF), as quais se constituem, em suas áreas de abrangência, a porta de entrada do sistema de saúde. Cada uma das unidades de saúde é responsável pelo enfrentamento de riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como tarefa identificar os problemas de saúde mais relevantes, de grupos ou indivíduos mais suscetíveis ao risco de adoecer ou morrer, podendo assim planejar e realizar ações mais adequadas para seu enfrentamento.

Até 1998, a rede de atenção básica do município era composta por 17 UBS distribuídas geograficamente segundo aglomerados populacionais e constituindo-se em “Regiões de Saúde”. As UBS realizavam duas tarefas principais:

atendimento ambulatorial básico a todas as faixas etárias, inclusive as ações programáticas e as intercorrências e, concomitantemente, o desenvolvimento de ações de saúde coletiva. O modelo de atenção à saúde era baseado em consultas médicas individuais e de pronto-atendimento, limitadas à capacidade das UBS (porta de entrada do sistema) em resolver problemas de saúde e desenvolver atividades programadas, educação em saúde, vigilância epidemiológica, dentre outras.

Nas UBS do município, apesar de terem incorporado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), houve pouca mudança no processo de trabalho dos profissionais. As reuniões de equipe são esporádicas e nelas nem sempre é possível a participação de todos os profissionais; a carga horária de trabalho do médico e dentistas, na maioria das vezes, é parcial, dificultando maior envolvimento com a equipe e, conseqüentemente, com as necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade.

As USF do município, de maneira geral, cumprem com os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS), em relação à estrutura física; composição da equipe mínima e desenvolvimento dos programas nacionais básicos; organização do trabalho em equipe centrado nas necessidades dos usuários e discutidas em reuniões semanais e realização também de reuniões mensais com a comunidade. As agendas se organizam em torno da demanda espontânea, e consultas marcadas ao médico, dentista e enfermeiro, com visitas domiciliares aos usuários incapacitados, além de atividades grupais. Essas unidades são instaladas em áreas onde a população apresenta maior carência socio-econômica, atendendo aproximadamente 88.000 pessoas, o que representa por volta 40% da população de Marília.

A gestão do município de Marília assume os hospitais, Santa Casa de Misericórdia, Maternidade Gota de Leite Humano, Hospital Universitário de Marília (UNIMAR), Hospital Espírita, Hospital São Francisco de Assis das Irmãs Alcantarinas (extinto em 2009). Sob a gestão do Estado, o município conta com o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), o Hospital das Clínicas de Marília (HC), o Hospital Materno-Infantil de Marília (HM), o Instituto de Olhos de Marília (IOM) e o Ambulatório Mário Covas, sendo todos estes importantes prestadores de serviço nos níveis secundário e terciário. Além disso, o município conta com prestadores de

serviços particulares e conveniados, principalmente no caso de exames, utilizados de acordo com critérios legais de contratação.

Os encaminhamentos para as especialidades médicas e solicitação de exames são gerados, na sua grande maioria, nas consultas realizadas na Atenção Básica de Saúde (ABS), e nos 62 municípios do DRS IX, salvo em casos realizados internamente por estes hospitais e ambulatórios. Esses encaminhamentos são regulados pelo Setor da Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA) da SMS, o qual tem a responsabilidade de controlar os recursos financeiros empregados e avaliar a qualidade do serviço prestado. A Central de Vagas e a Ouvidoria estão ligadas diretamente a essa Divisão.

Em âmbito nacional, o Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde foi criado por meio do Decreto nº 4.726, em 09 de junho de 2003, e compõe a estrutura do MS como parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Ouvidoria Geral do SUS é um canal de articulação entre o cidadão que exerce seu papel no controle social e a gestão pública de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Entre suas atribuições estão: receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes.⁴² O seu papel está intimamente relacionado com o acesso à saúde, já que articula as informações recebidas para os serviços, que procuram realizar a resolução dos problemas por meio das necessidades apontadas por este Setor. A SMS de Marília conta desde 2005, com a Ouvidoria, e está diretamente ligada ao Setor da DACA, como um canal de comunicação do usuário com o serviço de saúde que ele financia. A Ouvidoria do município tem três funcionários no processo de atendimento ao município, sendo dois atendentes e um supervisor, que passaram por processo de capacitação para a função. Acolhem a população, na sua grande maioria, por telefone e também pessoalmente preenchem manualmente uma ficha (ANEXO 2), que posteriormente é digitada e após o visto da Coordenação da Atenção Básica (CAB), a mesma é entregue para as equipes das unidades de saúde responderem, sempre em busca da maior resolubilidade possível no caso de reclamações, procurando fornecer uma devolutiva ao usuário reclamante. Esta ficha com a resposta do ocorrido retorna para a mesma coordenação, que realiza avaliação do caso e arquivo no setor de Ouvidoria.

A Central de Vagas é o setor onde acontecem os agendamentos eletivos dos usuários por meio de profissionais que trabalham no sistema de “*telemarketing*”, os quais são responsáveis pelo contato junto ao prestador contratado e as unidades de saúde de atenção básica, assim como os serviços de saúde que possuem demanda para ser agendada. No primeiro momento, este Setor recebe todas as ofertas de serviços desses prestadores contratados, mediante a um teto limite, ligado diretamente ao quanto se investe financeiramente nestes prestadores, e ao que foi pactuado na Programação Pactuada Integrada (PPI).

A PPI é uma estratégia do MS, implantada no Estado de São Paulo (SP) no final de 2007, onde ocorre uma complexa rede de negociação entre Estado, municípios e serviços, com o objetivo maior de aumentar o acesso do usuário de maneira igualitária. O gestor tem o compromisso de atender os usuários de municípios menores, que não possuem essa estrutura de atendimento de maior complexidade, pois o recurso financeiro destes municípios está, no caso, sob a responsabilidade do gestor do município de Marília.

No segundo momento, a Central de Vagas, por meio de coeficientes de população e atendimentos realizados, e do que foi acordado com os outros municípios por meio da PPI, divide a oferta de serviços entre as unidades de saúde, que promoverão uma avaliação interna de “seus” encaminhamentos, priorizando as necessidades dos usuários, para que possam ser agendadas as consultas e exames, respeitando as cotas para cada especialidade e exame.

Para esta pesquisa utilizamos a Portaria nº 1.101 como parâmetro adotado para a PPI na realização de comparações.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados relativos ao acesso dos níveis de atenção à saúde de maior complexidade, segundo a Ouvidoria (ANEXO 3), foram coletados a partir do arquivo de fichas digitadas por este Setor, e que contém dados como motivo da reclamação, tipo de unidade de origem (UBS ou UBS), meses de ocorrência (bimestral), especialidades médicas por frequência de reclamação, exames por frequência de

reclamação, acesso à consulta e/ou exame após a reclamação, tipo de reclamação (relacionada ao serviço, atendimento, e resolubilidade), devolutiva ao usuário e avaliação da CAB.

Os dados relacionados a especialidades e exames foram coletados seguindo-se um roteiro previamente estabelecido (ANEXO 4): são referentes a Marília e outros municípios da DRS IX sobre: o número de casos novos, o número da demanda reprimida, agendados por ano, número de pessoas que continuam à espera e o tempo médio para suprir a demanda, cujos dados informatizados foram obtidos por meio da Central de Vagas. Foram realizados cálculos, para obter os dados sobre o número de novos casos, o tempo médio para suprir a demanda, e o número de pessoas que continuam à espera, contei com o auxílio de um profissional da área de Bioestatística e Exatas,

O termo demanda tem o sentido de ir à busca de um bem ou serviço de saúde, relacionada tanto com a necessidade como com a oferta. É a necessidade que se transforma em ação.⁵ A demanda em potencial é o mesmo que necessidade e demanda reprimida como uma necessidade reconhecida que não chega a ser transformada em procura por atendimento, pois esse é julgado não disponível.⁴³ Essa necessidade não satisfeita, de não procurar os serviços de saúde, mesmo julgando necessário, pode ser utilizado para verificar e possibilitar intervenções quanto à melhoria do acesso, mas, em geral, no âmbito dos serviços de saúde, apenas a demanda que procurou o serviço e não foi atendida é considerada como demanda reprimida o que, subestima a real magnitude do problema de acesso. Os inquéritos populacionais permitem a identificação de demandas potenciais que não chegam às portas dos serviços e que podem traduzir desigualdades e exclusões, ou seja, pode relacionar com maior pertinência a chamada necessidade, acesso, demanda, oferta e utilização de serviços de saúde.⁵

4.4 DEFINIÇÃO DA AMOSTRAGEM

A seleção dos dados da Ouvidoria foi um recorte do período de janeiro a dezembro de 2007. Para amostragem, utilizaram-se dados das fichas de reclamações

advindas da atenção primária: UBS e USF, referente ao acesso aos níveis de atenção secundário e terciário: ambulatórios de especialidade, e hospitais. Foram selecionadas para este estudo as especialidades com número de reclamação maior que dez, e exames com número de reclamação maior que cinco, além disso, incluímos o número de “outros” para podermos ter idéia de proporção.

Para o levantamento da morbidade no ano de 2007, a fonte foi o SIAL, que é um importante instrumento veiculado pelo Ministério da Saúde, que permite a gestão dos serviços e garante a possibilidade de verificar a produção de atendimento à saúde de toda equipe, para recebimento de recursos financeiros. Este sistema contém as morbidades atendidas pelos médicos da atenção básica, que depois de digitado em cada unidade de saúde é enviado a SMS mensalmente, e esta realiza digitação do condensado destes dados enviados pelas UBS e USF.

4.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

Para coleta dos dados, a partir de contato telefônico com o Chefe da Central de Vagas foi agendada reunião, com explicação detalhada sobre os dados arquivados pelo sistema de regulação do ano de 2007.

Os registros impressos neste sistema são referentes ao número total da demanda por mês para especialidades médicas e exames, de Marília e outros municípios do DRS IX (não havia dados separados da demanda de Marília com relação aos outros municípios); e o número total de agendados por mês destas mesmas variáveis, de Marília e outros municípios do DRS IX (já estes dados, foram encontrados tanto juntos como separados, ou seja, o total de agendados de Marília desmembrados do total de agendados dos outros municípios deste DRS, mas para coerência dos cálculos deste quadro (ANEXO 4 - Quadros 1 e 2) foi utilizado o total de agendados de Marília e outros municípios). É importante esclarecer que os dados da demanda de especialidades e exames do município de Marília e outros municípios do DRS, estavam separados por prestadora SUS por mês, então, para obtenção do total da demanda, foi necessário que se somasse o total de demandas por mês das diversas prestadoras. Posteriormente, foram realizados mais dois encontros na

Central de Vagas para esclarecimentos de dúvidas, que foram sanadas pelo Chefe deste Setor.

Os dados do SIAL (Sistema de Informação Ambulatorial Local) foram obtidos por meio de contato telefônico pela responsável do Núcleo de Informações da SMS, que forneceu dados informatizados sobre este sistema, que registraram as morbidades atendidas na atenção básica no ano de 2007.

A coleta de dados referentes às reclamações da Ouvidoria da SMS foi realizada por uma colaboradora enfermeira treinada pela pesquisadora, totalizando 906 reclamações. Como estes dados não são informatizados, realizou-se a contagem sistemática das fichas de digitadas de atendimento sobre o número total das reclamações de usuários no que se refere às dificuldades encontradas no acesso aos níveis de atenção de maior complexidade. Além disso, quando houvesse alguma reclamação que não se limitasse apenas à demanda reprimida solicitando priorização do encaminhamento/exame, foi realizada descrição resumida do caso, que após foi codificada em “atendimento ruim, e não resolubilidade do problema”. As informações com relação aos outros tipos de reclamação como mau atendimento na Atenção Básica e falta de medicamentos, já possuíam registro pronto na Ouvidoria, porém ao separar estas reclamações, seguindo estas duas variáveis, chegou-se ao número e porcentagem diferentes do que consta em registro deste Setor. Para garantir a fidedignidade dos resultados, a checagem dos dados foi realizada pela autora, considerando-se três meses aleatórios, e comparando-se com o levantamento realizado pela colaboradora, havendo coerência entre ambas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, que fornece um perfil das características do grupo estudado e da distribuição dos eventos neste grupo.

44

Depois de coletadas todas as informações quantitativas necessárias ao desenvolvimento da análise, o primeiro passo a seguir é: ⁴⁴

a) a reunião de todo o material a ser processado; assim sendo contou-se com os dados da Ouvidoria, especialidades médicas e exames;

b) sistematização das informações coletadas (codificação, digitação e correção).

Os dados codificados manualmente em planilha foram digitados no Programa Excel[®], permitindo realizar cálculos, que foram confirmados após a digitação dupla.

Houve análise de 529 fichas da Ouvidoria sobre este assunto, mas por presença de reclamação dupla em 15 fichas, houve um total de 544 reclamações advindas da atenção primária, por representar praticamente a totalidade das reclamações realizadas na Ouvidoria.

Nas fichas de Ouvidoria há itens referentes à conclusão de todo o processo de reclamação, com o parecer da CAB informando se a queixa é procedente, ou não, isto é, se a pessoa reclamante tem coerência ou não na reclamação realizada, e a partir daí ocorre o andamento na resolução do problema com a equipe de saúde da atenção primária e demais instituições ligadas a ela. Pode ocorrer também processo de sindicância, porém em 2007 não foi registrado nenhum caso. É preciso destacar que a Coordenação em 45,4% das reclamações, não preencheu o campo “conclusão” das fichas. É importante relatar que antes da conclusão final da Coordenação tem também a avaliação da equipe de saúde da USF ou UBS, que responde na própria ficha (ANEXO 2), as condutas tomadas referente à reclamação, para após estes gestores avaliarem de forma concreta.

A análise das variáveis especialidades médicas e exames: (1) número de novos casos, (2) número de pessoas que continuam à espera, e (3) cálculo do tempo médio para suprir/atender a demanda, foram obtidos da seguinte maneira:

4.6.1 Método proposto para os cálculos

Fórmula 1 – Cálculo do número de novos casos surgidos nas especialidades/exames, para Marília e outros municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS) IX. Marília, 2007

Número de novos casos no mês = Número da demanda reprimida de Marília e Outros Municípios do mês - Número de pessoas que continuam à espera de Marília e outros Municípios do mês anterior ao que se calcula.

Este cálculo define o número de novos casos surgidos, e, para chegar ao resultado anual de novos casos apresentado na tabela, foi aplicada mês a mês a fórmula acima.

Como para o mês de janeiro não há levantamento de pessoas em espera em dezembro do ano anterior, o cálculo é efetuado a partir do mês de fevereiro.

Assim, tem-se que o número total de novos casos para Marília e outros municípios no ano, é a soma dos resultados dos cálculos aplicados em todos os meses, exceto o de janeiro, como explicado anteriormente.

Fórmula 2 – Cálculo do número de pessoas que continuam à espera da especialidade/exame para Marília e outros municípios pertencentes ao DRS IX. Marília, 2007

Número de pessoas que continuam à espera = Número da demanda reprimida de Marília e outros municípios no mês - Número de agendados em Marília e outros municípios no mês

Este cálculo define quantas pessoas continuam à espera no final de um ano, após todos os atendimentos efetuados para diminuição da demanda reprimida.

Para chegar ao número final, para todos os 12 meses faz-se o cálculo mês a mês, utilizando-se do resultado obtido no mês de dezembro.

Fórmula 3 – Cálculo do tempo médio para suprir/atender a demanda reprimida nas especialidades/exame, de Marília e outros municípios pertencentes ao DRS IX. Marília, 2007.

Este tempo a ser calculado refere-se à média de tempo necessário para atender a toda demanda reprimida, para o ano de 2007 para Marília e Outros

municípios para uma determinada especialidade/exame, e, para tanto, divide-se em dois cálculos necessários, visto abaixo:

3 a - Cálculo do tempo médio para suprir/atender à demanda reprimida mensal para Marília e outros municípios ao DRS IX.

$$\text{Tempo da demanda do mês} = \frac{\text{Número da demanda reprimida de Marília e outros Municípios no mês}}{\text{Número total de agendados de Marília e Outros Municípios no mês}}$$

Unidade do resultado: meses e/ou dias*

3 b - Cálculo do tempo médio para suprir/atender a demanda no ano para Marília e outros municípios ao DRS IX:

$$\text{Tempo médio da demanda} = \frac{\text{Soma de todos os tempos de demanda calculados para cada mês do ano, usando a fórmula (3a), dividido por 12 meses.}}{12}$$

Unidade do resultado: meses e/ou dias*

No ANEXO 5 há um exemplo na especialidade de neurologia para melhor compreensão do cálculo.

*Vale salientar que o tempo representativo em número de dias foi considerado que o mês, de uma forma geral, tenha um número de 30 dias, e o ano de 365 dias.

De acordo com a Portaria nº 1.101, a construção dos parâmetros de cobertura assistencial foi calculada com base na população, enquanto outros se derivaram de um procedimento ou ato profissional.³⁵ A seguir alguns cálculos utilizados na pesquisa:

Fórmula 4 – Cálculo das consultas médicas, de acordo com os parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial:

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	PARÂMETROS	GRUPOS/TAB/SIA/SUS
Consultas Médicas (Total)	2 a 3 por hab./ano	Parte dos Grupos - 2 e 7

Fórmula para o cálculo:

T. A. = População x Parâmetro de Atendimento

Legenda:

T.A: Total da Ação (consulta médica)

* O total de consultas médicas, divide-se entre outras em:

Consultas Médica Básicas – 62,7% do total de consultas programadas.

