



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

ADRIELLY CARLOTA DA SILVA LIMA

**Análise do perfil da demanda reprimida de consultas especializadas no
município de Limoeiro-PE.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

ADRIELLY CARLOTA DA SILVA LIMA

**Análise do perfil da demanda reprimida de consultas especializadas no
município de Limoeiro-PE.**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Sanitarista em Saúde Coletiva.

Orientador: Fabiana de Oliveira Silva Souza

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2018

Catalogação na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos, CRB4-2005

L732a Lima, Adrielly Carlota da Silva.

Análise do perfil da demanda reprimida de consultas especializadas no município de Limoeiro-PE./ Adrielly Carlota da Silva Lima. - Vitória de Santo Antão, 2018.

95 folhas.

Orientadora: Fabiana de Oliveira Silva Souza.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2018.

1. Saúde Pública. 2. Regulação e fiscalização em saúde. 3. Assistência à saúde. I. Souza, Fabiana de Oliveira Silva (Orientadora). II. Título.

614.098134 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-124/2018

ADRIELLY CARLOTA DA SILVA LIMA

**Análise do perfil da demanda reprimida de consultas especializadas no
município de Limoeiro-PE.**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Sanitarista em Saúde Coletiva.

Aprovado em:17/07/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Gabriela da Silveira Gaspar (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Adja Kathiany de Lins Tavares (Examinador Externo)
Fisioterapeuta/ Auditora

A Deus por se fazer presente sempre em minha vida, pois sem sua força espiritual não estaria aqui hoje. O que sou hoje é fruto do seu imenso amor.

Aos meus pais José Antônio e Marlete Maria, por sempre está ao meu lado, me dando total força, apoio, confiança e muito amor. Sem vocês não seria o que sou hoje.

Em especial a minha irmã Jennifer Larissa e a minha Avó Marinete Carlota, que são o meu braço direito, e que em todo tempo esteve sempre ao meu lado, me encorajando com suas palavras motivadoras para sempre seguir em busca dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse em minha vida.

A minha querida Orientadora Fabiana de Oliveira Silva Sousa, a qual tenho imensa admiração, irei ser eternamente grata pela total ajuda, apoio, paciência, dedicação e força a mim dada para conseguir concluir meu TCC. Pois além de uma excelente orientadora, foi e será para sempre uma grande amiga.

Aos meus pais, que me apoiaram em todo decorrer da graduação.

A Tia Cida e a Jéssica pela imensa amizade, e por me ajudar quando meu notebook quebrou, se habilitando a ceder os seus. Sem vocês não teria conseguido.

A toda minha família, a qual sempre torceu pelas minhas conquistas.

Aos meus amigos de curso, amigos de trabalho, entre outros amigos que a vida foi me apresentando, que se fizeram peças fundamentais para minha formação acadêmica. Em especial as minhas amigas/irmãs: Ana Vanessa, Ana Carolina, Viviane Raquel, Lilian Serafim, Luanna Arruda, Andresa Carla, Gorethe Moura, Deisy Mary, Rosângela Alves, Rafaelly Lira, Adja Kathiany, Selma Leal, Beth Paiva e Carla Patrícia, vocês são anjos que Deus me deu em formato de amizades.

Ao meu namorado Diego, por está me apoiando sempre, pois sua chega, foi realmente um presente divino.

A minha irmã Jennifer e o meu Cunhado Caio, pela amizade e amor que só vocês sabem me dar.

A todos os meus professores, que compõem o corpo docente do curso Bacharel em Saúde Coletiva, onde compartilharam com seus conhecimentos, contribuindo para meu progresso profissional.

A todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

RESUMO

O acesso à atenção especializada tem sido um dos principais problemas de muitos municípios brasileiros, expresso através da demanda reprimida identificada nesses municípios. O monitoramento das demandas reprimidas se faz necessária para os padrões de qualidade no atendimento que devem ser assegurados como forma de proteção, acolhimento e respeito. Esse estudo teve como objetivo analisar o perfil da demanda reprimida de consultas especializadas no município de Limoeiro-PE. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com uma abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada através da análise documental das fichas de encaminhamento utilizadas pelas equipes de saúde da família para referenciar pacientes para as consultas especializadas. Através da análise dessas fichas, foi alimentado um banco de dados no programa Excel, constituído com as variáveis construídas, onde os dados coletados foram organizados e compilados através do programa Microsoft Excel® 2013, onde foram identificadas 2.156 fichas de encaminhamento em demanda reprimida nas especialidades de dermatologia, cardiologia, neurologia, ortopedista e otorrinolaringologista, onde o público feminino é predominante, representando 65% das demandas solicitadas, com a faixa etária entre 20 à 60 anos. Tendo como principais diagnósticos identificados a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 25,7%, manchas hipercromicas (9,4%), cefaléia frequente 17,7%, artalgia com 24,2%, hipoacusia com 14,3% dos diagnósticos identificados. Entre eles destacando os diagnósticos não identificados, muitas fichas com letra ilegível com 11,3% dos diagnósticos e até sem diagnóstico ou justificativa com 5,8% dos encaminhamentos. Sendo que 28% das fichas analisadas eram de usuários que aguardavam agendamento de consulta há mais de 180 dias. Espera-se que esse estudo auxilie os gestores a compreenderem a importância da identificação precisa das necessidades de referenciamento para atenção especializada, dos casos referências inadequadas e da diminuição do tempo de espera para atendimento.

