

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA, CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO
HOSPITALAR**

Roseane Alves da Costa Lima

**AS ESPECIALIDADES NO SUS:
o tempo de espera por atendimento dos usuários da UBS do
Comasa/Joinville-SC**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JOINVILLE, 2013.

Roseane Alves da Costa Lima

**AS ESPECIALIDADES NO SUS:
o tempo de espera por atendimento dos usuários da UBS do
Comasa/Joinville-SC**

Trabalho de Conclusão de Curso Submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientador: Profa. Ms. Andrea Heidemann.

JOINVILLE, 2013.

L732 Lima, Roseane Alves da Costa
As especialidades no SUS: o tempo de espera por atendimento dos usuários da UBS do Comasa / Joinville-SC / Roseane Alves da Costa Lima. Joinville, 2013.

50 p. : 21,5 cm.

Monografia (Trabalho de conclusão de curso) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2013.

“Orientador: Profa. Ms. Andrea Heidemann.”

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) 2. Instituições de saúde pública – Lista de espera I. Título.

CDD 362.110981

**AS ESPECIALIDADES NO SUS:
o tempo de espera por atendimento dos usuários da UBS do
Comasa/Joinville-SC**

Roseane Alves da Costa Lima

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, ____ de _____ de 2013.

Banca Examinadora:

Profa. Ms. Andrea Heidemann
Orientadora
(IF-SC)

Profa. Ms. Josiane Steil Siewert(IF-SC)

Profa. Joseane Stromberg
(IF-SC)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à todas as pessoas interessadas na área da saúde com o objetivo de contribuir com melhorias.

Pois o curso tecnólogo em gestão hospitalar nos orienta a instigar o mundo da área da saúde que é tão abrangente e delicado, ao encontro de um modelo inovador de gestão, abrindo novos horizontes. Podendo proporcionar a satisfação de seus clientes, com resultados satisfatórios. E como a saúde é fundamental para a nossa sobrevivência, estamos diante de um dilema, fazer o melhor em prol da vida, tratando os seus semelhantes de forma correta, justa, ética e principalmente humana.

O trabalho em equipe é fundamental ao alcance de metas, e na saúde não seria diferente, pois se todos trabalhando juntos com o mesmo objetivo, o serviço fluirá naturalmente.

O gestor hospitalar deve promover um ambiente harmônico e satisfatório, onde todos consigam desenvolver seu potencial.

Se cada um ao ler essas palavras ter o mesmo objetivo que o meu, já foi válido de um trabalho dedicado ao desenvolvimento da área da saúde. Mas para isso é preciso uma visão ampla de tudo em sua volta, com o foco na qualidade e com estratégias inovadoras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, por poder proporcionar-me esse curso de gestão hospitalar, e poder evoluir profissionalmente, mas principalmente como ser humano.

A meus pais que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando, me apoiando, me auxiliando e sempre acreditaram em mim, me valorizando tanto quanto.

Agradeço a minha família que também esteve ao meu lado, contribuindo para o meu crescimento profissional.

Agradeço a minha orientadora, que sempre me apoiou, e teve paciência ao longo desse trabalho de conclusão de curso. Também meus agradecimentos vão para a bibliotecária Angela, que me ajudou em meu trabalho.

A cada dificuldade encontrada me tornei mais forte e resistente, aos declínios desse mundo, que é tão complexo, mas não totalmente impossível de ser e estar com os princípios que eu acredito.

Obrigada a todos que acreditam em mim, e estiveram ao meu lado.

EPÍGRAFE

Será preciso, contudo, ser cauteloso com aquilo que fizer, e no que acreditar; é necessário que não tenha medo da própria sombra, e que aja com equilíbrio, prudência e humanidade, de modo que o excesso de confiança não o torne incauto, e a desconfiança excessiva não o faça intolerante.

(Nicolau Maquiavel)

Procure ser uma pessoa de valor, em vez de procurar ser uma pessoa de sucesso. O sucesso é consequência.