Consultas Médicas Especializadas – 22,3% do total de consultas programadas.

Exemplo para cálculo:

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

62,7% de X = consultas básicas (Clínica Médica + Ginecologia + Obstetrícias + Pediatria);

22,3% de X = consultas especializadas.

Para a análise quantitativa das especialidades médicas, foram comparados os parâmetros assistenciais do SUS, com os dados obtidos do número de consultas médicas para especialidade realizadas anualmente, para verificar se são atendidos os parâmetros previstos pela Portaria nº 1.101, do MS, Brasil (2002);³⁵ que se dividem em:

a) Parâmetros de Cobertura - são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido.

b) Parâmetros de Produtividade - são aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles, humanos, materiais ou físicos.

Os parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial tiveram como base, a Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS (Grupos de Procedimentos)

Na análise quantitativa referente à Portaria nº 1.101 utilizou-se a população de Marília do ano de 2007, já que os dados desta pesquisa são referentes a este ano.

- Parâmetros para o cálculo: Especialidades médicas

População de Marília/SP: 218.113 habitantes (hab)

Parâmetro de cobertura assistencial: de duas (2) a três (3) consultas hab/ano.

Optou-se pelo uso de dois valores para melhor análise, sendo:

* 2 consultas/hab./ano, a cobertura mínima; e

* 3 consultas/hab./ano, a cobertura máxima.

Calcularam-se as consultas médicas especializadas previstas: 22,3% do total de consultas médicas esperadas/previstas.

Fórmula 5 – Cálculo de consultas médicas previstas para as especialidades:

$$\text{Total de consultas médicas especializadas esperadas/previstas} = \text{Total de consultas médicas} \times 22,3\%$$

Com relação aos exames não foi possível o cálculo, uma vez que os parâmetros da Portaria nº 1.101 limitam-se apenas a alguns exames a partir das consultas em especialidades. Ex: o número de eletroencefalograma é determinado a partir do número de consultas médicas em neurologia.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados foram coletados com autorização do Secretário Municipal de Saúde de Marília, por meio da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Além disso, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em 31/03/2008, protocolado sob nº 104/08, (ANEXO 6).

5. Resultados



5 RESULTADOS

Para análise do acesso aos níveis atenção de maior complexidade, utilizaram-se informações referentes aos dados da Ouvidoria, da Central de Vagas, e do Núcleo de Informações.

5.1 OUVIDORIA

Tabela 1 – Dados da ouvidoria referentes às reclamações por dificuldades de acesso aos níveis de atenção à saúde de maior complexidade. Marília, 2007

VARIÁVEIS	Número	%
a) Motivo da Reclamação		
Demanda reprimida a consultas médicas em especialidades	433	47,8
Mau atendimento da Atenção Básica	199	22,0
Falta de medicamentos	163	18,0
Demanda reprimida a exames	111	12,2
Total	906	100,0
b) Origem da Reclamação		
UBS	328	62,0
USF	201	38,0
Total	529	100,0

População de Marília: 218.113

Número da População Atendida: UBS = 137.848 (63,2%), USF= 80.265 (36,8%)

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO)

VARIÁVEIS	Número	%
c) Meses de Ocorrência		
Janeiro/fevereiro	83	15,7
Março/abril	100	18,9
Maio/junho	88	16,6
Julho/agosto	74	14,0
Setembro/outubro	116	21,9
Novembro/dezembro	68	12,9
Total	529	100,0
d) Especialidades médicas por frequência de reclamação		
Ortopedia	110	25,4
Oftalmologia	98	22,6
Cirurgia Geral	39	9,0
Otorrinolaringologista	37	8,5
Urologia	24	5,6
Psiquiatria	19	4,4
Cirurgia Vascular	16	3,7
Gastroenterologia	15	3,5
Cardiologia	13	3,0
Ginecologia	13	3,0
Reumatologia	12	2,8
Neurologia	11	2,5
Dermatologia	10	2,3
Outras*	16	3,7
Total	433	100,0

*Inclui: Cabeça e pescoço (1), Endocrinologia (1), Pneumologia (3), Hematologia (3), Pequena Cirurgia (3), Proctologia (5).

*As outras especialidades não serão analisadas quanto à demanda reprimida, pois para este fim foram selecionadas aquelas com dez reclamações ou mais.

(CONTINUAÇÃO)

VARIÁVEIS	Número	%
e) Exames por frequência de reclamação		
Ultrassonografia	53	47,8
Raio-X	15	13,5
Eletroencefalograma	11	9,9
Endoscopia	7	6,3
Mamografia	5	4,5
Outros **	20	18,0
Total	111	100,0
**Inclui: Eletrocardiograma (4), Ressonância magnética (3), Tomografia (3), Urografia (2), Audiometria (2), Densitometria óssea (1), Eletroneuromiografia (1), Enema opaco (1), Ecocardiograma (1), Ecodopler (1), Teste ergométrico (1).		
f) Acesso após reclamação		
Sim	351	66,4
Não	142	26,8
Não corresponde (agendado antes da queixa chegar à unidade)	36	6,8
Total	529	100,0
g) Tipo de reclamação		
Atendimento ruim	3	0,6
Dificuldade de acesso à especialidade	427	78,4
Dificuldade de acesso a exames	111	20,4
Não houve resolubilidade do problema	3	0,6
Total	544	100,0

(CONTINUAÇÃO)

VARIÁVEIS	Número	%
h) Devolutiva ao usuário		
Sim	365	69,0
Não	164	31,0
Total	529	100,0
i) Avaliação da Atenção Básica		
Procede em andamento	42	7,9
Procede encerrado	126	23,8
Não procede encerrado	121	22,9
Sem informação	240	45,4
Total	529	100,0

A Tabela 1 demonstra que:

a) Tabela que representa o **motivo da reclamação** na Ouvidoria. Do total, 60% das reclamações são referentes à demanda reprimida em especialidades médicas e exames diagnósticos, assim como outras queixas relacionadas a esta problemática; houve análise de 529 fichas da Ouvidoria sobre este assunto, porém pela presença de reclamação dupla em 15 fichas, houve um total de 544 reclamações. O mau atendimento nos atendimentos à saúde da atenção primária representa 22%, já que as outras queixas referentes à atenção secundária e terciária estão incluídas no item demanda reprimida, e 18% são referentes à falta de medicamentos.

b) Tabela que representa o **tipo de unidade de origem** das reclamações. A análise evidencia que a maior parte das reclamações dos usuários da atenção básica com relação ao acesso aos níveis de atenção secundário e terciário, são advindas das UBS (62%) das reclamações, e 38% são geradas pelos usuários pertencentes à área de abrangência da USF.

c) Tabela que representa os números de reclamações por **meses de ocorrência**. Nas reclamações realizadas por bimestre, os meses de setembro e outubro destacaram-se com 21,9% das reclamações. Em contra-partida os meses de novembro e dezembro tiveram a menor porcentagem, com valor de 12,9%. Nos outros bimestres houve variação entre 14% a 18,9%.

d) Tabela que representa **especialidades médicas por frequência de reclamação**. Do número total das reclamações referentes às dificuldades de acesso a todas as especialidades médicas, segundo a Ouvidoria, destacaram-se a Ortopedia e a Oftalmologia, com valores de 110 e 98 reclamações, respectivamente, seguidas da cirurgia geral com 39 reclamações, compreendendo cirurgias de hérnia/colecistectomia, plástica, pediátrica, fígado/hepatite e proctologia, e a otorrinolaringologia com 37 reclamações. Destacaram-se com menores números de reclamações, as especialidades de cabeça e pescoço, e endocrinologia, apenas uma reclamação para cada.

e) Tabela que representa **exames por frequência de reclamação**. Do número total de todas as reclamações referentes à dificuldade de acesso a exames diagnósticos, a Ultrassonografia (USG) é o exame que possui maior número de reclamações (53), seguido pelo o Raio-X ósseo (15) – exceto os odontológicos, e por último, com menor número de reclamações com apenas um em cada exame. Tem-se o ecodopler, o ecocardiograma, o enema opaco, a densitometria óssea, entre outros.

f) Tabela que representa o **acesso à consulta ou exame após a reclamação** do usuário. Após a leitura da ficha de reclamação da Ouvidoria contendo a avaliação das equipes de saúde (geralmente preenchidas pelas enfermeiras, e médicos, no caso das USF), e dos coordenadores da atenção básica, constatou-se que em 66,4%, a reclamação do usuário facilitou seu acesso às especialidades médicas e exames. Para 26,8% dos casos, parece que não facilitou, pois pelas respostas lidas o usuário não teve acesso aos serviços de maior complexidade após a reclamação na Ouvidoria, e parece que seu problema não foi resolvido. Do restante, representando 6,8% do total, o usuário já estava agendado, e no trâmite da chegada da ficha da Ouvidoria originada na SMHS pela Ouvidoria até a unidade de saúde, o usuário já havia sido agendado na especialidade médica ou exame diagnóstico.

g) Tabela representando o **tipo de reclamação**. Do total de casos, 78,4% das reclamações realizadas na Ouvidoria sobre a dificuldade de acesso a especialidades são com relação ao pedido de priorização dos atendimentos nas especialidades médicas e 20,4% também com pedido de priorização de exames diagnósticos. Ressalta-se, neste caso que 98,8% das reclamações decorrem da busca por consulta/exame e só 1,2% decorrem de falta de resolubilidade ou má qualidade do atendimento. Entre as reclamações de mau atendimento, destaca-se um caso em que a usuária sentiu-se destratada pelo médico. Quanto à falta de resolubilidade, a queixa estava relacionada à solicitação de agendamento de nova consulta com outro especialista, além de um caso em que o médico faltou no dia agendado, deixando a usuária sem atendimento.

h) Tabela que representa a **devolutiva ao usuário**. Como foi explicado anteriormente, geralmente quem realiza a devolutiva para o usuário reclamante é a unidade de saúde da atenção primária, e algumas vezes os funcionários da própria ouvidoria, via telefone ou pessoalmente, caso o usuário procure este setor após a reclamação. Na atenção básica, a devolutiva pode ser feita pela visita domiciliária de algum integrante da equipe, geralmente o Agente Comunitário de Saúde (ACS), ou durante consulta médica ou de enfermagem na UBS ou USF. A análise apontou que 69% dos usuários obtiveram devolutiva de sua reclamação, e 31% não obtiveram resposta.

i) Tabela que representa a **avaliação da Coordenação da Atenção Básica (CAB)**. Houve apenas um caso em que a queixa não procedia, e que ainda estava em andamento do processo para devolutiva ao usuário, não chegando a 1% dos casos. O que destaca neste item é a ausência de conclusão da CAB, visto que em 45,4% não constavam esta informação. Assim conclui-se que 31,7% das reclamações procediam, e após retornarem à CAB tinham sido resolvidas e arquivadas, ou seja encerradas (23,8%) ou estavam em andamento (7,9%). Ressalta-se que estes dados estão relacionados ao ano de 2007, tendo sido coletados no final de 2008, evidenciando demora na finalização do caso.

5.2 CENTRAL DE VAGAS

Quadro 1 – Variáveis relativas à demanda de especialidades médicas de Marília e outros municípios do DRS IX. Marília, 2007

Especialidades	Número de novos casos Marília e Outros Municípios no ano de 2007	Demanda Reprimida para Marília e Outros Municípios (dezembro) no ano de 2007	Número de agendados Marília (População 218.113) e Outros Municípios (População 1.092.280) no ano de 2007	Número de pessoas que continuam à Espera Marília e Outros Municípios (dezembro) no ano de 2007	Tempo Médio para suprir a demanda de Marília e Outros Municípios no ano de 2007
Ortopedia	4071	9080	4386	8903	27meses
Oftalmologia	15235	6197	16036	5272	4 meses e 16 dias
Cirurgia Geral*	2212	3221	1367	3119	24 meses e 29 dias
Otorrinolaringologista	5146	4697	5755	4525	10 meses e 20 dias
Urologia	3414	1641	3314	1426	5 meses e 9 dias
Psiquiatria	1485	2265	1402	2161	17 meses e 20 dias
Cirurgia Vascular	2381	1913	1899	1817	10 meses e 28 dias
Gastroenterologia	2156	1555	2018	1517	10 meses e 26 dias
Cardiologia	3097	356	3499	196	1 mês e 9 dias
Ginecologia	1354	595	1380	494	5 meses e 16 dias
Reumatologia	630	1670	559	1640	28 meses e 15 dias
Neurologia	5263	2949	4080	2681	4 meses e 27 dias
Dermatologia	4300	2230	4870	1939	5 meses e 25 dias

*Inclui: Hérnia/Colecistectomia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Fígado, Hepatite, Proctologia.

No Quadro 1 observa-se:

Do **número total de novos casos para Marília e Outros municípios**, isto é número de novos encaminhamentos realizados pela Atenção Básica, as especialidades que tiveram maior número foram a Oftalmologia (15235), a Neurologia (5263), e a Otorrinolaringologia (5146); e com menor nº foram a Reumatologia (630), a Ginecologia (1354), e a Psiquiatria (1485).

As especialidades com maior **número de demanda reprimida para Marília e outros municípios da região de Marília no mês de dezembro**, respectivamente são: a Ortopedia (9080), a Oftalmologia (6197), e a Otorrinolaringologia (4697). As reclamações na Ouvidoria seguem a mesma seqüência decrescente, com exceção da especialidade da Cirurgia Geral (3221), que ocupa o 3º lugar com relação às reclamações, e no caso possui menor demanda reprimida que a Otorrinolaringologia.

Quanto ao **número total de agendados de Marília e Outros municípios no ano de 2007**, verifica-se que o maior número de agendados no geral foi a especialidade de Oftalmologia (16036), a Otorrinolaringologia (5755), e a Dermatologia (4870), e com menor número de agendados tivemos as especialidades de Reumatologia (559), a Cirurgia Geral (1367) e a Ginecologia (1380).

Destacou-se com maior **número de pessoas que continuam à espera para Marília e Outros Municípios** a especialidade de Ortopedia (8903), a Oftalmologia (5272), e a Otorrinolaringologista (4525); com menor número de pessoas que continuam à espera estão as especialidades de Cardiologia (196), Ginecologia (494) e a Urologia (1426).

Apresentaram-se com maior **tempo médio para suprir a demanda reprimida para Marília e Outros municípios** em uma média mensal no ano de 2007, a especialidade de Reumatologia (28 meses e 15 dias), a Ortopedia (27 meses), e a Cirurgia Geral (24 meses e 29 dias); com menor tempo para suprir a demanda reprimida de espera houve a especialidade de Cardiologia (um mês e nove dias), a Oftalmologia (quatro meses e 16 dias), e a Neurologia (quatro meses e 27 dias).

Quadro 2 – Variáveis relativas à demanda de exames complementares de Marília. e outros municípios do DRS IX. Marília, 2007

Exames	Número de novos casos Marília e Outros Municípios no ano de 2007	Demanda reprimida Marília e Outros Municípios (dezembro) no ano de 2007	Número de agendados Marília (População 218.113) e Outros Municípios (População 1.092.280) em 2007	Número de pessoas que continuam na Espera Marília e Outros Municípios (Dezembro) no ano de 2007	Tempo Médio para suprir a demanda de Marília e Outros Municípios no ano de 2007
Mamografia	8180	1922	7744	1379	2 meses e 19 dias
Endoscopia*	558	3471	479	3423	7 anos e 1 mês
Eletroencefalograma (EEG)	2127	4319	2147	4155	23 meses e 12 dias
Raio-X**	4731	445	18829	0	8 dias
Ultrassonografia*** (USG)	6836	8452	6719	8014	15 meses e 21 dias

* Inclui: Endoscopia: digestiva, adulto, Infantil;

** Inclui: Raio-X: ósseo, crânio, seios da face, coluna, abdome e tórax;

*** Inclui: Endoscopia=Ecografia: Partes moles, obstétrico, pélvico, transretal sem biópsia, transvaginal, testículo, duplex, mama, tireoide, com Doppler membros superiores (MMSS), Duplex Scan carótidas, Duplex Scan Venoso membros inferiores (MMII), Dopler rins, artérias renais, Morfológico, Transfontanela, Parótidas, a especificar e Infantil.

No quadro 2, observa-se:

Do número total de **novos casos** para **Marília e Outros municípios** para o ano de 2007, os exames de maior expressividade foram a Mamografia (8180) e a USG (6836); com menor número foram Endoscopia (558) e EEG (2127).

Os exames com maior **número de demanda reprimida** para **Marília e outros municípios** da região de Marília, respectivamente são: a USG (8452) e o EEG (4319). Os menores valores de demanda reprimida ficaram com os exames de Raio-X (445) e Mamografia (1922).

No que se refere ao **número de agendados de Marília e Outros municípios**, registra-se que o maior número de agendados no geral foi no exame de Raio-X (18829) e Mamografia (7744), e com menores agendamentos os exames de Endoscopia (479) e EEG (2147).

Os exames com maior **número de pessoas que continuam à espera** para **Marília e Outros Municípios** foram os exames de USG (8014) e EEG (4155); com menor número de pessoas que continuam à espera estão os exames de Raio-X com nenhuma pendência e o de Mamografia (1379). Os agendados às vezes superam a demanda como é o caso do Raio-X, pois é feito contato da Unidade com a Central de Vagas, e realiza-se o agendamento de pacientes que apareceram até aquele momento.