Palavras-chaves: Demanda em saúde. Regulação e fiscalização em saúde. Assistência à saúde.

ABSTRACT

Access to specialized care has been one of the main problems of many Brazilian municipalities, expressed through the repressed demand identified in these municipalities. The monitoring of repressed demands is necessary for the quality standards in care that must be ensured as a form of protection, reception and respect. This study aimed to analyze the repressed demand profile of specialized consultations in the municipality of Limoeiro-PE. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Data collection was performed through documentary analysis of referral records used by family health teams to refer patients to specialized consultations. Through the analysis of these records, a database was fed into the Excel program, made up of the constructed variables, where the collected data were organized and compiled through the Microsoft Excel® 2013 program, where 2,156 referral files were identified in repressed demand in the specialties of dermatology, cardiology, neurology, orthopedic and otorhinolaryngologist, where the female audience is predominant, representing 65% of the demands requested, with the age group between 20 and 60 years. 25.7%, hyperchromic spots (9.4%), frequent headache 17.7%, arthralgia with 24.2%, hearing loss with 14.3% of the identified diagnoses were identified as the main diagnoses identified as systemic arterial hypertension (SAH). Among them, highlighting the unidentified diagnoses, many records with illegible handwriting with 11.3% of the diagnoses and even no diagnosis or justification with 5.8% of referrals. Being that 28% of the analyzed fiches were of users who waited for appointment schedule for more than 180 days. It is hoped that this study will help managers to understand the importance of accurate identification of referral needs for specialized care, cases of inadequate referrals and shortened waiting times for care.

Keywords: Demand in health. Health regulation and supervision. Health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 Acesso a saúde	10
2.2 Regulação em saúde.....	11
2.3 Demanda em saúde.....	13
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4 METODOLOGIA	16
4.1 Tipo de estudo	16
4.2 Local e período do estudo	16
4.3 Coleta e análise dos dados	16
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	18
5.1 Perfil demográfico da demanda por consultas especializadas	18
5.2 Perfil clínico-assistencial da demanda por consultas especializadas	20
5.3 Tempo de espera para agendamento da consulta especializada	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERENCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Os conceitos, as práticas e finalidades da regulação em saúde surgiram a partir de 2002, quando o Ministério da Saúde do Brasil iniciou o debate sobre os conceitos e as práticas da regulação que, tais como as de controle, avaliação e auditoria, não têm sido uniformes. Regulação em Saúde (RS), um instrumento que possibilita a plenitude das responsabilidades sanitárias, assumidas pelas esferas de governo, onde estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso a Assistência. (BRASIL, 2008). Desse modo a RS não é apenas um instrumento de melhoria do acesso, mas também uma ferramenta de gestão do sistema de saúde.

A prestação de serviços de saúde pode ser vista como uma das muitas variáveis que influenciam as condições de saúde de uma população. Há uma estreita correlação entre ambos, o que nos leva a associar que a garantia do acesso a serviços com qualidade pode influenciar nos resultados ou nos indicadores de saúde de determinada população ou comunidade (BRASIL, 2007). Diante disso a regulação da Assistência (RA) tem como objetivo promover a equidade do acesso, garantir a integralidade da assistência permitindo o ajuste da oferta de acordo com a necessidade do cidadão de forma ordenada, equânime, racional e oportuna. (VILARINS, 2012).

A Central de Regulação (CR) é uma estrutura que comprehende a ação do processo regulatório, sendo o local que recebe as demandas de atendimento, fazendo sua avaliação, processando/agendando, e garantindo o devido atendimento de forma ágil e de qualidade para os usuários do sistema único de saúde SUS (NASCIMENTO, 2009).

Desse modo, destina-se para as centrais de marcação de consultas e serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos o direcionamento da saúde ambulatorial que não tem resolutividade na atenção primária à saúde, ou seja, no encaminhamento do usuário para a consulta com os especialistas de

exames ou procedimentos especializados. Possibilitando ao paciente as melhores alternativas terapêuticas, mesmo em situações de demanda reprimida ou de escassez de recursos do município é necessária a presença de um regulador, onde ele avalia a necessidade do caso pela solicitação médica de determinada consultas a disponibilidade assistencial mais adequada, autorizando a execução dos procedimentos necessários, baseando-se na evidência clínica e na programação pactuada integrada (PPI), se o caso envolver referência municipal (MARCON, 2013).

Diante disso, persistem ainda muitos problemas a serem enfrentados e, portanto, precisa-se entender e aprimorar a natureza dessa regulação aprofundar-se na organização de subsetores, entendendo como se leva o financiamento da oferta desse serviço e suas modalidades assistenciais, visando suas redes. Como exemplo, dentro de uma central de regulação observando a rotina do setor, para a detecção das principais falhas como exemplo: na questão de como se procede ao fluxo das demandas dentro daquele serviço prestado e o perfil dessa demanda.