(Albert Einstein)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde no Brasil vem apresentando ao longo dos anos avanços consideráveis no atendimento a população brasileira. Porém alguns desafios ainda estão colocados. Um deles é a relação dos serviços ofertados e a demanda a ser atendida. Esta ineficiência do serviço tem ocasionado uma espera longa por alguns serviços como as consultas especializadas. O presente trabalho baseia-se na pesquisa realizada na UBS do bairro Comasa em Joinville/SC, que tem como objetivo mapear qual é o tempo de espera dos usuários por consultas especializadas através dos dados contidos no SISREG. Em nossa análise constatou-se que esta espera pode chegar a mais de três anos, trazendo consequências sérias tanto para o usuário que não tem seu acompanhamento de saúde garantido conforme a Constituição de 88; quanto para a própria rede de atendimento que não consegue manter o fluxo necessário, ocasionando procuras repetidas a atenção básica sem resolutividade dos problemas. Foi esse motivo que nos levou a buscar por uma resolutividade nessa rede que é tão carente de especialidades, e consequentemente buscamos estudar qual a melhor maneira de ao menos amenizá-lo.

A pesquisa aqui feita tem como objetivo identificar qual é o tempo que os usuários aguardam por consultas especializadas a partir do encaminhamento feito pelo profissional da atenção básica em nosso campo de estágio. A metodologia que utilizamos foi a pesquisa quantitativa através da tabulação e análise dos dados retirados do SISREG (Sistema Regional de Regulação).

Palavras-chave: Saúde, Gestão, Fila de espera.

ABSTRACT

The Health System in Brazil has shown over the years considerable progress in meeting the Brazilian population. But some challenges are still posed. One is the list of services offered and the demand to be met. This inefficiency of service has caused a long wait for some services such as specialist consultations. This study is based on research conducted at UBS Comasa in Joinville / SC, which sought to map what is the waiting time for specialist consultations of users through the data contained in SISREG. In our analysis we found that this delay can reach over three years, bringing serious consequences both for the user who does not follow his health guaranteed under the Constitution of 88, and for its own service network that cannot keep required flow, causing repeated searches basic attention without solving the problems. It was this reason that led us to seek a resoluteness that network that is so lacking in skills, and consequently seek to study how best to at least mitigate it.

The research done here is to identify what is the time users wait for specialist appointments from the routing done by the primary care professional in our field internship. The methodology we used was quantitative research through the tabulation and analysis of data from the SISREG (Regional Regulatory System).

Keywords: Health, Management, Queue.

LISTA DE FIGURAS

	P.
FIGURA Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS.....	24

LISTA DE QUADROS

		P.
QUADRO	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico...	26

LISTA DE GRÁFICOS

	P.
GRÁFICO 1	Oftalmología Adulto..... 35
GRÁFICO 2	Cirugía Ginecológica..... 36
GRÁFICO 3	Ortopedia Adulto..... 36
GRÁFICO 4	Reumatología..... 37
GRÁFICO 5	Neurología..... 37
GRÁFICO 6	Oftalmología Pediátrica..... 38
GRÁFICO 7	Otorrinolaringología..... 38
GRÁFICO 8	Cirugía Vascular..... 38
GRÁFICO 9	Proctología..... 39
GRÁFICO 10	Psiquiatría Adulto..... 39

LISTA DE SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadorias
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina
DSP	Departamento de Saúde Pública
ESP	Escola de Saúde Pública
GEABS	Gerência Executiva da Atenção Básica em Saúde
HU	Hospital Universitário
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado de Santa Catarina
SISREG	Sistema Regional de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

	P.
1	INTRODUÇÃO..... 15
1.1	Objetivo Geral..... 15
1.2	Objetivos Específicos..... 16
1.3	Problema..... 16
1.4	Justificativa..... 16
2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: uma breve aproximação com a sua história..... 18
2.1	SUS: avanços, conquistas e desafios..... 20
2.2	Níveis de Proteção à Saúde..... 23
2.3	Atenção Primária à Saúde..... 24
2.4	Atenção Secundária à Saúde..... 26
2.5	A Atenção à Saúde Terciária..... 27
3	METODOLOGIA..... 29
3.1	Caracterização do campo de pesquisa..... 29
3.1.1	Secretaria Municipal de Saúde de Joinville..... 29
3.1.2	Unidade Básica de Saúde Comasa..... 31
3.2	Apresentação dos dados..... 34
3.3	Análise dos dados..... 39
4	CONCLUSÃO..... 44
	REFERÊNCIAS..... 46

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS) tem vivenciado desde a sua criação, consideráveis avanços. Porém alguns desafios também são colocados, como a oferta de serviços de acordo com a demanda apresentada.