Apresentou-se com maior **tempo médio necessário para suprir a demanda de Marília e Outros municípios** o exame de Endoscopia (sete anos e um mês) e EEG (23 meses e 12 dias); com menor tempo para suprir a demanda obtiveram-se os exames de Raio-X (oito dias) e Mamografia (dois meses e 19 dias).

5.3 NÚCLEO DE INFORMAÇÕES (NI)

Tabela 2 – Dados do NI referentes às morbidades obtidas no SIAL (ANEXO 6), de acordo com os atendimentos médicos da Atenção Básica de Saúde (ABS). Marília, 2007

Morbidades	Número	%
Fatores Outros de Atendimento***	89.987	23,0
D. Aparelho Respiratório	62.657	16,0
D.Aparelho Circulatório	44.947	12,0
Sintomas e Sinais Mal Definidos	24.953	7,0
Aparelho Geniturinário	24.059	6,0
D. Sistema Osteomuscular	23.767	6,0
D.Aparelho Digestivo	20.593	5,0
D. Infecto Parasitária	20.085	5,0
D.Glandulares Endócrinas/Nutricionais/ Metabólicas	16.819	4,0
Transtornos Mentais	16.040	4,0
D. do Olho e Ouvido	11.786	3,0

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO)

Morbidades	Número	%
D. Pele e Tecido Cel. Subcutâneo	10.792	3,0
Lesões e envenenamento (traumas)	10.207	3,0
D.Sistema Nervoso	6.682	2,0
D. Sanguíneas e Órgãos Hematopoiéticos	3.247	1,0
Total	386.621	100,0

***Inclui: exame médico geral (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, para exame e investigação; pessoas com circunstâncias relacionadas à reprodução, com riscos potenciais à saúde relacionados com doenças transmissíveis, e para cuidados e assistência à saúde específica. Ex: atendimento à criança, adolescente, exames de rotina (CID-10, 2007).

A Tabela 2 mostra que 23% dos atendimentos correspondem a fatores outros de atendimento, e 7% são referentes a sintomas e sinais mal definidos, 16% são doenças do aparelho respiratório, 12% do aparelho circulatório, 6% correspondem as doenças do aparelho geniturinário e doenças do sistema osteomuscular, 5% são atendimentos de doenças do aparelho digestório e infecto parasitária, 4% são doenças metabólicas, seguida de transtornos mentais, 3% correspondem a doenças do olho e ouvido e doenças de pele, assim como lesões e envenenamentos (traumas), 2% são doenças do sistema nervoso, 1% ficam por conta das doenças sanguíneas e órgãos hematopoiéticos.

Quadro 3 – Análise do número total de agendados de Marília, no atendimento às variáveis conforme Portaria 1.101 do Ministério da Saúde (MS), dos parâmetros mínimo (2) e máximo (3) de consultas especializadas/hab/ano, segundo as especialidades médicas. Marília, 2007

Especialidades	População	Parâmetros (Mín. Máx.)	TA	PCM(%)	NTC (Mín. Máx.)	PCR (%)	(NCR) Número de consultas ideal (Mín. Máx.)	(NTA) Total de agendamentos no ano	(PC) Cobertura (Mín. Máx.) (%)
Ortopedia	218.113	2 3	436.226 654.339	22,3	97.278 145.918	2,9	2821 4232	2499	-11,4 -40,9
Oftalmologia						2,8	2724 4086	11240	312,6 175,1
Cirurgia Geral						2,3	2237 3356	861	-61,5 -74,3
Otorrinolaringologista						1,5	1459 2189	2804	92,2 28,1
Urologia						0,9	876 1313	1773	102,4 35,0
Psiquiatria						2,2	2140 3210	1050	-50,9 -67,3
Cirurgia Vascular						0,2	195 292	1541	690,3 427,7
Gastroenterologia						0,7	681 1021	1157	69,9 13,3
Cardiologia						2	1946 2918	1741	-10,5 -40,3
Reumatologia						0,4	389 584	359	-7,7 -38,5
Neurologia						1,2	1167 1751	2181	86,9 24,6
Dermatologia						1,1	1070 1605	3291	207,6 105
Ginecologia*			62,7	273.514 410.271	0,9375	2564 3846	610**	-76,2 -84,1	

*A especialidade Ginecologia se refere à consulta médica básica. Portanto, utiliza-se de PCM de 62,7% para o cálculo.

**Vale ressaltar que boa parte das consultas são realizadas nas UBS e USF, portanto esse número de consultas refere-se apenas ao atendimento dos casos referenciados pela rede básica.

Siglas:

TA – Total da Ação

PCM – Porcentagem para consultas médicas (especializadas ou consultas básicas)

NTC – Número Total de Consultas

PCR – Porcentagem de consultas recomendadas para uma especialidade

NCR – Número de Consultas Anuais Recomendadas para a especialidade

NTA - Número total de agendamentos no ano para determinada especialidade

PC – Porcentagem de cobertura, quando da comparação entre as consultas anuais recomendadas (NCR), conforme a portaria 1.101, e as efetivamente realizadas durante o ano.

5.4 FÓRMULAS UTILIZADAS PARA OS CÁLCULOS DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

População: população da cidade de Marília, no ano de 2007, com valor de 218.113 habitantes.

Parâmetro de cobertura assistencial = valor que varia de 2 a 3 consultas/habitantes/ano, conforme a Portaria nº 1.101.

$T.A = \text{População (habitantes)} \times \text{Parâmetro de cobertura assistencial (habitantes/ano)}$

PCM = valor fixado em 22,3% para consultas médicas especializadas e 62,7% para consultas básicas, conforme a portaria nº 1.101.

$$NTC = (PCM \times T.A) / 100$$

PCR= valor de porcentagem que varia conforme a especialidade, de números fixos, conforme a Portaria nº 1.101.

No caso específico de Ginecologia*, a Portaria cita que a sua porcentagem é de 18,75% dos 5% do NTC calculados. Isto resulta em um valor fixo de $0,1875 \times 5\%$, resultando a 0,9375% de NTC.

$$NCR = (NTC \times PCR) / 100$$

NTA= levantamento contabilizado junto ao órgão municipal competente

$PC = (\text{Total de agendados no ano para a especialidade} \times 100\%) / (NCR) - 100\%$: o resultado desta fórmula representa a porcentagem superior ou inferior à meta estabelecida, de acordo com o sinal do valor, positivo ou negativo, respectivamente.

No quadro 3, (ANEXO 7), é mostrada a porcentagem de atendimento comparando ao indicado na Portaria nº 1.101 (MS):

Ortopedia: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 11,4% inferior à meta recomendada (NCR), pois obteve-se uma quantidade de consulta ideal de 2821 no ano, e efetivamente, foram consultadas 2499 pessoas. Significa dizer que foram atendidas apenas 88,6% da quantidade de consultas recomendadas pelo Ministério.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 40,9% inferior à meta recomendada (NCR), tendo a

quantidade recomendada de 4232 consultas, e efetivamente atendidas de 2499 no ano. Isto quer dizer que apenas 50,1% da meta recomendada foram atendidas.

Oftalmologia: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se a porcentagem de cobertura foi 312,6% superior à meta recomendada (NCR), pois tivemos uma quantidade de consulta ideal de 2724 no ano, e efetivamente, foram consultadas 11240 pessoas. Significa dizer que foi atendido 100% da meta e mais 3,12 vezes a quantidade de consultas recomendadas pelo ministério.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 175,1% superior à meta recomendada (NCR), te a quantidade recomendada de 4086 consultas, e efetivamente atendidos de 11.240 no ano, ou seja, foi atendida 100% da meta e mais 1,75 vezes do valor recomendado.

Cirurgia Geral: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 61,5% inferior à meta recomendada (NCR), pois tem-se uma quantidade de consulta ideal de 2237 no ano, e efetivamente, foram consultadas 861 pessoas, atendido apenas 38,5% da quantidade de consultas recomendadas pelo Ministério.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 74,3% inferior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 3356 consultas, e efetivamente atendidos de 861 no ano. Isto quer dizer que apenas 25,7% da meta recomendada foram atendidas.

Otorrinolaringologista: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 92,2% superior à meta recomendada (NCR), pois foi registrada uma quantidade de consulta ideal de 1459 no ano, e efetivamente, foram consultadas 2804 pessoas. Significa dizer que foi atendido 100% da meta mais 92,2% da mesma.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 28,1% superior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 2.189 consultas, e efetivamente atendidas de 2.804 no ano. Isto quer dizer que foram atingidos os 100% da meta, mais 28,1% da mesma.

Urologia: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 102,4% superior à meta recomendada (NCR), pois foi registrado a quantidade de consulta ideal de 876 no

ano, e efetivamente, foram consultadas 1773 pessoas. Significa dizer que foi atendido 100% da meta mais 1,02 vezes da mesma.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 35% superior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 1.313 consultas, e efetivamente atendidas de 1.773 no ano. Isto quer dizer que foram atingidos os 100% da meta, mais 35% da mesma.

Psiquiatria: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 50,9% inferior à meta recomendada (NCR), pois registrou-se a quantidade de consulta ideal de 2.140 no ano, e efetivamente, foram consultadas 1050 pessoas. Significa dizer que foram atendidos apenas 49,1% da quantidade de consultas recomendadas pelo Ministério.

Seguindo o mesmo raciocínio, temos para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 67,3% inferior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 3.210 consultas, e efetivamente atendidas de 1.050 no ano. Isto quer dizer que apenas 32,7% da meta recomendada foram atendidas.

Cirurgia Vascular: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 690,3% superior à meta recomendada (NCR), pois registrou-se a quantidade de consulta ideal de 195 no ano, e efetivamente, foram consultadas 1541 pessoas. Significa dizer que foram atendidas 100% da meta mais 6,9 vezes da mesma.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 427,7% superior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 292 consultas, e efetivamente atendidas de 1.541 no ano. Isto quer dizer que foram atingidos os 100% da meta, mais 4,27 vezes da mesma.

Gastroenterologia: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 69,9% superior à meta recomendada (NCR), pois registrou-se a quantidade de consulta ideal de 681 no ano, e efetivamente, foram consultadas 1.157 pessoas. Sendo atendidas 100% da meta mais 69,9% da mesma.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 13,3% superior à meta recomendada (NCR), tendo a

quantidade recomendada de 1.021 consultas, e efetivamente atendidos de 1.157 no ano. Isto quer dizer que foram atingidos os 100% da meta, mais 13,3% da mesma.

Cardiologia: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 10,5% inferior à meta recomendada (NCR), pois registrou-se a quantidade de consulta ideal de 1946 no ano, e efetivamente, foram consultadas 1.741 pessoas. Sendo atendidas apenas 89,5% da quantidade de consultas recomendadas pelo Ministério.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 40,3% inferior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 2918 consultas, e efetivamente atendidas de 1.741 no ano. Isto quer dizer que apenas 59,7% da meta recomendada foram atendidas.

Reumatologia: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 7,7% inferior à meta recomendada (NCR), pois registrou-se a quantidade de consulta ideal de 389 no ano, e efetivamente, foram consultadas 359 pessoas. Sendo atendidas apenas 92,3% da quantidade de consultas recomendadas pelo Ministério.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 38,5% inferior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 584 consultas, e efetivamente atendidas de 359 no ano. Isto quer dizer que apenas 61,5% da meta recomendada foram atendidas.

Neurologia: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 86,9% superior à meta recomendada (NCR), pois registrou-se a quantidade de consulta ideal de 1.167 no ano, e efetivamente, atendidas de 2.181 pessoas. Significa dizer que foram atendidas 100% da meta mais 86,9% da mesma.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 24,6% superior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 1751 consultas, e efetivamente atendidas de 2.181 no ano. Isto quer dizer que foram atingidos os 100% da meta, mais 24,6% da mesma.

Dermatologia: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 207,6% superior à meta recomendada (NCR), pois registrou-se a quantidade de consulta ideal de 1070 no

ano, e efetivamente, foram consultadas 3.291 pessoas. Significa dizer que foram atendidos 100% da meta mais 2,07 vezes a mesma.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 105% superior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 1605 consultas, e efetivamente atendidas de 3.291 no ano. Isto quer dizer que foram atingidos os 100% da meta, mais 1,05 vezes a mesma.

Ginecologia: utilizando-se do parâmetro mínimo de duas consultas habitante/ano, tem-se que a porcentagem de cobertura foi 76,2% inferior à meta recomendada (NCR), pois registrou-se a quantidade de consulta ideal de 2564 no ano, e efetivamente, foram consultadas 610 pessoas. Significa dizer que foram atendidos apenas 23,8% da quantidade de consultas recomendadas pelo Ministério.

Seguindo o mesmo raciocínio, tem-se para o parâmetro de três consultas habitante/ano a porcentagem de 84,1% inferior à meta recomendada (NCR), tendo a quantidade recomendada de 3.846 consultas, e efetivamente atendidos de 610 no ano. Isto quer dizer que apenas 15,9% da meta recomendada foram atendidas, embora exista a ressalva, conforme apontado no quadro 3 de que parte das consultas são realizadas na rede básica.

Quanto a análise do número total de exames agendados de Marília, conforme os parâmetros da Portaria nº 1.101, não foi possível sua realização, já que esta traz apenas os parâmetros de exames por especialidades médicas, e que se realizado o cálculo contando apenas com as solicitações de exames advindos das especialidades, chegar-se-íamos a um número não fidedigno já que as solicitações de exames são realizadas por várias especialidades, inclusive médicos da UBS e USF.

6. *Discussão*



6 DISCUSSÃO

Ressalto que, conforme propõe Donabedian^{33,34} os dados aqui analisados referem-se principalmente a estrutura e resultado, embora resvalam algumas questões em processo, por exemplo alguns pontos relatados pelo usuário à Ouvidoria como mal atendimento e não resolubilidade do problema, que podem estar relacionados com a atuação dos profissionais, seja ela técnica ou relacional.

Os demais dados analisados entendo que dizem respeito à estrutura organizacional, como a insuficiência de vagas para a demanda existente e outros podem ser vistos como resultado, na medida em que se constituem indicadores de avaliação, como por exemplo a demanda reprimida e o tempo de espera.

A dificuldade de acesso aos níveis de atenção à saúde de maior complexidade está clara à medida que é percebido que o maior número de reclamações advindas da Ouvidoria 906 (100%) da cidade de Marília é referente à demanda reprimida às especialidades médicas 433 (47,8%) e exames 111 (12,2%), interferindo na integralidade e continuidade do cuidado da saúde da população.

A oferta de bens e serviços de saúde se constitui em uma das mais complexas e árduas tarefas. São valores cuja aspiração de consumo é totalmente elástica e imponderável. Por outro lado, há evidentes limitações da capacidade de produzir tais bens e serviços na proporção da demanda, em virtude de diversos fatores. Há muitas limitações como por exemplo, as barreiras tecnológicas ou a finitude dos recursos financeiros e a baixa capacidade gerencial.¹⁷

Para esta questão, explica-se que há mais um agravante à garantia da integralidade no que se refere aos usuários que tiveram acesso às especialidades médicas e exames, pois dificilmente há articulação/integração entre os diferentes níveis de atenção, e que praticamente inexistente a realização de contra-referência pelos níveis secundários e terciários, implicando muitas vezes em falta de informação para continuidade da atenção. É possível que a falta da contra-referência possa gerar novos encaminhamentos para uma mesma especialidade ou ser solicitado um mesmo exame que o usuário já tenha realizado, criando ônus financeiro e descontinuidade do cuidado.

A contra-referência se revelou praticamente inexistente em outras pesquisas.^{10, 46} Há a necessidade de investir em tentativas de maior integração entre os serviços, e estabelecer fluxos formais de encaminhamento do usuário. A informatização talvez não seja suficiente para responder às necessidades do sistema almejado, então a autora propõe alguns pontos a serem vislumbrados, como o investimento em estudos de ampliação da referência de casos definidos, diagnosticados e de maior gravidade, de forma que haja agendamentos diretamente nas especialidades, além da divulgação da organização do SUS no município e do funcionamento do sistema de referência e contra-referência, tanto entre os serviços, como entre os usuários. Estas sugestões implicam em um desafio, que podem reduzir os transtornos aos usuários, evitar duplicação de atividades e custos para o sistema, e ainda iniciar um caminho no sentido da integração entre os serviços.⁴⁶

A integração dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre agravos à saúde, visando assegurar a continuidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. A integração das equipes clínicas tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados. Para efeitos práticos, ela pode ser agrupada sob a denominação integração clínica, a qual se apóia em estratégias de gestão, do financiamento e da informação (integração funcional), que assegurem uma coordenação comum, orientada por um sistema de informações ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros.

A população total de Marília é de 218.113, este município conta com um vasto número de unidades de atenção básica (UBS- 12 /USF- 29), sendo que a população atendida nas UBS é de 137.848 (63,2%), já nas USF é de 80.265 (36,8%). Em se tratando do número de reclamações na Ouvidoria entre UBS (62,0%) e USF (38,0%), a diferença é de 3,4% a mais nas USF. Se levarmos em consideração à proporção da população atendida, e a reclamação na Ouvidoria, a diferença é praticamente inexistente. O que apesar de a ESF ser uma estratégia de reorganização do sistema de saúde e teoricamente proporcionar maior acesso à saúde, isto não acontece na prática, visto o descontentamento da população por meio das reclamações na Ouvidoria.