Nesse contexto, um dos principais problemas relatados na rotina dos serviços especializados e nas centrais de regulação, é a demanda reprimida para algumas especialidades. Onde essa demanda reprimida se dá através do retardamento do atendimento ao paciente vista umas dessas causas a falta de oferta suficiente de determinado exame ou consulta disponibilizados pelo serviço, gerando então uma fila de espera que podem durar meses ou até mesmo anos de espera para o surgimento da vaga, em algumas especialidades.

Considerando que a existência de demanda reprimida dentro de um serviço de saúde se caracteriza como um importante obstáculo para garantia do acesso oportuno aos serviços especializados, é que este estudo se propõe a responder a seguinte pergunta: **Qual o perfil da demanda reprimida de consultas especializadas no município de Limoeiro-PE?**

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Acesso a saúde

A Constituição Brasileira trata a saúde como um direito fundamental, garantindo o acesso universal e igualitário com tratamento integral (BRASIL, 1988). O acesso aos serviços de saúde está definido na Lei Orgânica da Saúde como um dos determinantes e condicionantes da saúde, continuamente com a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer (BRASIL, 1990).

Na atualidade, um dos grandes desafios para que o Sistema Único de Saúde (SUS) funcione efetivamente, perante a lei e conforme as diretrizes e os princípios estabelecidos é a desigualdade de acesso aos serviços de saúde. Visto que a acessibilidade aos serviços de saúde tem relação com vários fatores, como o estilo de vida, educação, aspectos cultural, dimensão geográfica, aspectos econômicos e o funcional, que são aqueles que respondem pela qualidade da oferta dos serviços de saúde (CARVALHO, 2013).

A oferta e demanda nos serviços de saúde é um ator principal se fazendo transformador da realidade e não sendo apenas um condutor do cuidado. Fazendo-se, prioritários arranjos organizativos que colaborem para a oferta de serviços de saúde consonantes às demandas em saúde da população. (ZUCCHI et al., 2000). Portanto as necessidades em saúde, não apenas se refere ao biológico do ser humano, mas também aos seus aspectos sociais, epidemiológico, geográfico, histórico em seu âmbito individual e coletivo.

Nessa perspectiva, vale ressaltar a importância da compreensão da oferta e da demanda dos serviços de saúde, a fim de contribuir na formulação de políticas públicas que possa responder às necessidades da população diminuindo a desigualdade ao acesso nos serviços de saúde (PIRES et al., 2010).

Contudo, ainda há muito que se mudar para promover um acesso igualitário e justo para todos, onde traga como resultado um acesso transformador que atenda as necessidades da população, vendo que a saúde da população não é uma

mercadoria de negociação sendo uma questão de direitos e dever do setor público com essa população.

Portanto, em razão do princípio da eficiência que rege a administração pública, as normas infraconstitucionais que regulam o acesso à saúde, inclusive quando repartem a competência entre os gestores, não ofendem a garantia constitucional de plenitude de acesso e atendimento integral à saúde, não havendo como afastar a sua validade e eficácia, porque emanam de cumprimento do próprio comando constitucional (DRESCH, 2015 p. 7).

Pensando sobre isso se entende que a regulação em saúde como estratégia de saúde para gestão do acesso, ainda é principiante e sendo necessário fazer o enfrentamento de temas mais complexos e estruturantes, como a instigação de entender a natureza dessa regulação, seus avanços e limites, pensando na dimensão da organização do subsetor, o financiamento da oferta de serviços, as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações. (NASCIMENTO, 2009).

2.2 Regulação em saúde

Regulação de Sistemas de Saúde tem como objeto os sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional. Os gestores são responsáveis por operar a regulação desses sistemas, em seus respectivos níveis de atuação, definindo “macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas” (BRASIL, 2008 p.1). Na Portaria GM/MS N° 1.559 de 1º de agosto de 2008 que Institui a Política Nacional de Regulação define no Art. 1º Instituir a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo (BRASIL, 2008).

Onde o Pacto de Gestão do SUS traz importantes mudanças para a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema, destacando o papel fundamental dos entes federados, Municípios, Estados e Ministério da Saúde, para melhoria e qualificação do acesso do cidadão aos serviços de saúde, na busca da universalidade e da integridade, com eficiência, eficácia e efetividade (NASCIMENTO, 2009).

Portanto a regulação em saúde está associada com a função de estabelecer regras, ordens e disciplina na gestão dos aspectos de organização dos fluxos dos pacientes nos diversos níveis de assistência (BRASIL, 2001). As Centrais de Regulação (CR) podem ser de três tipos, conforme a sua área de atuação: central de regulação de urgência, de internações e a de consultas e exames, onde o conjunto de CR forma um complexo regulador.

A função da regulação é compreendida como uma estratégia com estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, visando garantir a assistência integral aos usuários do SUS, sendo um dos instrumentos de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde (NASCIMENTO, 2009).