Além disso, é importante lembrar que a ESF, por seu modelo de atenção, na prática levanta necessidades da população sem que necessariamente tenha ocorrido um crescimento proporcional dos serviços especializados para drenar essa demanda.

A saúde da família é considerada como uma das principais estratégias de reorganização do SUS e da reorientação da atenção primária, ou básica, em particular, no que se refere ao resgate das diretrizes e princípios do SUS, e das práticas de atenção. O Programa Saúde da Família (PSF) experimenta um significativo crescimento em todo o país, com mais de 28 mil equipes implantadas até março de 2008, correspondendo a uma cobertura de mais de 47% da população. Tanto o MS como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) consideram que a rede de serviços de Atenção Primária de Saúde (APS) pode resolver 85% dos problemas de saúde da população. Contudo, para que haja tal resolubilidade, o nível secundário de atenção tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos pela (APS).⁴⁵

Destacam-se os meses de setembro e outubro (21,9%) com relação ao maior número de reclamações. Os meses de novembro e dezembro tiveram a menor porcentagem (12,9%), seguidos dos meses de julho e agosto (74%). Nos períodos de férias, portanto, os usuários tendem a utilizar menos os serviços de saúde, parecendo adiar suas necessidades para outros meses.

O indivíduo irá utilizar ou não o serviço de saúde dependendo do grau de acessibilidade do mesmo, sendo esta o elemento estrutural necessário para o uso da atenção ao primeiro contato.⁴⁷ Desta forma, pode-se depreender que, nos meses de férias, os usuários tenham a crença de menor oferta de serviços, o que demanda estudos mais aprofundados.

A acessibilidade é uma adequação entre a oferta de serviços e a demanda por esses serviços e para esta foi subdividida em: disponibilidade de serviços, acessibilidade geográfica, comodidade ou acesso sócio-organizacional, possibilidade de pagamento ou acessibilidade financeira e aceitabilidade.⁴⁷

Este estudo mostra que a Ouvidoria do município tem grande número de reclamações referente à dificuldade de acesso nas especialidades como Ortopedia, e Exames como a USG, que talvez por não haver uma anamnese e exame clínico mais

minucioso, solicitação de exames sem critério, e falta de acolhimento adequado da equipe de saúde, ou até mesmo por falta de capacitação profissional, não precisariam chegar ao ponto do encaminhamento aos níveis secundário e terciário, havendo um transbordamento da demanda.

O acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo e responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção.⁴⁸

Em relação aos recursos humanos, é importante considerar a formação e experiência profissional, condições de trabalho e existência de mecanismos de educação permanente (EP), para assegurar a atualização dos seus conhecimentos. No Brasil, a formação para a saúde da família é ainda recente e insuficiente em termos quantitativos e as condições de trabalho não são ideais, incluindo salários baixos e vínculos empregatícios precários, além de mecanismos de EP ainda pouco desenvolvidos, o que dificulta a tomada de decisão clínica por seus profissionais, principalmente nos casos que estão no limite de seus conhecimentos, o que pode contribuir para aumentar o número de encaminhamentos para os demais níveis de complexidade.⁴⁵

Nas reclamações da Ouvidoria, as especialidades que tiveram maior número de reclamações por demanda reprimida foi a Ortopedia 110 (25,4%) e a Oftalmologia 98 (22,6%). Segundo dados do SIAL apontados na tabela 2, atendimento mais prevalente são os “fatores outros de atendimento” (consultas de rotina) 89987 (23,0%), então, a atenção primária visa atender aos Programas do MS na maior parte de seus atendimentos, já que o termo “fatores outros de atendimento” engloba exame médico geral (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, para exame e investigação; pessoas com circunstâncias relacionadas à reprodução, com riscos potenciais à saúde relacionado com doenças transmissíveis, e para cuidados e assistência à saúde específica.⁴⁹ A discussão é, se estes atendimentos que devem focar a prevenção e promoção à saúde estão sendo efetivos, visto o grande nº de demanda reprimida nas especialidades relacionadas de certa forma a estes atendimentos. As doenças do Aparelho respiratório, ocupam o segundo maior atendimento da APS, e a especialidade de Pneumologia, teve um dos

menores números de reclamação na Ouvidoria, o que leva a crer que os profissionais da atenção básica estejam melhor preparados para atender as morbidades comuns à esta especialidade, e encaminham somente os casos que não conseguem solucionar.

O painel de monitoramento das condições de saúde no município de São Paulo mostra claramente que as doenças respiratórias continuam sendo o primeiro diagnóstico da rede de atenção básica nos últimos quatro anos.⁵⁰

As possibilidades e os limites da integração entre a assistência clínica e aquela dos programas de prevenção e promoção da saúde na assistência da unidade básica, o que se denominou "ação programática em saúde" examinada da perspectiva de produção direta dos cuidados, a sua organização no cotidiano do trabalho em saúde, mais do que pelo ângulo dos modelos de consumo ou de políticas de Estado, e o modo de trabalhar e assistir, propiciou a integração entre práticas realizadoras de trabalho em saúde. Há possibilidades e limites da interação entre os profissionais da prática clínica, e seu agir assentado na aproximação individual dos problemas de saúde, e aquele da prática sanitária, de aproximação populacional ou seus segmentos, sendo esta interação propiciadora de questões tanto da interdisciplinaridade dos saberes especializados, quanto da interatividade na relação entre os usuários e o próprio serviço.^{51,52}

Evidencia-se que o maior problema para a população é a dificuldade de acesso às especialidades médicas 427 (78,4%) e exames 111 (20,4%), já que houve mínima reclamação sobre o atendimento ruim 3 (0,6%), e não resolubilidade do problema 3 (0,6%). Seis reclamações referentes às duas últimas variáveis foram com relação aos especialistas médicos. Porém, na medida em que não há acesso suficiente, tem-se dificuldade para verificar a qualidade do atendimento.

É preciso não só repensar a estrutura piramidal dos serviços de saúde, como entender que a integralidade, e a escuta atenta é compromisso de todos, mesmo aqueles considerados finais e superespecializados. Isso requer radicalizar a ideia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, deve ser sempre o foco, a razão de ser de cada serviço e do "sistema" como um todo.⁵³

Ao medir a utilização dos serviços e estudar também a acessibilidade aos mesmos, pode-se indiretamente avaliar a equidade de um sistema de saúde.^{54,55} O acesso aparece como um aspecto fundamental a ser considerado em uma estratégia para qualificar a assistência.⁵⁶ As desigualdades na utilização de serviços de saúde

refletem nas desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, e também nas diferenças comportamentais frente às doenças e às características da oferta de serviços. É importante verificar que a equidade no acesso está relacionada à qualidade e organização dos serviços oferecidos.^{57,58} Numa compreensão ampliada, a acessibilidade pode ser definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.⁷

A Ouvidoria por sua vez cumpriu importante papel na facilitação do acesso às especialidades e exames.

Este serviço é um canal prático e de fácil acesso aos usuários do serviço público, consumidores e sociedade em geral. É um serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece intermediação das relações, a fim de promover a aproximação das instâncias gerenciais.⁵⁹ Ao institucionalizar este espaço de expressão, tanto para os usuários do serviço de saúde como para os profissionais que ali atuam, ambos tornam-se sujeitos no processo de cuidar. Estabelecida a via do diálogo entre usuários e serviço, bem como entre profissionais e gestores, o foco da abordagem das questões elencadas passa a ser um recorte do conceito mais amplo de qualidade de vida.⁶⁰

Notou-se também que 69% das reclamações contaram com registro da devolutiva, o que deixa uma lacuna a ser considerada pois pode-se entender que aproximadamente um terço dos usuários reclamantes não tiveram devolutiva.

Sendo assim, embora a Ouvidoria tenha encaminhado muitas reclamações à atenção básica que foram solucionadas, há a necessidade de avançar na perspectiva da escuta e da resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários com vistas à integralidade da atenção.

O ouvidor, ao trabalhar na defesa intransigente dos direitos do cidadão, ao apontar falhas e cobrar eficiência dos serviços, desempenha o papel de mediador e facilitador do diálogo, capturando a dimensão subjetiva do indivíduo.⁶⁰

Portanto, a importância maior da ouvidoria enquanto instrumento de promoção da cidadania é a melhoria na produção dos serviços através por *feedback* do usuário, bem como o aprimoramento da gestão, ao reconhecer a contribuição significativa que representam as críticas e sugestões, inclusive para a alocação de

recursos para os setores identificados como mais vulneráveis. O simples fato de a pessoa poder expressar o seu desagrado frente a uma situação, receber o retorno de que a sua manifestação foi encaminhada à autoridade competente para providências, é suficiente para diminuir o seu desconforto, e até entender com maturidade as dificuldades estruturais ainda existentes no serviço.⁶⁰

Há a necessidade de “estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos”.⁶¹

Pode-se atribuir à Ouvidoria o resgate do homem como sujeito de direitos e participe na consolidação de soluções sociais. Portanto ao recorrer à Ouvidoria, estes indivíduos criam novos padrões de contratualidade com a equipe profissional e de trabalho, aumentando a sua autonomia e conferindo-lhe o status de sujeito de direitos.⁶⁰

A análise sobre a avaliação da CAB com relação à pertinência da queixa do usuário na Ouvidoria ficou prejudicada visto que 45% das fichas esse item não foi preenchido. No entanto, do total de fichas analisadas (55%) foi verificado que em 68% das reclamações do usuário procediam e 42% não procediam.

A avaliação adequada em saúde deve gerar resultados que revelam a situação de saúde, para que nas situações de estrangulamento e defasagem do sistema, medidas que possam ser tomadas para reverter a situação de crise e estabelecer resultados satisfatórios e condizentes com os princípios do SUS.⁶²

As especialidades que tiveram o maior tempo para suprir a demanda para a cidade de Marília e outros municípios foi a especialidade de Reumatologia (28 meses e 15 dias). Esta demora é explicada quando a especialidade tem menor número de agendados; o que nos chama a atenção é que, é a especialidade médica com menor número de novos casos encaminhados, mas o número de pessoas que continuam à espera é 1.640. A Ortopedia é a especialidade que ocupa o segundo lugar no quesito maior tempo para atender à demanda (27 meses), pois o agendamento (4.386) é desproporcional à demanda reprimida (9.080), e é a especialidade que possui maior número de pessoas na espera (8.903), com 4.071 novos casos.

A acessibilidade é a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente.¹⁶ Do ponto de vista funcional, há a necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema. Diversos fatores são considerados obstáculos à utilização dos serviços, tais como: custo, localização, forma de organização e demora para obtenção do atendimento.¹⁸

As especialidades que possuem menor número de demanda reprimida são a Cardiologia (356) e a Ginecologia (595), assim como o menor número de pessoas que continuam à espera. Embora tenham grande número de novos casos encaminhados (Cardiologia- 3097/Ginecologia- 1354), possuem grande número de agendados (Cardiologia- 3499/Ginecologia- 1380). Em muitas UBS, há o profissional Médico cardiologista e ginecologista, sendo esta última especialidade contida nas 12 UBS, além disso, as USF contam com o apoio destas UBS para o encaminhamento “direto” das USF para as UBS de referência a estas especialidades.

Os exames que apresentaram maior número de demanda reprimida foi a USG (8452) e o EEG (4319), que possuem número de agendamentos desproporcional a esta demanda, respectivamente (2.147) e (6.719). Já a Endoscopia chama a atenção pelo tempo de espera para atender a demanda de sete anos e um mês para realização; o que justifica por ter o menor agendamento de exames (479), assim compreende-se o porquê de ser o exame que tem o maior número de reclamações 53 (58%). A mamografia possui o segundo maior número de agendados, ultrapassando o número da demanda reprimida pelo grande número de mutirões realizado, além disso, a Central de Vagas disponibiliza após o dia do agendamento pré-fixado, agendamentos às pessoas que estavam à espera. Assim mesmo, há tempo de espera para suprir a demanda para a mamografia de dois meses e 19 dias. Com menor número de demanda reprimida, tem-se o Raio-X (445), que possui o número de agendados também superior ao número da demanda. Para este exame, o tempo máximo de espera é de um mês, isto porque cada Unidade da Atenção Básica conta com apenas um dia no mês para a realização dos agendamentos que não são de urgência, embora não haver pessoas que continuam à espera, as reclamações atingem a segunda colocação com relação aos exames, informações importantes sobre a necessidade e/ou imediatismo dos usuários.

Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde; diretamente ligados às condições econômicas e à oferta de serviços: renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Os fatores de necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao estado de saúde. Os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde como, por exemplo, as variáveis sociodemográficas e familiares: idade, sexo, nível de escolaridade e raça. Segundo esse modelo, em estudos de desigualdade, o acesso é considerado equitativo quando somente a necessidade determina o uso.²⁵

É importante destacar que o acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida, e que o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. A dimensão dessa ideia é a integralidade ampliada, resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições. A integralidade é objetivo da rede e, portanto, nunca se realiza totalmente apenas no esforço individual.⁵³

Nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.⁶³

Uma visão radical desses processos leva à conclusão de que a integralidade pode absorver o princípio da equidade, porque se houvesse a máxima integralidade ampliada possível, com uma escuta eficiente, as iniquidades seriam reconhecidas naturalmente, como necessidades de saúde não atendidas.⁵³

Essa necessidade não satisfeita, de não procurar os serviços de saúde, mesmo julgando necessário, pode ser utilizado para verificar e possibilitar intervenções quanto à melhoria do acesso, mas, em geral, no âmbito dos serviços de saúde, apenas a demanda que procurou o serviço e não foi atendida é considerada como demanda reprimida o que, subestima a real magnitude do problema de acesso. Os inquéritos populacionais permitem a identificação de demandas potenciais que

não chegam às portas dos serviços e que podem traduzir desigualdades e exclusões, ou seja, pode relacionar com maior pertinência a chamada necessidade, acesso, demanda, oferta e utilização de serviços de saúde.⁵

No processo de demanda e oferta há grande disparate entre estes, demandas reprimidas extensas e agendamentos que não atendem as necessidades da população, com enorme tempo de espera, número de novos casos crescentes, e número de pessoas que continuam na espera de forma crescente, sem resolubilidade de seus problemas.

A acessibilidade geográfica está associada à chamada acessibilidade temporal, relacionada às limitações no tempo em que o recurso está disponível.⁵ A relação com o uso, depende do tipo de atendimento e do tipo de recurso, ou seja, quanto mais grave a queixa ou a doença, ou quanto mais sofisticado ou especializado o recurso ou o serviço, menos importante é a relação entre acessibilidade geográfica e o volume de serviços utilizados.⁶⁴

Das especialidades estudadas, os Parâmetros da Portaria nº 1.101 não foram alcançados em seis (46,2%), especialidades como de Cirurgia Geral com coberturas de - 61,5%/- 74,3%; e a Psiquiatria com cobertura de -50,9%/-67,3% inferiores à meta recomendada (NCR). Da mesma forma conclui-se que a Portaria nº 1.101 teve seus parâmetros alcançados, e mais, superados por sete (53,8%) especialidades como as de Cirurgia Vascular com coberturas de 690,3%/427,7% e a Oftalmologia 312,6%/175,1%. É surpreendente que, com as enormes filas de espera muitas vezes os agendamentos realizados nas especialidades, os parâmetros da Portaria nº 1.101 são atendidos na sua totalidade, e não raras vezes mais que o recomendado por esta. Assim sendo os dados apontam que há uma defasagem dos parâmetros de cobertura desta Portaria, que está muito aquém das demandas da população ou outra possibilidade seria que os encaminhamentos da Atenção Básica não estão sendo realizados de forma criteriosa.

A iniquidade é considerada uma “desigualdade injusta”, desnecessária, e que pode ser evitada, daí sua importância para os tomadores de decisão. As desigualdades estão voltadas à articulação entre desigualdade em saúde, e acesso a bens e serviços.^{65, 66}

É preciso observar que os profissionais que trabalham na Atenção Básica deveriam compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença. Isto

implicaria realizar uma união de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias; no entanto, as práticas profissionais estabelecidas, não destacam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas.⁶⁷

O impasse vivenciado com a concretização do acesso universal a serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento desta como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática, construída a partir de uma gestão democrática e participativa.⁶⁸

No Pacto pela Saúde a regulação do acesso é compreendida como importante ferramenta de gestão do sistema de saúde, tendo os gestores do SUS a responsabilidade de incorporar ações de regulação, na garantia do direito à saúde, fazendo cumprir os princípios doutrinários do SUS de universalidade e integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade.⁶²

7. Conclusão



7 CONCLUSÃO

A diferença do número de reclamações da Ouvidoria entre UBS e USF é discreta, o que mostra dificuldade na efetiva reorganização do sistema de saúde, por meio da ESF. Nos meses de julho e dezembro de 2007, o número de reclamações foram menores, com conseqüente aumento das reclamações da Ouvidoria nos meses seguintes, sugerindo que há uma menor preocupação com as condições de saúde dependendo do período do ano. Há grande número de demanda reprimida às especialidades como a Ortopedia e Oftalmologia, e exames como o USG e o EEG provenientes da atenção primária. Por outro lado, foi possível verificar que as doenças pulmonares são as mais atendidas pela Atenção Básica, após fatores outros de atendimento, e que a especialidade de Pneumologia é a que tem um dos menores números de reclamações na Ouvidoria, o que leva a concluir que os profissionais da atenção primária estão preparados para atender as morbidades comuns a esta especialidade. Desta forma, depreende-se a necessidade de Educação Permanente (EP) dos profissionais para atendimento das diferentes situações demandadas na rede básica de atenção à saúde, além disso, é preciso resgatar o estabelecimento do vínculo, o acolhimento e a escuta ampliada.