Visto então que a Central de Regulação é uma estrutura que compete toda a ação do processo regulatório, sendo o local que recebe as demandas das solicitações de atendimento a consultas e serviços especializados, avaliando esses encaminhamentos, processa e agenda, garantindo o atendimento do solicitante. Possibilitando assim o gestor a avaliação a qualquer momento de todas as demandas dos procedimentos que será ser realizado pelo paciente (BRASIL, 2007).

Tendo como fundamento as ações e serviços que a CR presta, pode se notar também a questão de falta de mecanismos sobre a diminuição do absenteísmo de usuários do sistema único de saúde. Uma prática cada vez mais comum no SUS, onde esse não comparecimento na consulta ou exame agendado, acarretando vários problemas, inclusive fazer com que outros pacientes esperem por mais tempo o atendimento, onde o próprio poderia estar ocupando aquela vaga onde houve a falta. Vendo também que esse não comparecimento na consulta ou exame no dia agendado provoca um desequilíbrio na oferta desses procedimentos, gerando uma demanda reprimida daqueles procedimentos.

2.3 Demanda em saúde

A demanda pode ser definida como a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias (IUNES, 1995).

Alguns estudos sobre a oferta e a demanda no setor saúde discutem a problemática das diferenças entre dois fenômenos econômicos que tem impacto na perspectiva das diferenças que podem trazer para a atenção à saúde à população (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000; NORONHA; ANDRADE, 2005; PESSOTO et al., 2007; BARATA, 2008;). A assimetria entre oferta e demanda é um dos fatores que contribui para a complexidade da gestão do SUS, a qual foi percebida desde o momento de sua concepção (NASCIMENTO, 2015).

Para isso, fazem-se prioritários “arranjos organizativos que colaborem para a oferta de serviços de saúde consonantes às demandas em saúde da população, sendo imperativa a reflexão sobre serviços de saúde factíveis que atendam às necessidades em saúde da população de forma efetiva” (ZUCCHI et al., 2000, p 127). Para Stotz (1991, apud SILVA et al., 2003, p.237), “[...] problemas e necessidades de saúde apresentam-se como noções conexas: a necessidade é de algum modo, a tradução de problema em termos operacionais”. As necessidades de saúde estão no nível das necessidades sociais mais gerais. São construídas social e historicamente e espelham as mediações da prática social dos sujeitos, individuais e coletivas que, em interação com o centro da sociedade civil, lutam pela saúde (SOUZA, 2013).

Segundo as afirmações de Baremblitt (1992) onde diz que a demanda é construída a partir de uma oferta, ou seja, ninguém solicita uma demanda de algo que determinado serviço de saúde não esteja oferecendo. Levantando também um segundo ponto que se refere à demanda para um serviço de saúde, é a insatisfação da não realização de alguma necessidade do solicitante, onde acaba procurando outros serviços especializados. Fazendo então o usuário fica dependente desses serviços, acarretando varias solicitações de consultas e exames especializados, onde poderia haver a possibilidade de serem resolvidos certos casos como tratamento de doenças crônicas nas unidades básicas de saúde.

A questão da demanda reprimida se dá por acúmulo de encaminhamentos, onde não se tem vaga o suficiente para encaminhar esses pacientes para atendimento especializado. Nesse sentido, o processo de análise e monitoramento das demandas reprimidas se faz necessária para os padrões de qualidade no atendimento que devem ser assegurados como forma de proteção, acolhimento e respeito. E é nesta garantia que o governo Municipal atua em nome dos seus cidadãos como agente regulador com equidade e integralidade, na busca de resolver esta problemática este fenômeno deve ser mais bem explorado por todos os envolvidos como: usuários, lideranças, mídia, serviços e gestão (SÁ, 2012). Pois, as demandas reprimidas dentro de um serviço de saúde podem se configurar como importante obstáculo para garantia do acesso oportuno.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil da demanda reprimida de consultas especializadas reguladas pela central de regulação do município de Limoeiro-PE.

3.2 Objetivos específicos

- a. Descrever o perfil sociodemográfico e clínico-assistencial da demanda reprimida por consultas especializadas;
- b. Identificar o tempo médio de espera para agendamento das consultas especializadas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo, de corte transversal, com uma abordagem quantitativa.

4.2 Local e período do estudo

Realizado no município de Limoeiro-PE, no período de abril a junho de 2018.

O município de Limoeiro localiza-se a uma distância de 77 quilômetros da capital de Pernambuco. Segundo o seu Relatório Anual de Gestão de 2016, Limoeiro é sede da II Gerência Regional de Saúde, e tem um contingente populacional de 56.203 habitantes, distribuídos 80,4% na zona urbana e 19,6% em zona rural. A concentração populacional encontra-se na faixa etária entre 20 e 59 anos (LIMOEIRO, 2016).

4.3 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados se deu através da análise documental das fichas de encaminhamento utilizadas pelas equipes de saúde da família para referenciar pacientes para as consultas de otorrino, cardiologista, ortopedista, dermatologista e neurologista. As especialidades escolhidas foram as que apresentaram maior demanda reprimida.