A Ouvidoria facilitou o acesso aos exames e às consultas com especialista, uma vez que 66,4% dos usuários tiveram acesso após reclamação. A análise dos dados referente à avaliação da CAB ficou prejudicada já que 45% das fichas não foram preenchidas. A especialidade e exame que tiveram maior número de novos casos de Marília e outros municípios foram a Oftalmologia e a Mamografia, e com menor número a Reumatologia e a Endoscopia. A especialidade e o exame que tiveram o maior número de demanda reprimida foram a Ortopedia e a USG, e em menor número a Cardiologia e o Raio-X. A especialidade e o exame com maior tempo de espera para o acesso/atendimento da demanda foram a Reumatologia e a Endoscopia, e com menor tempo de espera a Cardiologia e o Raio-X. A Ortopedia é a especialidade que possui o maior número de pessoas que continuam à espera e quanto ao exame temos a USG, e a Cardiologia é a que possui menor número juntamente com a Mamografia. Das especialidades estudadas os Parâmetros da Portaria nº 1.101 não foram alcançados em seis (46,2%) especialidades como as

especialidades de Cirurgia Geral com coberturas de - 61,5% (parâmetro mínimo) - 74,3% (parâmetro máximo); inferiores à meta recomendada. Da mesma forma a Portaria nº 1.101 teve seus parâmetros alcançados, e mais, superados por sete (53,8%) especialidades como as de Cirurgia Vascular com coberturas de 690,3% (parâmetro mínimo) 427,7% (parâmetro máximo). Em se tratando de exames constatou-se não ser possível o cálculo, pois a Portaria supracitada mostra-se limitada a parâmetros de exames referentes apenas à solicitação por especialidades médicas.

É surpreendente que, com as enormes filas de espera muitas vezes os agendamentos realizados nas especialidades condiz e até superam os parâmetros da Portaria em estudo. É possível que haja defasagem dos parâmetros de cobertura desta Portaria ou que a atenção básica não está cumprindo com o seu papel de resolubilidade dos problemas de saúde da população.

Sendo assim, na superação das limitações e dificuldades impostas ao atual sistema, vislumbrando a integralidade das ações, é urgente repensar como articular os níveis de atenção à saúde, de modo a ampliar o acesso aos serviços e a redução das filas.

Neste contexto, acredita-se na necessidade de efetivar o sistema de referência e contra-referência, propiciar EP aos profissionais das equipes de saúde, incentivar a participação social nas decisões, bem como incentivar a autonomia da população para a gestão do autocuidado.

Referências



REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
2. Merhy EE. Universalidade, equidade e acesso sim mas, não bastam. Campinas: UFF; 1995.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde. Brasília; 1990.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8080, de 05 de outubro de 1988. Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990.
5. Louvison MCP. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.
6. Hartz ZMA. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública. 2004;20(Suppl. 2):331-6.
7. Ferreira AS. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):69-76.
8. Sá PK. A integralidade da atenção no Programa Médico de Família de Niterói/RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
9. Carvalho AI. Conselho de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p. 117-60.
10. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(4):323-33.

11. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(3):469-78.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Fortalecimento dos princípios do SUS: o caráter público, a integralidade, a equidade e a humanização [homepage na Internet]. [citado 2010 jan. 04]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/FORTALECIMENTO%20DOS%20PRINCIPIOS%20DO%20SUS.htm>.

13. Merhy EE. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface Comum Saúde Educ*. 2001;5(9):147-9.

14. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. cap. 3, p. 117-60. (Saúde em debate – Série didática)

15. Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV. *Distrito Sanitário*, organizador. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 221-35.

16. Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*. 1996;12:233-42.

17. Santana JP, organizador. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPAS; 1997.

18. Adami NP. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Rev Paul Enferm*. 1993;12:82-6.

19. Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2002. 385 p.

20. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. *São Paulo Perspec*. 2008;22(2):19-29.

21. Lopes I. Em busca da cidadania global [Entrevista a Boaventura de Souza Santos]. [citado 2009 set. 16]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boaventura/boaventura_e.html.

22. Medeiros M. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. (Texto para Discussão nº 687)
23. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001. 224 p.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006.
25. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. Rev Saúde Pública 2008;42(4):733-40.
26. Cairney J, Arnold R. Social class, health and ageing: socioeconomic determinants of self-reported morbidity among non institutionalized elderly in Canada. Can J Public Health. 1996;87(3):199-203.
27. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Social inequalities and health services use: evidences from a stratified household survey. Rev Saúde Publica. 2000;34(1):44-9.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para implantação de complexos reguladores. Brasília; 2006. 27 p. (Série Normas e Manuais Técnicos).
29. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONNASS; 2007. 174 p.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Regulação no setor de saúde: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília; 2004.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Controle, regulação e avaliação. Brasília; 2002.

32. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2007 [citado 2009 set. 21];9(3):835-46. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>.
33. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 77-125. v. I
34. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Qual Rev Bull. 1992;18:356-60.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.101, de 12 de junho de 2002. Institui os Parâmetros Assistenciais do SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2002.
36. Last JM. Dicionario de epidemiología. Barcelona: Salvat; 1989. p. 73. apud Costa FML, Firmo JOA, Uchoa E. A epidemiologia e suas aplicações na área de geriatria e gerontologia no Brasil. Geriatria & Gerontologia. 2007;1(1):32-42.
37. Costa FML, Firmo JOA, Uchoa E. A epidemiologia e suas aplicações na área de geriatria e gerontologia no Brasil. Geriatria & Gerontologia. 2007;1(1):32-42.
38. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2002.
39. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Contagem da população 2007 [homepage na Internet]. Brasília; 2007. [citado 2009 set. 21]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/ta_bela1_1_20.pdf
40. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estimativas para 1º de julho de 2009 [homepage na Internet]. Brasília; 2007. [citado 2009 set. 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/estimativa.shtm>.
41. Gomes JEM, Silva RF. Sistema de saúde de Marília [homepage na Internet]. 2001. [citado 2009 set. 24]. Disponível em: <http://www.famema.br/uni/nuac/sistemasaude.html>.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Conheça a ouvidoria [homepage na Internet]. [citado 2007 ago. 20]. Disponível em:
http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1003.
43. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
44. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. 20ª ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2005. 243 p.
45. Serra CG. Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2007. [citado 2010 jan. 30]. Disponível em:
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2420
46. Juliani CMCM. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: percepção de enfermeiros [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1996.
47. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a porta. In: Starfield B, organizador. Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO / Ministério da saúde; 2002. p. 207-46.
48. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):121-31.
49. Organização Mundial de Saúde. CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Trad. do Centro Colaborador da OMS para classificação de doenças em Português. 10ª edição. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007. v. 1.
50. São Paulo (Capital). Secretaria de Saúde. Painel de monitoramento: junho 2007 [homepage na Internet]. [citado 2009 out 11]. Disponível em:
<http://www.capital.sp.gov.br/secretarias/saude/informacoesensaude>.
51. Schraiber LB. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.

52. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 20-46.
53. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 113-26.
54. Carvalho WO. Uso de serviços de saúde materno-infantis na Região Sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos: 1990-2002. Inquéritos de saúde como fonte de dados para estudos de utilização de serviços de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.
55. Mendonça-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de saúde: uma revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saúde Pública. 2001;17:819-32.
56. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114:1115-8.
57. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 1990;24(6):445-52.
58. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Soc Sci Med. 1997;44:757-71.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humaniza – SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª ed. Brasília; 2004.
60. Cruvinel LL, Carvalho THPF. Ouvidoria: uma experiência de promoção da qualidade de vida e cidadania [homepage na Internet]. [citado 2009 nov. 08]. Disponível em: http://www.cecom.unicamp.br/ouvidoria/Ouvidoria_Qualidade_de_Vida.pdf, 2004.

61. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca. Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos: relatório final. Brasília; 2004.
62. Silva MVS, Silva MJ, Silva LMS, Nascimento AAM. Regulação do acesso: avaliação de indicadores na 2^a microrregião de saúde. Descentralização e regionalização do SUS. Ceará: Secretaria de Saúde do Estado; 2007.
63. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Oficina Rede de Atenção à Saúde no SUS. Guia do Participante. Teresina; 2008.
64. Dever GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. 2^a ed. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios; 1998.
65. Braveman P, Gruskin S. Theory and methods: defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:254-8.
66. Travassos C, Viacava F, Pinheiro, R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5):365-73.
67. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:490-8.
68. Assis MMA, Villa TCSV, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):815-23.

Anexos



ANEXOS

ANEXO 1 – PORTARIA Nº 1.101

Portaria n.º 1101/GM Em 12 de junho de 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e considerando,

- o disposto no Capítulo III, artigo 26 da Lei nº 8.080/90, que estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde;

- que a descentralização das ações e serviços de saúde, para estados e municípios, para a consistência de um efetivo Sistema Nacional de Saúde, requer a elaboração de um planejamento ascendente, através da Programação Pactuada e Integrada entre os gestores;

- a necessidade, requerida pelos gestores e pela sociedade em geral, da revisão dos parâmetros assistenciais em uso no SUS, datados de mais de vinte anos, face aos avanços verificados em vários níveis de complexidade do sistema de saúde e as necessidades da população;

- a necessidade, imediata, apontada pelos gestores dos três níveis de governo, do estabelecimento de parâmetros como instrumentos de planejamento, controle regulação e avaliação do SUS;

- a necessidade de flexibilizar, aos Estados e Municípios, a aplicação dos parâmetros propostos, possibilitando ajustes necessários, derivados, entre outros, da diferença do perfil epidemiológico, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, com posterior comunicação a este Ministério, para conhecimento;

- a ampla discussão sobre o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, que possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gestores do SUS e da sociedade em geral, na sua formulação, através da Consulta Pública SAS/MS Nº 01, de 08 de Dezembro de 2000, e

- a deliberação nº 08 de 04 de abril de 2002 do Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Os referidos parâmetros representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três

níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

Art. 2º Atribuir à Secretaria de Assistência à Saúde, a responsabilidade pela revisão periódica dos parâmetros estabelecidos.

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor após sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial a Portaria MPAS 3046/82.

BARJAS NEGRI

ANEXO
PARÂMETROS ASSISTENCIAIS DO SUS

01. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES:

Os parâmetros de cobertura assistencial do SUS, destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo subsídios para:

- a) Analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais à população;
- b) Auxiliar na elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à saúde. (PPI);
- c) Auxiliar no Acompanhamento, Controle, Avaliação e Auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS.

Para elaboração destes parâmetros, foram considerados, entre outros:

- a) Os parâmetros assistenciais, internacionalmente reconhecidos, inclusive os baseados em dados da OMS e da OPAS, para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento.
- b) As estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS, e as incidências nacionais, por especialidade, dos últimos 3 anos.
- c) O número de internações hospitalares, de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação, estudos do Ministério da Saúde, realizados com a participação de técnicos dos demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país.
- d) A Portaria MPAS nº 3.046, de 20 de julho de 1982.

Os parâmetros assistenciais, objeto deste estudo, se dividem em:

a) Parâmetros de Cobertura – são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido.

b) Parâmetros de Produtividade – são aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles, humanos, materiais ou físicos.

Para a definição dos parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial, tomou-se como base, a composição da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS (Grupos de Procedimentos).

Os Grupos de 01 a 05 que referem-se a Atenção Básica, devem seguir as orientações já definidas no Manual da Atenção Básica, editadas pelas Portarias GM nº 3.295 de 13 de novembro 1998; GM nº 832 de 28 julho 1999 e GM nº12 de 07 de janeiro de 2000; GM nº 1158 de 08 de Agosto de 2001 e suas atualizações.

Os demais procedimentos, contemplados na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA-SUS, foram, em linhas gerais formatados, seguindo a mesma lógica de agrupamentos da tabela SIA. Alguns destes Grupos foram subdivididos para melhor explicitar o comportamento esperado dos procedimentos específicos em relação ao total do grupo. Estas subdivisões foram processadas em cálculos percentuais.

No processo de construção dos parâmetros de cobertura assistencial, alguns procedimentos foram calculados com base na população, enquanto outros se derivaram de um procedimento ou ato profissionais. Assim, os procedimentos relativos aos exames, diagnoses e terapias, por serem decorrentes de uma consulta médica, foram calculados com base na estimativa do total de consultas.

Os procedimentos de anestesia foram calculados sobre o somatório dos grupos especiais, onde há indicação dos mesmos; quais sejam: (crianças, idosos e deficientes).

Os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar, no geral, foram calculados com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, nas quatro clínicas básicas, quais sejam: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia contemplando, ainda, as internações decorrentes de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Tisiologia, Reabilitação.

2. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL

2.1. PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DAS CONSULTAS MÉDICAS E ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS SOBRE A POPULAÇÃO:

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	PARÂMETROS	GRUPOS/TAB/SIA/SUS
Consultas Médicas (Total)	2 a 3 por hab./ano	Parte dos Grupos - 2 e 7
Atendimentos Odontológicos	0,5 a 2 por hab./ano	Grupos – 3 e 10

FÓRMULA PARA O CÁLCULO:

$$T. A. = \text{População} \times \text{Parâmetro de Atendimento}$$

Legenda:

T.A: Total da Ação (pode ser consulta médica e/ou atendimento Odontológico)

Nota 1: O total de consultas médicas, divide-se em:

- Consultas Básicas de Urgência ≅ 12% do total de consultas programadas
- Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma ≅ 3% do total de consultas programadas
- Consultas Médica Básicas ≅ 63% do total de consultas programadas (arredondado).
- Consultas Médicas Especializadas ≅ 22% do total de consultas programadas (arredondado).

Exemplo para cálculo:

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

12% de X = consultas básicas de urgência;

3% de X = consultas pré-hospitalar e trauma;

63% de X = consultas básicas (Clínica Médica + Ginecologia + Obstetrícias + Pediatria);

22% de X = consultas especializadas.

2.2. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL RECOMENDADOS, CONFORME UNIDADE DE MEDIDA E POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA-SUS.

GRUPO DE PROCEDIMENTOS, POR ORDEM DE APRESENTAÇÃO NA TABELA SIA-SUS	Variação de Cobertura entre Regiões do país (projeção 2000)	Parâmetros Recomendados	Unidade de medida
a) Procedimentos de Atenção Básica			
01 – Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível médio	2,28 a 6,43	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
02 - Ações Médicas Básicas	1,06 a 1,67	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
03 - Ações Básicas Em Odontologia	0,4 a 1,6	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
04 - Ações Executadas por outros Profissionais de Nível Superior	0,11 a 0,45	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
05 - Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	Conforme pactuação entre Gestores.		
b) Procedimentos Especializados			
07 - Procedimentos Especializados Profissionais Médicos, Outros Nível.Superior e médio	0,54 a 0,84	0,6 a 1,0	Proced./Hab/ano
07.1. Consulta Médica de Urgência (pré hospitalar e trauma)		0,06 a 0,09	% total do grupo 7
07.2. Consultas Médicas Especializadas		0,44 a 0,66	% total do grupo 7
07.3 Demais procedimentos desse grupo		0,10 a 0,25	% total do grupo 7
08 - Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	0,03 a 0,06	0,05	Proced./Hab/ano

09 - Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos	0,03 a 0,07	0,1	Proced./Hab/ano
09.1.Consulta Ortopédica c/ Procedimento provisório.		0,07	% total do grupo 9
09.2.Tratamento e/ou troca gesso		0,03	% total do grupo 9
10 - Ações Especializadas Em Odontologia	0,01 a 0,04	0,04 a 0,06	Proced./Hab/ano
11 - Patologia Clínica	51,68 a 75,99	30 a 50	% total de Consultas
11.1. Exames Básicos: Bioquímica.Hemato. I a VI, microbiologia.		80,26	%total do grupo 11
11.2. Exames Diferenciados: Hormônios I a VIII, Imunologia I,II,III		10,53	%total do grupo 11
11.3. Exames Especiais de Imuno. IV a XII, diagnóstico em Genética, Patologia Clínica Ocupacional I, II, III, IV, líquido Amniótico, sinovial / derrame, líquido I e II, suco gástrico, urina I,II,III		7,12	%total do grupo 11
11.4. Medicina nuclear in vitro I, II, III		2,09	%total do grupo 11
12 - Anatomopatologia e Citopatologia	1,38 as 2,52	2,36	%total de consultas
13 - Radiodiagnóstico	5,49 a 8,91	5 a 8	%total de consultas
13.1. RX simples e Contrastado		94,75	%total do grupo 13
13.2. Outros exames de radiodiagnóstico I e II		4,63	%total do grupo 13
13.3. Proc. Esp. Radiol. I, II, III, IV, V		0,32	%total do grupo 13
13.4. Angiografias		0,24	%total do grupo 13