As fichas de encaminhamento preenchidas com as solicitações de consultas especializadas são enviadas pelas unidades de saúde para central de regulação municipal, onde ficam armazenadas em pastas específicas de cada unidade. A coleta de dados foi realizada no mês de abril e maio/2018 e utilizou as fichas de encaminhamento que estavam armazenadas na central de regulação nesse período, independente da data de seu preenchimento.

Através da análise dessas fichas, se criou um banco de dados no programa Excel, constituído com as variáveis construídas a partir do conteúdo das fichas de encaminhamento ao especialista.

Variáveis Individuais

- a) Sexo: entendido como o sexo referido na ficha de encaminhamento.
- b) Faixa Etária: calculada a partir da data de nascimento referida na ficha de encaminhamento.

Variáveis do Serviço

- a) Data da solicitação: Dia e mês que a ficha de encaminhamento foi preenchida.
- b) Diagnóstico Inicial: entendido como o diagnóstico ou a hipótese diagnóstica identificada pelo médico da ESF na ficha de encaminhamento ao especialista.
- c) Tempo de espera: Calculado a partir da subtração entre a data da coleta de dados da ficha e a data de solicitação da consulta.

Os dados coletados foram organizados e compilados através do programa Microsoft Excel® 2013, e os resultados analisados de forma descritiva a partir das diferenças observadas entre as proporções obtidas.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No período em que os dados foram coletados, identificaram-se 2.156 fichas de encaminhamento para consultas de cardiologia, dermatologia, neurologia, otorrinolaringologia e ortopedia. Essas cinco áreas especializadas foram escolhidas para fazer parte deste estudo por serem consideradas (pela gestão do município) como as especialidades que apresentam maior demanda reprimida. Essas fichas estavam armazenadas na central de marcação do município, aguardando o agendamento das consultas.

Os dados foram sistematizados e analisados descritivamente e os resultados serão apresentados e discutidos de acordo com os objetivos específicos desse estudo.

5.1 Perfil demográfico da demanda por consultas especializadas.

As especialidades com maior número de encaminhamentos foram dermatologia (25,7%), cardiologia (20,4%) e neurologia (19,8%). Achado semelhante foi identificado no estudo de Silva e colaboradores (2017, p. 1114) cujos resultados apontaram as especialidades de cardiologia, dermatologia, ortopedia e otorrinolaringologia apresentavam oferta insuficiente de consultas na área estudada.

Em todas as especialidades analisadas, o público feminino é predominante, chegando a representar mais de 65% da demanda por atenção especializada. A especialidade com maior percentual de homens demandando assistência foi a otorrinolaringologia, chegando a 35% do total de fichas.

Diante da tabela 1, mostra o percentual de sexo por especialidade médica, diante ao período ao qual o estudo foi realizado:

Tabela 1 – Quantitativo de usuários que demandaram consulta especializada segundo sexo e especialidade médica, 2018.

	SEXO				Total	
	F		M			
	N	%	N	%		
Neurologia	292	68,5	134	31,5	426 19,8	
Ortopedia	231	71,7	91	28,3	322 14,9	
Cardiologia	293	66,4	148	33,6	441 20,4	

Dermatologia	398	72,0	155	28,0	553	25,7
Otorrinolaringologia	269	65,0	145	35,0	414	19,2
Total	1483	68,8	673	31,2	2156	100

Fonte: LIMA, 2018.

Vários estudos identificam que as mulheres procuram mais os serviços de saúde, mostrando mais interesse com a sua saúde (MENEGAZZO; PEREIRA; VILLALBA, 2010; SANTOS et al., 2007). Geralmente, as mulheres possuem maior interesse por sua saúde e utilizam o mesmo serviço com maior regularidade (PINHEIRO et al., 2002). É mais comum entre as mulheres a percepção de um estado de saúde como regular ou ruim e relato de morbidades crônicas ou limitação de atividade por motivo de saúde (REIS et al., 2012).

A baixa procura dos homens pelos serviços de saúde pode estar relacionada à aspectos culturais tais como: percepção sobre a vida, o adoecimento e a saúde; e às questões referentes à organização e oferta dos serviços de saúde, como a limitação do horário de atendimento (ALVES et al., 2011). Outro estudo aponta que as principais causas da ausência masculina nos serviços de saúde se dão por vergonha da exposição do corpo perante o profissional, e o medo da descoberta de alguma doença grave, citando que, o não conhecimento da patologia por parte do usuário é um fator de “proteção” do homem (GOMES, 2007).

De acordo com a tabela, é apresentado o perfil de faixa etária a qual mais foi solicitado atendimento especializado dentro das cinco especialidades em evidencia.

Tabela 2 – Perfil de faixa etária dos usuários que demandaram consulta especializada, 2018.