13.5. Neuroradiologia		0,06	%total do grupo 13
14 - Exames Ultra- Sonográficos	0,80 a 2,47	1,0 a 1,50	%total de Consultas
14.1. Ecografia I, II, III, IV, VII, VIII e IX		76,71	%total do grupo 14
14.2. Ecocardiografia V e VI		23,29	%total do grupo 14
17 - Diagnose	1,61 a 4,69	5 a 6	%total de Consultas
17.1. Alergologia		0,67	%total do grupo 17
17.2. Angiologia		0,35	%total do grupo 17
17.3. Cardiologia		37,97	%total do grupo 17
17.4. Ginecologia/obstetrícia		18,75	%total do grupo 17
17.5. Neurologia		5,36	%total do grupo 17
17.6. Oftalmologia		24,83	%total do grupo 17
17.7 Otorrinolaringologia		4,08	%total do grupo 17
17.8 Pneumologia		1,84	%total do grupo 17
17.9 Urologia		0,87	%total do grupo 17
17.10. Gastroenterologia		4,27	%total do grupo 17
17.11. Fisiatria		1,01	% total do grupo 17
18 - Fisioterapia (por sessão)	4,52 a 10,94	8 a 9	%total de Consultas
19 – Terapias Especializadas (por terapia)	0,53 a 1,21	2 a 3	%total de Consultas
19.1. Alergologia		2,16	%total do grupo 19
19.2. Angiologia		2,69	%total do grupo 19
19.3. Cardiologia		0,32	%total do grupo 19
19.4. Dermatologia		4,08	%total do grupo 19

19.5. Ginecologia / Obstetrícia		5,76	%total do grupo 19
19.6. Oftalmologia		4,48	%total do grupo 19
19.7. Otorrinolaringologia		2,18	%total do grupo 19
19.8. Pneumologia		29,00	%total do grupo 19
19.9. Urologia		8,28	%total do grupo 19
19.10. Endoscopia		2,64	%total do grupo 19
Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial		36% (no total) distribuído de acordo com modelo assistencial implantado	%total do grupo 19
Atendimento Oficina Terapêutica			
Atendimento Núcleo / Centro Reabilitação			
Demais Procedimentos desse grupo		2,41	%total do grupo 19
21 - Próteses e Órteses	0,20 a 0,74	0,5	%total de Consultas
22 – Anestesia	0,0003 a 1,16	1,0	%dos grupos 3+8+10
c) Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade			
26 - Hemodinâmica	0,01 a 0,03	0,03	%total de Consultas
27 - Terapia Renal Substitutiva (diálise)	0,65 a 2,09	Ver item 2.7.3 e informações complementares (item F).	%total de Consultas
28 - Radioterapia (por Especificação)	1,07 a 1,37	Ver item 2.7.1 e informações complementares (item D)	%total de Consultas
29 - Quimioterapia	0,07 a 0,27	Ver informações complementares (item D)	%total de Consultas
30 - Busca de Órgãos para transplante		Conforme programa específico de Transplantes	%total de Consultas

31 - Ressonância Magnética	0,01 a 0,02	0,04	%total de Consultas
32 – Medicina Nuclear-In Vivo	0,03 a 0,12	0,14	%total de Consultas
33 - Radiologia Intervencionista	0,0003 a 0,01	0,01	%total de Consultas
35 - Tomografia Computadorizada	0,16 a 0,25	0,20	%total de Consultas
36 - Medicamentos Excepcionais	2,63 a 9,73	Ainda não apurado	%total de Consultas
37 -.Hemoterapia	3,63 a 7,58	4,0	%total de Consultas
38 - Acompanhamento de pacientes		Ainda não apurado	

2.3. DETALHAMENTO DA COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS, CONTIDAS NO GRUPO 2 E 7 DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SIA/SUS.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15,0% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-26,88%
CLÍNICAS BÁSICAS	62,7% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-53,07%
Clínica Médica (inclui PSF)	Distribuição do percentual por especialidade, de acordo com o Pacto da Atenção Básica
Ginecologia (inclui Mastologia)	
Obstetria	
Pediatria	
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	22,3% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-20,05%
Alergologia	0,2% (inclui Imunologia) do total de consultas
Cardiologia	2,0% do total de consultas
Cirurgia Geral	2,3% do total de consultas
Dermatologia	1,1% (inclui hansenologia) do total de consultas
Doenças Vasculares Periféricas (Angiologia)	0,2% do total de consultas
Endocrinologia	0,4% (inclui Metabologia) do total de consultas
Gastroenterologia	0,7% do total de consultas
Hematologia	0,1% do total de consultas
Medicina Física*	1,2% do total de consultas
Nefrologia	0,1% do total de consultas
Neurocirurgia	0,1% do total de consultas
Neurologia	1,2% do total de consultas
Oftalmologia	2,8% do total de consultas

Oncologia	0,3% do total de consultas
Otorrinolaringologia	1,5% do total de consultas
Proctologia	0,2% do total de consultas
Psiquiatria	2,2% do total de consultas
Reumatologia	0,4% do total de consultas
Tisiopneumologia	1,0% (inclui Broncoesofagologia) do total de consultas
Traumatologia – ortopedia	2,9% (não inclui consulta de urgência), do total de consultas
Urologia	0,9% do total de consultas
*Outros	0,5% do total de consultas

Observações:

* Estão incluídos neste item as consultas de Fisiatria, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

**Estão incluídas neste item as consultas de: medicina nuclear, homeopatia, geriatria, acupuntura, infectologia, e genética clínica.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE CONSULTAS NO ANO.

Fórmula Geral:

$\text{Consultas por tipo} = \frac{\text{NTC} \times \text{Parâmetro Recomendado}}{100}$
--

Legenda: NTC = Número Total de Consultas

Exemplos:

$$1. \text{ N}^\circ \text{ Total de Consultas de Urgência/Emergência - NTCUE} = \frac{\text{NTC} \times 100}{15}$$

$$2. \text{ N}^\circ \text{ Total de Consultas Básicas - NTCB} = \frac{\text{NTC} \times 100}{62,7}$$

$$3. \text{ N}^\circ \text{ Total de Consultas Especializadas (NTCE): NTCE} = \frac{\text{NTC} \times 100}{22,3}$$

$$3.1. \text{ N}^\circ \text{ Total de Consultas Psiquiátricas (NTCP): NTCP} = \frac{\text{NTCE} \times 100}{2,2}$$

100

2.4. OUTROS PROCEDIMENTOS PARA DIAGNOSE E TERAPIA SOBRE CONSULTAS ESPECIALIZADAS:

1.CARDIOLOGIA (consultas)	2,1% do total de consultas
1.1.Ergometria	19% do total de consultas cardiológicas (já incluídas as necessidades de Pneumologia).
1.2. Holter	0,5% do total de consultas cardiológicas
1.3.ECG	60% do total de consultas cardiológicas
1.4. Ecocardiograma	13% do total de consultas cardiológicas
2. NEUROLOGIA (consultas)	1,2% do total de consultas
2.1. EEG	33% do total de consultas neurológicas
2.2.ELETROMIOGRAFIA	1,08% do total de consultas neurológicas (já incluídas as necessidades de outras especialidades).

2.5. NÚMERO DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA E RADIODIAGNÓSTICO, POR ESPECIALIDADE MÉDICA, PARA CADA 100 CONSULTAS.

Especialidade	Patologia Clínica	Radiodiagnóstico
Urgência/ Emergência (Geral)	25	5
Clínicas Básicas		
Clínica Médica	65	15
Ginecologia	25	5
Obstetrícia	200	2
Pediatria	30	2
Clínicas Especializadas		
Alergologia	2	1
Cardiologia	60	15
Clínica Cirúrgica	35	8
Dermatologia	20	1
Doenças Vasculares Periféricas	30	5
Endocrinologia	50	2
Gastroenterologia	30	12
Hematologia	150	4
Medicina Física *	10	20
Nefrologia	50	9

Neurocirurgia	25	10
Neurologia	15	8
Oftalmologia	15	1
Oncologia	70	15
Otorrinolaringologia	20	3
Proctologia	35	8
Psiquiatria	5	1
Reumatologia	40	15
Tisiopneumologia	25	20
Traumato – Ortopedia	12	30
Urologia	50	15
Outras	20	5

Observação: * Nas especialidades de Medicina Física, incluindo Fisiatria, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, as solicitações de exames, geralmente são feitas por outros especialistas.

Nota 1: O quantitativo de exames registrados nesta tabela, é orientador, podendo variar, de acordo com peculiaridades locais.

Nota 2: A Patologia Clínica refere-se somente ao Grupo 11 da Tabela de Procedimentos do SIA-SUS e o Radiodiagnóstico, ao Grupo 12 da mesma Tabela.

2.6. FÓRMULAS BÁSICAS PARA AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

a) Para o cálculo do % de execução da Meta Programada:

$E = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados}}{\text{Total de Procedimentos Programados}} \times 100$	Onde: E = % de Execução
---	-------------------------

b) Para o cálculo do % de participação, Por Prestador, no total de atendimentos ambulatoriais do município, região, estado, etc.

$PP = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados por Prestador}}{\text{Total de Procedimentos Realizados no Município}} \times 100$	Onde: PP = % de Participação por Prestador
--	--

Nota 1: No denominador, o município é a variável; portanto pode ser substituído por Região, Estado etc.

c) Para cálculo da Taxa de Cobertura Ambulatorial – (TxCA):

$\text{TCA} = \frac{\text{Total da População Atendida, em determinada atividade, período e área} \times 100}{\text{Total da População Alvo no mesmo período e área}}$	<p>Onde: TxCA=</p> <p>Taxa de Cobertura Ambulatorial</p>
---	--

d) Para Cálculo da Taxa de Exames por Consultas Médicas: (TxECM):

$\text{TxECM} = \frac{\text{Total de Exames realizados, em determinada atividade, período e área} \times 100}{\text{Total de Consultas no mesmo período e área}}$	<p>Onde:TxECM=</p> <p>Taxa de Exames por Consulta Médica</p>
---	--

e) Para Cálculo da Taxa Específica de Utilização da Capacidade Operacional (TxeUCO):

$\text{TxeUCO} = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados, em determinada atividade, período e área} \times 100}{\text{Total da Procedimentos passíveis de serem realizados em determinada atividade, período e área}}$	<p>Onde:TxeUCO=</p> <p>Taxa Específica de Utilização da Capacidade Operacional</p>
--	--

f) Para Cálculo da Taxa de Exames Específicos por tipo de Consulta Médica (TxEeCM):

$\text{TxEeCM} = \frac{\text{Total de Exames Realizados, por tipo de Exame} \times 100}{\text{Total de Consultas Médicas Realizadas, por tipo}}$	<p>Onde: TxEeCM =</p> <p>Taxa de Exames Específicos por tipo de Consulta Médica</p>
--	---

2.7. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE, DA PRODUTIVIDADE OU DA COBERTURA DE ALGUNS EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSE E TERAPIA.

Para conhecer a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, é importante estimar a capacidade dos equipamentos, considerando seu horário de funcionamento diário e nº de dias /mês disponíveis para uso.

Esta informação deverá ser buscada também nos Manuais Específicos dos mesmos.

Elegeu-se aqui, alguns equipamentos de uso no Sistema de Saúde, cujos procedimentos são cobertos pelo SUS.

São eles:

2.7.1. ACELERADOR LINEAR OU UNIDADE DE COBALTO (Radioterapia):

- São equipamentos de megavoltagem, (mais de um milhão de eletrovolts), utilizados para tratamento de pacientes oncológicos, normalmente, com capacidade para atendimento de 6 pacientes/hora (10 minutos por paciente).

- Os serviços de radioterapia se subdividem em:

- pequeno porte: aqueles capazes de absorver de 300 a 500 novos pacientes ano.

- médio porte: aqueles capazes de absorver de 501 a 1000 novos pacientes ano.

- grande porte: aqueles capazes de absorver 1001 ou mais novos pacientes ano.

- Para a instalação de um serviço de pequeno porte, prevê-se a abrangência de uma população de 500 mil a 715 mil habitantes.

Nota 1: Ver Portaria GM/MS nº 3.535, de 02/09/98.

2.7.2. MAMÓGRAFO:

- 1/240 mil habitantes.

2.7.3. MÁQUINA PARA DIÁLISE:

- 1/15.000 habitantes (máquina de proporção, em três turnos).

- 1/30.000 habitantes (outras máquinas, até dois pontos, em três turnos).

- 1/1 paciente (cicladoras / uso domiciliar).

Em cada “ponto de diálise”, podem ser atendidos até 6 pacientes por semana, com utilização máxima do equipamento.

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado
1º Turno	A	B	A	B	A	B
2º Turno	C	D	C	D	C	D
3º Turno	E	F	E	F	E	F

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGSIAH/2000.

Nota 1: A, B, C, D, E, F correspondem à simulação da escala de pacientes;

Nota 2: 1º, 2º e 3º Turnos correspondem ao período de funcionamento = manhã, tarde e noite respectivamente;

Nota 3: As máquinas recomendadas para TRS devem ser as de proporção e que possuem somente um “ponto”;

2.7.4. ÓSTEO-DENSÍMETRO:

· 1/140 mil habitantes.

Nota 1. Ver Portaria GM/MS 1.327, de 11/11/99.

2.7.5. TOMÓGRAFO POR RAIOS X COMPUTADORIZADO:

· 1/100 mil habitantes.

· 1/1.500 leitos de internação em hospital de atenção terciária

2.7.6. TOMÓGRAFO POR RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA:

· 1/500 mil habitantes.

· 1/1.500 leitos de internação em hospital de atenção terciária.

2.7.7. APARELHO DE ULTRASSONOGRÁFIA, RADIOLOGIA SIMPLES (sem contraste) E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA:

· 1/25.000 habitantes

3. PARÂMETROS DE COBERTURA HOSPITALAR

3.1. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No geral, estima-se que de 7 a 9% da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano, em determinada região. Sendo assim, a fórmula para cálculo das internações hospitalares esperadas numa determinada região e ano, é a seguinte:

$$\text{NIHE} = \frac{\text{Total da População} \times \text{Parâmetro Recomendado de Internações/ano}}{100}$$

Legenda:

NIHE = Número de Internações Hospitalares Esperadas.

3.2. FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADE, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO NO ANO.

INTERNAÇÕES POR ESPECIALIDADE	FÓRMULA
Cirúrgica	(Pop.x 0,08) x 20%
Clinica Médica	(Pop.x 0,08) x 33%
Cuidados Prolongados (crônicos)	(Pop.x 0,08) x 0,80%
Obstétrica	(Pop.x 0,08) x 20,25%
Pediátrica	(Pop.x 0,08) x 15%
Psiquiátrica	(Pop.x 0,08) x 3,50%
Reabilitação	(Pop.x 0,08) x 1,08%
Tisiologia	(Pop.x 0,08) x 0,13%
Fator de Ajuste *	(pop.x 0,08) x 6,24%
TOTAL	100%
Psiquiatria Hospital Dia	(Pop.x 0,08) x 0,50%

FONTE: MS/SAS/DECAS/CGCA/2000

Observação: *Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada, em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1. Para municípios, regiões e estados que, em decorrência da influência de fatores estruturais e/ou epidemiológicos, apresentam percentuais de cobertura hospitalar diferentes do utilizado na fórmula acima (8%), deve-se substituir, na fórmula, o coeficiente ali escolhido pelo real apurado (0,08 por 0,07 ou 0,09 etc.).

Nota 3: A média/Brasil, em 1999, de AIH pagas sobre a população, foi de 7,58%.

COMPARAÇÃO DO PARÂMETRO EXEMPLIFICADO COM A VARIAÇÃO ENTRE AS REGIÕES

INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE	Variação entre as Regiões	Parâmetro Exemplificado	Unidade de Medida
Cirúrgica	1,39 a 3,4	1,60	% int/pop./ano
Clínica Médica	1,73 a 3,59	2,64	% int/pop/ano
Cuidados Prolongados (Crônico)	0 a 0,06	0,06	% int/pop/ano
Obstétrica	1,18 a 2,01	1,62	% int /pop./ano
Pediátrica	0,7 a 1,53	1,20	% int/pop/ano
Psiquiátrica	0,17 a 0,29	0,28	% int/pop/ano
Reabilitação	0 a 0,02	0,09	% int/pop/ano
Tisiologia	0,003 a 0,03	0,01	% int/pop/ano
Fator de Ajuste*	-----	0,50	% int/pop/ano
TOTAL	5,1 a 10,93	8,00	% int/pop/ano
Psiquiatria Hospital Dia	0,005 a 0,07	0,04	% int/pop/ano

Observação: *Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1: O parâmetro do quadro acima mudará conforme o coeficiente de internações determinado pelo gestor na fórmula explicitada no item 3.2.

3.3.PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR.

O tempo de média de permanência (TMP) é um dos indicadores, usado para definir o rendimento/produktividade/de leitos em cada especialidade.

PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

ESPECIALIDADES	VARIAÇÃO ENTRE REGIÕES/1999/AIH's PAGAS	PARÂMETRO	UNIDADE DE MEDIDA
Cirúrgica	3,9 a 5,6	4,8	Dias/ano por internação

Clínica Médica	4,8 a 6,1	5,2	Dias/ano por internação
Cuidados prolongados (Crônicos)	12,4 a 76,8	45,0	Dias/ano por internação
Obstétrica	2,0 a 3,5	Média 3,0	Dias/ano por internação
Parto normal e Cirúrgico			Dias/ano por internação
Pediátrica	4,6 a 6,0	6,0	Dias/ano por internação
Psiquiátrica	31,6 a 52,7	Média 28,0	Dias/ano por internação
Hospital Geral		5,5	Dias/ano por internação
Hospital Psiquiátrico		40,0	
Reabilitação	24,6 a 31,7	28,0	Dias/ano por internação
Tisiologia	16,1 a 30,6	Média 21,40	Dias/ano por internação
TBC		7,0	Dias/ano por internação
TBC C/ Lesões extensas		25,0	
Psiquiatria Hospital Dia	29,5 a 38,9	35,0	Dias/ano por internação

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGSIAH/2000.

Nota 1. A média de permanência hospitalar/Brasil/SUS/99 é de 5,98 dias, sendo a maior média registrada a do Rio de Janeiro com 8,92 dias e a menor a do Estado de Rondônia com 3,64 dias.

Nota 2: A TMP, em algumas especialidades, no quadro acima, foi calculada por média ponderada.

3.4 NÚMERO DE INTERNAÇÕES/LEITO/ANO, POR ESPECIALIDADE VARIANDO POR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.

O Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48% de ocupação/leito/ano para o SUS, contra 80 a 85% que seria a média desejável.

Todavia, os percentuais de produtividade hospitalar variam por Hospital, Município, Região e/ou Estado, influenciando, diretamente, na média de ocupação/leito/ano.

ESPECIALIDADES	Número de Internações/Leitos/Ano/ taxa ocupação Hospitalar(TOH)	
	TOH = 48%	TOH = 80%
Cirúrgica	36,5	60,8
Clínica Médica	33,69	56,15
Cuidados Prolongados (Crônico)	3,89	6,48
Obstétrica	58,4	97,33
Pediátrica	29,20	48,66
Psiquiátrica	6,26	10,42
Reabilitação	6,26	10,42
Tisiologia	8,19	13,64
Psiquiatria Hospital Dia	5,01	8,34
Fator de Ajuste *	29,30	48,82

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais. No exemplo acima, foi usado 5,98 como Tempo de Média de Permanência (TMP) (Média Brasil/ 1999). Quando este coeficiente for aplicado em alguma especialidade deverá ser usada a TMP da respectiva especialidade.

Nota 1. Estes cálculos determinam quantas internações, em média, cada especialidade pode gerar por leito, estabelecida uma relação direta com a média de permanência e taxa de ocupação hospitalar.

3.5. NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES

Em linhas gerais, estima-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma:

- a) Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;
- b) Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios grandes, regiões, etc.).
- c) Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico): calcula-se, em média de 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica;
- d) Leitos para Pré Parto: calcula-se, no mínimo, 2 leitos por sala de Parto.

FÓRMULAS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS EM DETERMINADA REGIÃO, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO

Para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, deve-se levar em consideração o percentual de internações programadas pelo gestor sobre a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média de permanência de cada especialidade.

$$\text{CIL} = \frac{365 \times \text{TOH}}{\text{TMP}}$$

Legenda:

CIL = Capacidade de Internações por leito/ano

TMP = Tempo de Média de Permanência

TOH = Taxa de Ocupação Hospitalar (vide item 3.7.2.)

$$\text{LN} = \frac{\text{NIP}}{\text{CIL}}$$

Legenda:

LN = Leitos Necessários

NIP = N° De Internações Programadas

CIL = Capacidade De Internações Por Leito

3.6. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES, POR CLÍNICA, PARA CADA 1.000 HABITANTES.

LEITOS POR ESPECIALIDADE	Variação entre as Regiões	PARÂMETROS RECOMENDADOS		Unidade de Medida
		% sobre Necessidade total de leitos	Número absoluto de leitos sobre total da população	
Cirúrgica	0,44 a 0,70	14,99	0,44	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica	0,67 a 1,13	26,82	0,78	Leitos/1.000hab.
Cuidados Prolongados (Crônico)	0,02 a 0,18	5,62	0,16	Leitos/1.000hab.
Obstétrica	0,43 a 0,63	9,49	0,28	Leitos/1.000hab.
Pediátrica	0,45 a 0,62	14,06	0,41	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica	0,05 a 0,61	15,31	0,45	Leitos/1.000hab.
Reabilitação	0 a 0,01	4,72	0,14	Leitos/1.000hab.

Tisiologia	0,01 a 0,02	0,43	0,01	Leitos/1.000hab.
Psiquiatria Hospital Dia	0,01 a 0,02	2,73	0,08	Leitos /1.000hab.
Fator de Ajuste*	----- ----- -	5,83	0,17	Leitos /1.000hab.
TOTAL	2,07 a 3,38	100	2,92	Leitos/1.000hab.

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1: Não é aconselhável contratar mais leitos psiquiátricos onde já exista capacidade de 0,45 ou mais leitos/1000 habitantes, para internação em psiquiatria.

Nota 2: Multiplicando-se o percentual de necessidade de leitos pelo número de leitos/1000 habitantes escolhido, tem-se o número real de leitos/1000 habitantes em cada especialidade (mantendo TOH = 48% e TMP do quadro 3.3).

3.7. ALGUMAS FÓRMULAS BÁSICAS PARA AVALIAÇÃO HOSPITALAR

3.7.1. TAXA DE PRODUTIVIDADE HOSPITALAR (TxPH):

$$\text{TxPH} = \frac{\text{Número de Internações/ano} \times \text{Média de Permanência} \times 100}{\text{Número de Leitos existentes/ano} \times 365 \text{ dias ao ano}}$$

Legenda:

TPH corresponde à Taxa de Produtividade Hospitalar

3.7.2 TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxOH):

$$\text{TxOH} = \frac{\text{NPD}}{\text{NLD}} \times 100$$

Legenda:

NPD = N° de Pacientes Dia (num período)

NLD = N° de Leitos Dia (mesmo período)

Nota 1. A Taxa de ocupação média Brasil, em 1999, foi de 48%, sendo 74% no Distrito Federal e 24% no Maranhão.

3.7.3. TAXA DE MÉDIA DE PERMANÊNCIA (TxMP)

$$\text{TxMP} = \frac{\text{TPD}}{\text{TPA}}$$

Legenda:

TPD = Total de Pacientes Dia (em um Período)

TPA = Total de Pacientes com Alta (mesmo período)

Nota 1. O total de pacientes saídos corresponde ao somatório de altas + óbitos + transferências

Nota 2. A média de permanência hospitalar no Brasil /SUS, em 1999 foi de 5,98 dias, sendo 8,92 no Rio de Janeiro e 3,64 em Rondônia (1999).

3.7.4. TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR (TxMH)

$$\text{TxMH} = \frac{\text{NOP}}{\text{NAP}} \times 100$$

Legenda:

NOP = Número de óbitos no período

NAP = Número de altas no período

Nota 1. A mortalidade hospitalar no Brasil, apresenta uma média de 2,63% sendo 4,05% RJ e 0,88% no MA (1999)

3.7.4.1- TAXA MORTALIDADE OPERATÓRIA (TxMO) (até 2%)

$$\text{TxMO} = \frac{\text{NOAC}}{\text{TAC}} \times 100$$

Legenda:

NOAC = Número de Óbitos ocorridos durante o Ato cirúrgico no período

TAC = Total de Atos Cirúrgicos no mesmo período

3.7.4.2 - TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA (TxMPO) (até 1%)

$$\text{TxMPO} = \frac{\text{NOPO}}{\text{NAC}} \times 100$$

Legenda:

NOPO = Número de Óbitos ocorridos no Pós Operatório no período

NAC = Número de Atos Cirúrgicos no mesmo período

3.7.4.3 - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA HOSPITALAR (TxMMH):

$$\text{TxMMH} = \frac{\text{NOO}}{\text{NPO}} \times 100$$

Legenda:

NOO = Número de Óbitos em Obstetrícia no período

NPO = Número de Pacientes Obstétricos com alta no mesmo período

3.7.4.4 - TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL HOSPITALAR (TxMNeH)

$$\text{TMNeH} = \frac{\text{NORN}}{\text{NNV}} \times 100$$

Legenda:

NORN = Número de Óbitos de Recém Nato com até 28 dias no período.

NNV = Número de Nascidos Vivos no mesmo período

3.7.5. TAXA DE PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR- TxPIH (% depende do tipo e complexidade hospitalar)

$$\text{TxPIH} = \frac{\text{NIO}}{\text{NAP}} \times 100$$

Legenda:

NIO = Número de Infecções Ocorridas no período

NAP = Número de Altas¹ no mesmo Período

¹ : Alta = Σ de cura ou melhorado + transferidos + óbito

3.7.6. TAXA DE COMPLICAÇÃO HOSPITALAR: (TxCo) (até 3% a 4%)

$$\text{TxCH} = \frac{\text{NPC}}{\text{NAP}} \times 100$$

Legenda:

NPC = Número de Pacientes com Complicações no Período

NAP = Número de Altas¹ no mesmo Período

¹ : Alta = Σ de cura ou melhorado + transferidos + óbito

3.7.7. TAXA DE INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS (TxIO) (até 7%)

$$\text{TxIO} = \frac{\text{NIO}}{\text{NTP}} \times 100$$

Legenda:

NIO = Número de Intercorrências Obstétricas no Período

NTP = Número Total de Partos no mesmo Período

3.7.8 - TAXA DE CESARIANAS (TxCe) (até 15% por Estado)

$$\text{TxCe} = \frac{\text{NPC}}{\text{NTP}} \times 100$$

Legenda:

NPC = Número de Partos Cirúrgicos do período

NTP = Número Total de Partos no mesmo Período

Nota 1. A média no Brasil de cesáreas, em 1999, foi de 24,9%, sendo de 30,1% no Mato Grosso do Sul e de 11,3% no Amapá.

Nota 2. Ver Portaria MS/466 de 14 de junho/2000

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES E ESPECÍFICAS SOBRE ALGUMAS ESPECIALIDADES:

A) HEMATOLOGIA (Hemoterapia + Terapia em Hematologia), considerar:

· A OMS – (Organização Mundial da Saúde) recomenda que se substitua o doador de reposição (parente ou conhecido de quem está em cirurgia), por doador voluntário e habitual; e que se tenha, como meta, o alcance de 3 a 5% da população, como perspectiva para diminuir alguns índices abaixo:

· Na triagem clínica, tem-se como média Brasil que 20% dos doadores são excluídos;

A quantidade de bolsas de sangue coletadas, deve ser igual ao número que vai para sorologia;

· Após a triagem de sorologia, são rejeitados de 9,24% a 16,10% do sangue dos doadores (média Brasil, em 1999 = 11,08%);

· Após cumpridas todas as etapas de coleta e preparo, quando o sangue já está armazenado e pronto para ser usado, os serviços, em média, descartam de 20 a 40% (sangue vencido, lipemia, hemólise, icterícia do plasma, etc.) do material coletado.

A expectativa é de total aproveitamento dos concentrados de hemácias (CH) e que o descarte não ultrapasse 5% das bolsas coletadas.

· O uso terapêutico do plasma, normalmente, não excede a 20% do produzido.

Recomenda-se que o plasma excedente; ou seja os 80%, em média, sejam encaminhados à produção de hemoderivados em laboratórios especializados.

Para o cálculo de quantidades específicas, de acordo com o tipo de unidade, sugere-se seguir as orientações abaixo:

NÚMERO DE BOLSAS DE SANGUE NECESSÁRIAS PARA TERAPIA TRANSFUSIONAL EM UNIDADES HOSPITALARES, POR TIPO DE UNIDADE, NO ANO.

TIPO DE UNIDADE HOSPITALAR	TOTAL DE BOLSAS/LEITO/ANO
Hospital sem UTI e sem Pronto Socorro	3 a 5
Hospital com UTI ou Pronto Socorro	6 a 9
Hospital com UTI e com Pronto Socorro	10 a 15
Hospital com UTI/ Pronto Socorro e Alta Complexidade	16 a 20
Hospital de Referência estadual com Urgência e Emergência/Cirurgia cardíaca	21 a 50

Hospital com leitos de hematologia (hemofilia/hemoglobinopatias/oncologia hematológica)	100
---	-----

Fonte: MS/PPI estaduais –GGCA - ANVISA

Nota 1 Os hospitais que ultrapassarem os limites estabelecidos na tabela, deverão ser avaliados.

B) ODONTOLOGIA:

As metas da OMS para 2000, em países em desenvolvimento, foram:

- No máximo 3 dentes cariados, perdidos ou obturados, por criança de até 12 anos de idade;
- 50% das crianças entre 5 e 6 anos, devem estar livres de cáries;
- 85% dos indivíduos com 18 anos devem apresentar todos os dentes;
- 50% de redução do edentulismo (ausência de dentes), na população entre 35 e 44 anos;
- Redução de 25% no nível de edentulismo na população com 65 anos ou mais.

C) OFTALMOLOGIA:

· Para cirurgias oftalmológicas, calcular 0,57% do total de consultas (não só as oftalmológicas), e deste total, espera-se:

- a) Cirurgias de Catarata: 65%;
- b) Outras cirurgias oftalmológicas: 35%

Para cada cirurgia deve-se calcular, em média, 4 consultas (pré e pós operatório).

Quando instituída a avaliação oftalmológica em escolares, deve-se considerar que, aproximadamente 8% dos consultados, necessitarão de óculos e 5% apresentarão outros problemas oftalmológicos. Estes percentuais podem variar de acordo com as regiões do país.

D) ONCOLOGIA:

De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, estima-se que o câncer acomete de 0,13% a 0,24% da população, anualmente.

Deste total, estima-se que 18% dos casos de Câncer no Brasil, são de pele, não melanótico, de fácil diagnóstico e de baixo custo de tratamento.

· Quimioterapia (QT) e Hormônioterapia (HT):

A estimativa é de que 70% dos doentes de Câncer serão tratados com quimioterapia, em algum momento da evolução da sua doença.

A média/Brasil é de 6 meses de tratamento/paciente; sendo no mínimo 03 e no máximo 30 meses para QT.

Exemplo:

Na prevalência de 0,24% para uma população de 100.000 habitantes:

- Incidência de 240 casos por ano;
- Equivalência de 20 casos (pacientes)/mês;
- 14 casos de quimioterapia/mês (70%)

Para avaliar a relação de procedimentos de QT entre criança e adolescente/adulto, considerando-se 100% dos casos de Câncer totalmente atendidos, utiliza-se como parâmetro a proporção 1/16; ou seja, uma criança ou adolescente para 16 adultos (terminologia utilizada na Tabela de Procedimentos Quimioterápicos do SUS).

As finalidades nos tratamentos oncológicos podem ser: curativa, paliativa, adjuvante ou prévia (neoadjuvante).

Hormonioterapia (exemplos de tratamento):

- Adjuvantes-(Carcinoma de mama) tratamento de 03 a 60 meses (a maioria dos pacientes com tratamento de 2 anos);
- Paliativa – (Carcinoma de mama, endométrio e próstata) de 03 a 120 meses.(a maioria dos pacientes com tratamento de 4 anos).

No carcinoma de mama podem ser usadas até duas finalidades (adjuvante e paliativa), não concomitantes.

No carcinoma de próstata e endométrio com somente a finalidade paliativa.

Na quimioterapia e hormônioterapia adjuvantes há somente uma linha (tipo de esquema terapêutico) de tratamento, enquanto nas paliativas podem ocorrer até 3 linhas terapêuticas.

· Radioterapia:

Estima-se que 60% dos doentes de Câncer serão tratados com Radioterapia em algum momento da evolução da sua doença.

No tratamento com irradiação, o quantitativo mais comum é 54 campos/paciente em 23 dias, o que corresponde à média de 2,3 campos/paciente/dia.

Um paciente pode ser irradiado em até 3 áreas concomitantes.

· Consultas oncológicas:

Referem-se ao número de consultas que qualificam o atendimento, após instituído o tratamento oncológico.

Paciente em tratamento:

· 1 consulta ao mês/quimioterapia

· 1 consulta semana/radioterapia

Paciente pós-tratamento:

· até 6 meses - 1 consulta mensal

· do 7º ao 18º mês -1 consulta trimestral

· do 19º ao 36º mês -1 consulta semestral

· Após o 36º mês -1 consulta anual.

Nota1: Ver Portaria GM/MS nº 3535 de 02/09/98 e DATASUS, www.datasus.gov.br Bases Técnicas para autorização de procedimentos em alta complexidade/APAC Oncologia e SAS w3.saude.gov.br/mweb/homesas.htm - SUS Onco (informe mensal)

E) PATOLOGIA E RADIODIAGNÓSTICO:

Os municípios que não estão desenvolvendo, rotineiramente, ações de controle dos Diabetes, Hipertensão, Pré-natal, etc, deverão programar percentuais de exames inferiores ao mínimo recomendado.

Os percentuais recomendados em Patologia Clínicos de 30% a 50% devem ser empregados pelos gestores que disponibilizam para a população, todos ou quase todos os tipos de exames laboratoriais (grupo 11) e de 5% a 8% para radiodiagnóstico (grupo 13) da tabela do SIA-SUS.

Para o cálculo do número de exames de Densitometria óssea necessário, considerar que no acompanhamento dos casos de osteoporose, recomenda-se um exame anual por paciente.

F) TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (Diálise):

De acordo com estudos sobre os dados da OMS e especialistas da área, estima-se que 40 pacientes/100.000habitantes/ano, necessitarão desta terapia. Este parâmetro aplica-se a países em desenvolvimento e relaciona-se diretamente com a expectativa de vida ao nascer de países ou regiões Após atendida toda a demanda, estima-se o

acrécimo anual, em 10% sobre o número de pacientes dializados (considerados óbitos e pacientes novos).

A PT GM/MS/Nº 82 de 03/01/2000, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes, junto ao SUS, considera o ingresso do paciente no tratamento dialítico, por indicação médica, mediante avaliação clínica e quando o seu exame laboratorial detectar o valor igual ou inferior a 10ml/min para depuração do “clearance” da creatinina.

Os pacientes que apresentarem, no exame, valores maiores, poderão entrar em tratamento com justificativa médica especial, encaminhada ao Gestor do SUS.

O SUS, em 1999 pagou 96% das Diálises em pacientes/Brasil contra 4% financiados por outras fontes.

Dos pacientes em tratamento dialítico no Brasil, em 1999, a distribuição por procedimento, apresentou os seguintes percentuais: Hemodiálise: 90%; CAPD: 7%; DPA: 2% e DPI: 1%.

G) RAZÃO DE ALGUNS RECURSOS HUMANOS POR HABITANTE

- Médico por habitante. 1/1000 hab.
- Médico generalista por habitante - 0,8/1000 hab.
- Médico especialista por habitante - 0,2/1000 hab.
- Odontólogo por habitante. - 1/1.500 a 5.000 hab.
- Enfermeiro - vide nota nº 2
- Equipe do Programa de Saúde da Família - 1/750 a 1000 famílias
- Equipe do Programa de Agentes Comunitários - 1/150 a 250 famílias

Nota 1: Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS): Ver Portaria GM 1.886, de 18/12/97 e subsequentes ou consultar site www.saude.gov.br/sps/.

Nota 2: Para dimensionamento da necessidade de profissionais da área de enfermagem, a Resolução COFEN nº 189/96, dispõe que deverá ser consideradas, entre outras, as características relativas à instituição/empresa; à missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas.

G.1) CAPACIDADE DE PRODUÇÃO, EM CONSULTAS, DE ALGUNS RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE SAÚDE:

Recursos Humanos	Carga Horária Semanal	Atendimentos
Assistente Social	30 horas	03 consultas/hora
Enfermeiro	30 horas	03 consultas/hora
Fisioterapeuta	30 horas	4,4 atendimentos/hora
Médico	20 horas	04 consultas/hora
Nutricionista	30 horas	03 consultas/hora
Odontólogo	20 horas	03 consultas/hora
Psicólogo	30 horas	03 consultas/hora
Psiquiatra	20 horas	03/consultas/hora

Nota 1.: Os dados acima, podem sofrer variações de acordo com convenções sindicais, dissídios coletivos das respectivas categorias profissionais e/ou adoção de políticas de saúde específicas, pelo gestor.

H) AGRUPAMENTOS DEMOGRÁFICOS PARA PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL:

Para programação de ações e serviços de saúde sobre a população, sugere-se elaborar alguns agrupamentos demográficos, variáveis por faixas etárias específicas, raça, sexo, local de residência, etc.

Para programação de Consultas Médicas, por exemplo, poder-se-á utilizar o seguinte agrupamento:

População Menor de 1 ano P aproximadamente 3% da população geral;

População de 1 a 4 anos P aproximadamente 7% da população geral;

População de 5 a 14 anos P aproximadamente 20% da população geral;

População de 15 a 44 anos P aproximadamente 50% da população geral;

População de 45 a 59 anos P aproximadamente 12% da população geral;

Maiores de 60 anos P aproximadamente 8% da população geral;

Nota 1: Os percentuais acima podem sofrer variações decorrentes de fatores tais como: redução da taxa de natalidade; agravos específicos por grupos populacionais, fatores epidemiológicos, etc; portanto, sugere-se avaliar as especificidades locais.

I) SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA:

Segundo Eugênio Vilaça Mendes¹, pode se considerar, que em média, 28% da população, principalmente urbana utiliza o Sistema de Atenção Médica Supletiva – SAMS¹ (Cooperativas, Planos ou Seguro de Saúde); destes, mais de 70% são patrocinados por empresas (total ou parcialmente) e menos de 30%, por opção.

Outro estudo mostra, que em média, os Planos de Saúde têm 1.4 dependentes por plano.

Considerando a abrangência dos contratos, outro estudo mostra que 91,7% dos SAMS¹ (exceto Planos Odontológicos) incluem: consulta, exames complementares e internações hospitalares.

Outro fator quase nunca considerado, é o Sistema de Desembolso Direto - SDD¹ (medicina liberal) que pelo IBGE/PNAD, em 1994 atingia 33,9% da população; em 1996 atingia 29,4% e em 1998, atingia 24,2%, com movimentação financeira semelhante ao SUS e ao Sistema de Atenção Médica Supletiva¹.

Sugere-se, portanto, que ao se definir o perfil assistencial de um determinado município, região, estado, etc. leve-se em consideração a importância de se pesquisar qual, realmente é a população local adstrita ao Sistema de Atenção Médica Supletiva.

J) ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

Segundo a PNAD/IBGE/1999, estimava-se em 112,6 milhões (71,2% da população brasileira), o número de pessoas que tinham um serviço de saúde de uso regular. Dentre os serviços de uso regular, em ordem de importância, apareceram:

Posto ou Centro de Saúde: 41,8%

Ambulatório de Hospitais: 21,5%

Consultório Particular: 19,7%

Ambulatório ou Consultório de Clínica: 8,4%

Pronto Socorro: 4,8%

Farmácia: 2,2%

Ambulatório de Empresa ou Sindicato: 1,5%

Agentes Comunitários: 0,1%

L) PERFIL DE SEGMENTO/ USUÁRIOS SUS POR REGIÃO:

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES ESTRUTURA AGREGADA NA ORDEM DE 3 DÍGITOS					
SUS	Total	Norte/Centro Oeste	Nordeste	Sul	Sudeste
Exclusivo	39%	39%	51%	32%	33%
Frequente	20%	20%	23%	17%	19%
Eventual	21%	16%	13%	31%	26%
Não Usuário	15%	16%	9%	15%	20%
Sem informação	5%	-	-	-	-

Fonte: IBOPE – Pesquisa Nacional com cotas proporcionais (sexo, idade, atividade e localização geográfica). 1998.

¹ MENDES, Eugênio.V.. O Sistema de Saúde no Brasil: Situação Atual e Perspectiva. 1998.

M) NÚMEROS DE LEITOS/HABITANTE/ANO:

a) Os parâmetros de cobertura hospitalar (necessidade de leitos) referem-se aos leitos SUS + os leitos SAMS (Sistema de Atenção Médica Supletiva) + leitos SDD (Sistema de Desembolso Direto);

b) Hospitais locais ou Unidades Básicas de Internações (clínicas básicas: médica, ginecológica, obstétrica, pediátrica) atendido por médico generalista ou especialista nestas áreas, têm como parâmetro, 2 leitos/1000/hab. na área urbana da sede do Município, mais 1 leito/1000hab. na área rural;

c) Hospitais Regionais (Clínicas Básicas mais especialidades consideradas estratégicas e necessárias para a área programática (área geográfica da Programação). O parâmetro de 2 leitos/1000hab. na área urbana da sede, mais 1 leito por 1000hab. na área rural da sede, mais 1 leito/1000hab. nas outras áreas urbanas atingidas, e mais 0,5 leitos/1000hab. nas outras áreas rurais atingidas.

Em conceitos mais recentes, a classificação de hospitais, por porte, (acima de 20 leitos), deve levar em consideração o número de leitos, leitos de UTI, tipos de leitos de UTI, procedimentos de alta complexidade que realiza, se possui atendimento de urgência/emergência, atendimento a gestante de alto risco e quantidade de leitos cirúrgico como itens mínimos de avaliação.

A média Brasil de leitos cadastrados no SIH/SUS/99 / 1.000 habitantes é de 2,57, apresentando a variação de 4,35 no Maranhão e 1,64 no Pará.

Cerca de 86% do total dos leitos hospitalares dos prestadores do Sistema Único de Saúde estão cadastrados no SIH/SUS: (1999).

Quanto aos leitos de U T I, a média Brasil (SIH/SUS) está em torno de 2,64% dos leitos cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul e 0,22% em Rondônia.(1999), segundo a fonte MS/SAS/DECAS/CGCAH/2000-Assistência Hospitalar SUS.

Referências Bibliográficas:

1. BORGES, Delano & MOURA FILHO, José Francisco. Parâmetros para Recursos Humanos para Unidades Médico -Assistenciais. Rio de Janeiro, R.J.: 1980
2. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social.Portaria GM nº 3046. Brasília, DF:1982.
3. BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Manual de Definição dos Indicadores e Parâmetros Médicos Hospitalares. Brasília, D.F.: 1986.
4. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Enfermagem. Contribuição Para um Cálculo de Recursos Humanos. Rio de Janeiro, R.J: 1988.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1158. Brasília, DF:1997.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1230. Brasília, DF: 1998.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3295. Brasília, DF: 1998.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3408. Brasília, DF: 1998
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3535. Brasília, DF: 1998.
10. MENDES, Eugênio.V. O Sistema de Saúde no Brasil. OPAS. Brasil: 1998.
11. BRASIL. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio – PNAD. Brasília, DF: 1998.
12. BRASIL. IBOPE. Pesquisa Nacional com cotas proporcionais (sexo, idade, atividade e localização geográfica. Brasília, DF: 1998.
13. BRASIL. OPAS-OMS. A Saúde no Brasil. Brasília, DF: 1998.
14. USA. OPAS. La Salud em lãs Américas, vol. I e II. Washington, D.C.:1998.
15. BRASIL. OPAS. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil. Brasília, DF: 1998.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 35. Brasília, DF: 1999.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 832. Brasília, DF: 1999.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1327. Brasília, DF: 1999.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados, ANVISA. Brasília, DF: 1999.
20. BRASIL. UFRS. Activity – Based Casting (ABC) (Tese de Mestrado). Porto Alegre, RS: 1999.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 12. Brasília,DF: 2000.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 82. Brasília,DF: 2000.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 466. Brasília, DF: 2000.
24. BRASIL. Gazeta Mercantil, UNICAMP/NEPP. Campinas, SP: 2000.
25. DEL VIGNA, Eugênio, F. Planejamento de um Serviço de Radioterapia. Instituto de Radioterapia do Hospital Belo Horizonte. Belo Horizonte. MG:2000.
26. BRASIL. Gazeta Mercantil, UNICAMP/NEPP, Estudo Francês/Plassais. Campinas, SP: 2000.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. As Condições de Saúde no Brasil – Retrospectiva 79 a 95. Brasília, DF: 2000.
28. BRASIL. Ministério da Saúde/FUNASA. Informe Epidemiológico do SUS, vol. 9, nº 1 e 2. Brasília, DF: 2000.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. O Setor Saúde e o Complexo de Saúde no Brasil, vol. 1 e 2 (pesquisa UNICAMP/NEPP. Brasília, DF: 2000.
30. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Diretrizes Para Reorganização, Reorientação e Acompanhamento da Assistência Oncológica, Rio de Janeiro, R.J.: 2000.
31. USA. OPAS/OMS. Situación de Salud en Las América. Washington, D.C.: 2000.
32. BRASIL. Ministério da Saúde/OPAS/RIPSA.. Indicadores e Dados Básicos – IDB. Brasília, DF: 1997/1998/2000.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. SUS Descentralização. Brasília, D.F.: 2000.
34. SESSO, Ricardo. Inquérito Epidemiológico em Unidades de Diálise/Brasil. SBN. Jornal Brasileiro de Nefrologia, suplemento JBN, 22/6. 2000.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1158. Brasília, DF:2001.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1886. Brasília, DF:2001.
37. BRASIL. IPEA/OPAS. Medindo as Desigualdades de Saúde no Brasil (Monitoramento). Brasília, DF: 2001.
38. BRASIL. Ministério da Saúde/INCA. Estimativas da Incidência de Mortalidade por Câncer no Brasil. Brasília, DF: 2000/2001.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 95. Brasília, DF: 2001.
40. BRASIL. OPAS/OMS/IPEA. Medindo as Desigualdades Em Saúde no Brasil. Brasília, D.F.: 2001.
41. BRASIL. Ministério da Saúde/FUNASA/OPAS. Epidemiologia das Desigualdades de Saúde no Brasil. Brasília, D.F.: 2001.
42. BATISTA, Paulo, Lopes, Antônio & outros. Estudo Epidemiológico Brasileiro sobre Terapia Renal Substitutiva. Patrocínio: Ministério da Saúde & Hospital São Rafael de Salvador. 2001.

ANEXO 2 – FICHA DE OUVIDORIA



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE MARÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



SERVIÇO DE OUVIDORIA

FICHA de ABERTURA

Forma de contato:

Telefone ()	Pessoalmente ()	Correio ()	Fax ()	Internet (x)	Outros ()
--------------	------------------	-------------	---------	----------------	------------

Objetivo da abertura:

Denúncia ()	Queixa ()	Solicitação ()	Sugestão ()	Elogio ()	Outros ()
--------------	------------	-----------------	--------------	------------	------------

FICHA DE ATENDIMENTO:	Nº:
DATA :	HORA:
SOLICITANTE :	
PACIENTE:	DN Tel
ENDEREÇO:	
UNIDADE DE REFERENCIA:	
UNIDADE/SERVIÇO OBJETO DA ABERTURA: A mesma	

DESCRIÇÃO DO ASSUNTO

Conclusão:

NÃO PROCEDE ENCERRADO		
PROCEDE ENCERRADO		
NÃO PROCEDE EM ANDAMENTO		
PROCESSO DE SINDICÂNCIA	SIM	
	NÃO	

À Coordenação da Atenção Básica

A/C

Serviço de Ouvidoria, 18/09/09

Registrado por _____

ANEXO 3 – INSTRUMENTO - OUVIDORIA

Tabela 1 – Dados da Ouvidoria referentes às reclamações por dificuldades de acesso aos níveis de atenção à saúde de maior complexidade. Marília, São Paulo, 2007

VARIÁVEIS	Número	%
a) Motivo da Reclamação		
Total		
b) Origem da Reclamação		
Total		
c) Meses de Ocorrência (janeiro-dezembro)		
Total		
d) Especialidades médicas por freqüência de reclamação		
Total		
e) Exames por freqüência de reclamação		
Total		
f) Acesso após reclamação		
Total		
g) Tipo de reclamação		
Total		
h) Devolutiva ao usuário		
Total		
i) Avaliação da Atenção Básica		
Total		

ANEXO 4 – INSTRUMENTO CENTRAL DE VAGAS (ESPECIALIDADES / EXAMES)

Especialidades/ Exames	Número de novos casos Marília e Outros Municípios no ano de 2007	Demanda reprimida para Marília e Outros Municípios (Dezembro) no ano de 2007	Nº de agendados Marília no ano de 2007	Nº de pessoas que continuam na Espera Marília e Outros Municípios (Dezembro) no ano de 2007	Tempo Médio para suprir a demanda de Marília e Outros Municípios no ano de 2007

ANEXO 5 – EXEMPLO DE CÁLCULO DO TEMPO NECESSÁRIO PARA SUPRIR A DEMANDA DA ESPECIALIDADE , MÊS A MÊS

Neurologia

Mês	Demanda Reprimida Marília e Outros Municípios no ano de 2007	Número de agendados Marília e Outros Municípios no ano de 2007	Número de pessoas que continuam à espera Marília e Outros Municípios no ano de 2007	Nº de novos casos Marília e Outros Municípios no ano de 2007	Tempo para suprir a Demanda de Marília e Outros Municípios Meses (m) Dias (d) No ano de 2007
Jan	1498	363	1135	0	4 m e 4 d
Fev	1272	268	1004	137	4 m e 23 d
Mar	1430	362	1068	426	3 m e 29 d
Abr	1417	342	1075	349	4 m e 4 d
Mai	1472	414	1058	397	3 m e 17 d
Jun	1476	374	1102	418	3 m e 29 d
Jul	1278	299	979	176	4 m e 8 d
Ago	1482	392	1090	503	3 m e 23 d
Set	1610	274	1336	520	5 m e 26 d
Out	1752	349	1403	416	5 meses
Nov	1588	375	1213	185	4 m e 7 d
Dez	2949	268	2681	1736	11 m
Total		4080		5263	58 m e 20 d
Média					4 m e 27 d

ANEXO 6 – APROVAÇÃO DO COMITÊ EM ÉTICA E PESQUISA



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 01 de Abril de 2008

Ilmo(ª) Sr.(ª)
Luciana Rocha De Oliveira
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 104/08, intitulado: "Avaliação do Acesso à Saúde aos Níveis de Atenção de Maior Complexidade no Município de Marília/SP, sob a Ótica da Integralidade", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 31/03/2008, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke, positioned above the printed name.

Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

ANEXO 7 – NÚCLEO DE INFORMAÇÕES (NI)

Tabela 2 – Dados do NI referentes à morbidade ambulatorial do município - Sistema de Informação Ambulatorial Local (SIAL), de acordo com os atendimentos médicos da Atenção Básica de Saúde. Marília, São Paulo, 2007

Morbidades	Nº	%
<hr/>		
<hr/>		
Total		

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)