Faixa etária	Neurologia		Ortopedia		Cardiologia		Dermatologia		ORL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 --- 1 ano	1	0,2	5	1,6	2	0,5	9	1,6	7	1,7
1 --- 5 anos	1	0,2	10	3,1	1	0,2	21	3,8	36	8,7
5 --- 10 anos	5	1,2	1	0,3	2	0,5	27	4,9	43	10,4
10 --- 20 anos	48	11,2	14	4,3	23	5,2	84	15,2	41	9,9
20 --- 40 anos	12		58	18,0	81	18,4	172	31,1	94	22,7
40 --- 50 anos	4	29,0	76	23,6	88	20,0	82	14,8	52	12,6
50 --- 60 anos	56	13,1	104	23,6	69	23,6	55	12,5	55	13,3
	58	13,6	66	20,5						

60 -- 70 anos	72	16,8	63	19,6	75	17,0	46	8,3	38	9,2
70 anos e mais	63	14,7	29	9,0	65	14,7	43	7,8	48	11,6
Total	8	100,0	322	100	441	100	553	100	414	100

Fonte: LIMA, 2018.

É possível identificar que a faixa etária dos demandantes de consultas especializadas. Nas especialidades de Otorrinolaringologia (ORL), neurologia e dermatologia a faixa etária que predominou foi de 20 a 40 anos que atingiu 22,7%, 29% e 31%, respectivamente. Na área de ortopedia e cardiologia, prevaleceram as faixas etárias de 40 a 59 anos, representando 44% e 43,6%, respectivamente.

Em todas as especialidades, a maior parte da demanda é constituída por adultos. Esses resultados diferem do que é apontado por Giovanella (2011) quando afirma que a ida aos serviços de saúde no Brasil, se dá, principalmente, na idade mais avançada, pois são sujeitos mais vulneráveis aos gastos médicos, por conta da fragilidade orgânica do próprio usuário.

5.2 Perfil clínico-assistencial da demanda por consultas especializadas

Na análise dos diagnósticos ou justificativas dos encaminhamentos para as consultas especializadas, identificou-se que para a especialidade de cardiologia os principais diagnósticos identificados foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e solicitações de parecer cardiológico com 25,7% e 13,4%, respectivamente. Já na especialidade de dermatologia predominou a demanda de usuários com diagnósticos de manchas hiperpigmentadas (9,4%), seguida de manchas cutânea (8,9%). Em neurologia, 17,7% dos encaminhamentos foram motivados por cefaléia frequente, seguida com 12,5% de solicitações de retorno ao especialista (sem especificar a doença de base). Para ortopedia predominou o diagnóstico de artalgia com 24,2% dos casos e na otorrinolaringologia, a principal causa foi hipoacusia com 14,3% dos diagnósticos identificados.

Fazendo então uma análise criteriosa pode-se perceber a existência de muitas fichas com letra ilegível com 11,3% dos diagnósticos e até sem diagnóstico ou justificativa com 5,8% dos encaminhamentos. Esses fatores impedem a análise

de necessidades que a central de marcação do município pode fazer, para priorizar os casos que apresentam maior gravidade clínica, dificultando o acesso oportuno e equânime daquels que mais precisam.

A identificação das principais causas de encaminhamento para atenção especializada é um achado bastante relevante para subsidiar a avaliação da adequação do perfil dessa demanda para atenção especializada e pode se constituir em importante critério de aferição da resolutividade da atenção primária a saúde (CONILL, 2011). O caso da cardiologia e da neurologia podem ser utilizados como exemplo.

Na cardiologia, a principal causa de encaminhamento foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que é uma doença que pode ser controlada na atenção primária a saúde, a partir da articulação de um conjunto de ações de cuidado que vão desde a promoção a saúde até tratamento medicamentoso e orientação nutricional (BRASIL, 2013). Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (BRASIL, 2013). Na área de neurologia, a primeira causa de encaminhamento é cefaléia frequente (17,7%) e a terceira causa é cefaléia (8,1%). Estudo realizado por referenciados por conta de cefaleia. O referido estudo chega a afirmar Finkelsztejn (2009, p.739) identificou que “os pacientes com queixas neurológicas são mal encaminhados para o atendimento especializado”, onde foi visto que 41,7% dos casos não precisava ser referenciado ao especialista e 32,2% haviam sido que muitos desses casos encaminhados ao neurologista “poderiam ser resolvidos na própria APS, através de melhor capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem dos problemas mais prevalentes”. Elevados tempos de espera tem se constituído num problema comum em sistemas públicos de saúde com consequências importantes para sua qualidade (CONILL, 2011). Ressalta ainda que o avanço no monitoramento da qualidade do sistema de saúde, diz respeito ao enfrentamento de uma utilização de serviços com pouca eficiência na atenção primária à saúde.

Na tabela 3 mostra os tipos de diagnósticos com maior frequência por especialidade.

Tabela 3 – Tipos de Diagnósticos por área especializada, maio de 2018.

DIAGNÓSTICO	N	%
CARDIOLOGIA		
HAS	126	25,7
PARECER CARDIOLÓGICO	66	13,4
HAS DESCONTROLADA	42	8,6
ARRITMIA	42	8,6
LETRA ILEGÍVEL - PROFISSIONAL SOLICITANTE	39	7,9
NI	26	5,3
OUTROS	150	30,5
TOTAL	491	100,0
DERMATOLOGIA		
MANCHAS HIPERCROMÍCAS	59	9,4
MANCHA CUTÂNEA	57	9,1
ACNE	53	8,5
DERMATITE	39	6,2
LETRA ILEGÍVEL - PROFISSIONAL SOLICITANTE	96	15,3
NI	41	6,5
OUTROS	282	45,0
TOTAL	627	100,0
NEUROLOGIA		
CEFALÉIA FREQUENTE	92	17,7
RETORNO	65	12,5
CEFALÉIA	42	8,1
ENXAQUECA	37	7,1
PERDA DE MEMÓRIA	31	6,0
LETRA ILEGÍVEL - PROFISSIONAL SOLICITANTE	58	11,2
NI	26	5,0
OUTROS	169	32,5
TOTAL	520	100,0
ORTOPEDIA		
ARTRALGIA	95	24,2
LOMBALGIA	50	12,7
DOR NAS COSTAS	37	9,4
ARTROSE	24	6,1
LETRA ILEGÍVEL - PROFISSIONAL SOLICITANTE	55	14,0
NI	27	6,9
OUTROS	105	26,7
TOTAL	393	100
OTORRINOLARINGOLOGIA		
HIPOACUSIA	71	14,3
OTITE	49	9,9
RINITE	25	5,0
ZUMBIDO	25	5,0
LABIRINTITE	20	4,0
LETRA ILEGÍVEL - PROFISSIONAL SOLICITANTE	38	7,7
NI	27	5,4
OUTROS	241	48,6
TOTAL	496	100,0

Fonte: LIMA, 2018.

5.3 Tempo de espera para agendamento da consulta especializada

Diante das amostra identificadas no presente estudo, a tabela 4 mostra o tempo de espera a qual o usuário, aguarda para se ter um atendimento especializado.

Tabela 4 – Tempo de espera por área especializada, 2018.

Tempo de espera	Especialidade										Total	
	Neurologia		Ortopedia		ORL		Cardiologia		Dermatologia			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
0 --- 30 dias	4	0,9	6	1,8	6	1,4	10	2,2	2	0,4	28	1,3
30 --- 60 dias	57	13,2	96	29,0	65	15,4	131	29,2	111	19,8	460	20,9
60 --- 90 dias	39	9,0	71	21,5	65	15,4	89	19,9	93	16,5	357	16,3
90 --- 120 dias	40	9,3	49	14,8	59	13,9	82	18,3	73	13,0	303	13,8
120 --- 150 dias	21	4,9	30	9,1	38	9,0	36	8,0	41	7,3	166	7,6
150 --- 180 dias	46	10,6	51	15,4	50	11,8	41	9,2	77	13,7	265	12,1
≥ 180 dias	225	52,1	28	8,5	140	33,1	59	13,2	165	29,4	617	28,1
	432	100,0	331	100,0	423	100,0	448	100,0	562	100,0	2196	100,0

Fonte: LIMA, 2018.

Analisando os dados da tabela 4, verifica-se que o tempo de espera para agendamento das consultas especializadas é bem grande em todas as especialidades estudadas, onde um total de 28% das fichas analisadas eram de usuários que aguardavam agendamento de consulta há mais de 180 dias.

Dentre as especialidades, o tempo de espera é maior na área de neurologia, otorrinolaringologia e dermatologia onde, respectivamente, 52%, 33% e 29,4% dos usuários aguardam agendamento de uma consulta especializada num período igual ou maior a seis meses de espera.

Uma das causas mais prováveis para esse longo tempo de espera por um atendimento, é a baixa oferta de vagas disponibilizadas. Silva, et al (2017, p. 1114) ressaltam, que a oferta insuficiente de consultas com os especialistas faz com que os gestores encontrem muita dificuldade para garantir o acesso à sua população. Tais fatores apresentam como consequência um campo aberto para as demandas reprimidas em serviços de saúde especializados.

Segundo Cavalcanti (2018, p. 186), essa oferta limitada na rede assistencial de consultas e exames está relacionada a decisões predominantes de nível político-econômico da gestão da saúde e representa a primeira barreira de acesso, na dimensão definida como disponibilidade que “constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário” (SANCHEZ, 2012, p.261). A oferta insuficiente de consultas especializadas acarreta uma grande dificuldade aos gestores, ocasionando a não garantia de acesso integral e oportuno aos serviços de saúde especializados a sua população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou o perfil das demandas reprimidas de cinco especialidades médicas no município de Limoeiro-PE. A questão da demanda reprimida se dá por acumulo de encaminhamentos, onde não se tem suficiência de vagas para garantir o atendimento especializado dos pacientes referenciados pelas equipes que atuam na atenção primária a saúde.

No sentido de resposta dos objetivos proposto neste trabalho, identificou-se no período em que os dados foram coletados 2.156 fichas de encaminhamento em demanda reprimida nas especialidades de dermatologia, cardiologia, neurologia, ortopedista e otorrinolaringologista, onde o público feminino é predominante, representando 65% das demandas solicitadas, com a faixa etária entre 20 à 60 anos. Tendo como principais diagnósticos identificados a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 25,7%, manchas hiperchromicas (9,4%), cefaléia frequente 17,7%, artalgia com 24,2%, hipoacusia com 14,3% dos diagnósticos identificados. Entre eles destacando os diagnósticos não identificados, muitas fichas com letra ilegível com 11,3% dos diagnósticos e até sem diagnóstico ou justificativa com 5,8% dos encaminhamentos. Sendo que 28% das fichas analisadas eram de usuários que aguardavam agendamento de consulta há mais de 180 dias.

Ficou evidente que o monitoramento das demandas reprimidas se faz necessário para subsidiar a tomada de decisão dos gestores em relação a estratégias de melhoria da resolubilidade da atenção primária a saúde e suficiência de oferta para atenção especializada. Ou seja, precisa-se de investimentos na atenção a saúde como um todo, pois se houver uma atenção maior na atenção básica, as resolutividades se apresentaram com maior visibilidade tanto na regulação em saúde, como no sistema como todo.

Espera-se que esse estudo auxilie os gestores a compreenderem a importância da identificação precisa das necessidades de referenciamento para atenção especializada, dos casos referências inadequadas e da diminuição do tempo de espera para atendimento. O cuidado com esses aspectos pode colaborar para uma atenção mais integral e equânime ao usuário do SUS.

REFERENCIAS

- ALVES, R. F; et al . Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2018.
- ASSIS, M.; JESUS, W. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise **Revista Científica Ciência & Saúde Coletiva**, Bahia, v.17, n. 11, nov 2012.
- BITTAR, O. et al. **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo**. São Paulo: BEPA, 2016
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**—Brasília: CONASS, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
- BRASIL. LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Portaria N° 1.559, de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2013.
- CAVALCANTI, R.A; ET.al. desafios da regulação assistencial na organização do sistema único de saúde. **Revista brasileira de ciências de saúde**. Recife, v.22, n.2. p. 181- 188 , 2018.
- CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir

do sistema nacional de saúde espanhol. **Ciência saúde coletiva**, Santa Catarina, v.16, n.6, p.2783-2794,2011.

DRESCH, R. o acesso à saúde pública e a eficácia das normas de regulação do sus. BRASÍLIA: CONASS, 2015.

FINKELSTEJN, A;et al.. Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n 3, p. 731-741, 2009.

FRANCO, T.B. ; MERHY, E.E. Produção Imaginária da Demanda In **Construção Social da Demanda**; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

GIOVANELLA.L, TRAVASSO.C, CASTRO.M Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. v.2 p.183-205, 2012.

GOMES.R; NASCIMENTO. E; ARAÚJO. F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.565-574, 2007.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. (Orgs) **Economia da Saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA; 1995.

MARCON, CÁTIA DE LURDES FERREIRA. Implementação do Sistema de Regulação (SISREG) para o Agendamento de Consultas e de Exames Especializados no Município de Garopaba. In: PEREIRA. Maurício Fernandes et al. (Org.). **Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis, p. 07-16, 2013.

MENEGAZZO, I. R.; PEREIRA, M. R.; VILLALBA, J. P. Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. **J Health Sci Inst.**, Campinas, v.28, n. 4, p. 348-351, 2010.

NASCIMENTO, A. Análise da oferta e da demanda por serviços de saúde de um território sanitário como contribuição para a atenção e gestão em saúde **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. São Paulo, v. 4, n. 2. p.73-86 2015.

NASCIMENTO, A. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare enferm**, v.14, n 2, p. 346-352, 2009. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/15628/10399>> Acessado em: 20 nov. 2017.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Revista Panamerica Salud Publica**, Belo Horizonte v. 17, n. 6, p. 410-418, 2005.

PAULA, A. **Regulação O que é? Para que serve**. Coordenadoria de Controle, Regulação e Avaliação, Salvador, Ed. 2010. Disponível em <http://www.inovarh.ufba.br/pub/publicacao/Regulacao_Medica_26-05-2010.pdf> acessado em: 20 nov.2017.

- PINHEIRO, R. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência&saúdecoletiva**, Belo Horizonte, v.15. p. 1009-1019, 2009.
- REIS, D. C. et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, 2012.
- SÁ, M.V.H.M. **Plano de Intervenção para Reduzir as Faltas dos Usuários ao Atendimento Especializado**. - Recife: [s.n.], 2012.
- SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- SANTOS, F. A. S. et al. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 14, n.3, p.50-54, 2007.
- SANTOS, R. et al. (Coord.) **Regulação em Saúde**. Brasília: Editora, 2016.
- SILVA, C. ET AL. Dificuldades de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1109-1120,2017.
- SOUSA, F. ET.AL Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 19, n. 4, p.1283-1293, 2014.
- SOUZA, C.R; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2,p.393- 413 2013.
- VERBRUGGE, L.M. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of Health and Social Behaviour**, California, v.30 , p. 282-304, 1989.
- VILARINS, G.C.M.; S.H.E.; G.M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.
- ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Socied.**, São Paulo,v. 9, n. 2 p. 124-47, 2000.