Durante o período de nosso estágio na Unidade Básica de Saúde, no bairro Comasa em Joinville/SC, uma das questões que nos chamou a atenção foi o tempo aguardado pelos usuários da atenção básica, onde os mesmos são encaminhados para atendimentos especializados, por consultas médicas.

Apesar de saber que existia um grande período de espera, estes dados não eram quantificados, por isso a equipe não tinha clareza do tempo de espera em cada especialidade. Esta questão nos trouxe inquietações que nos levaram a realizar uma pesquisa que apresentaremos neste trabalho de conclusão de curso.

A pesquisa aqui feita tem como objetivo identificar qual é o tempo que os usuários aguardam por consultas especializadas a partir do encaminhamento feito pelo profissional da proteção básica em nosso campo de estágio. A metodologia que utilizamos foi a pesquisa quantitativa através da tabulação e análise dos dados retirados do SISREG (Sistema Regional de Regulação).

Para o desenvolvimento desta pesquisa optou-se por dividi-lo em três momentos: no primeiro momento o uma revisão bibliográfica acerca da evolução da política pública de saúde no Brasil, no segundo, o reconhecimento da instituição pesquisada e por fim a apresentação dos dados e as considerações finais.

1.1 Objetivo Geral

Analisar o tempo de espera dos usuários por atendimento especializados na UBS do bairro Comasa/Joinville/SC.

1.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar o tempo aguardado pelos usuários da UBS do bairro Comasa, em Joinville, por consultas especializadas;
- b) Verificar quais as especialidades com maior tempo de espera dos usuários do SUS na UBS do bairro Comasa, em Joinville.

1.3 Problema

Qual o tempo de espera dos usuários do SUS por atenção especializada na UBS do bairro Comasa em Joinville/Santa Catarina?

1.4 Justificativa

A Constituição de 1988, através do princípio da universalidade, garante a todo cidadão brasileiro o direito à saúde. Porém, passamos mais de 20 anos da efetivação do Sistema Único de Saúde ainda observamos sérios desafios na concretização deste direito. Mas para que todos possam ser atendidos de forma integral, esses desafios devem ser estudados, analisados e potencialmente corrigidos. E uma das formas de buscarmos as correções, é conhecendo a realidade vivenciada pelos usuários dos serviços na luta diária para garantia de uma saúde pública e de boa qualidade.

Os estudos realizados ao longo do estágio obrigatório na Unidade Básica de saúde do bairro Comasa em Joinville, durante os meses de março a abril de 2012, nos aproximaram da realidade enfrentada pelos usuários, daquela região. Conhecer a realidade local é ter o compromisso com a cidadania, e exigir os direitos dos cidadãos, podendo intervir nesse contexto. Saber entender a deficiência dos usuários é conhecer que há algo para

modificar, e poder contribuir de alguma forma, com a área da saúde.

Diante da experiência vivenciada neste importante espaço de atendimento da saúde pública e do acesso a dados a respeito do tempo de espera dos usuários por serviços especializados, nos levaram a intervir neste estudo que certamente contribuirá para reflexões, debates e possíveis mudanças de procedimentos que facilitarão o acesso dos cidadãos da referida comunidade, e a estes serviços que consideramos essenciais para a qualidade de vida da população.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS NO BRASIL: uma breve aproximação com a sua história

Na Europa em meados do século XIX houve um aumento acelerado da industrialização e urbanização, com grande número de fábricas e conseqüentemente aglomeração humana nas cidades na busca por emprego e melhores condições de vida. Dentro dessa realidade mais possivelmente da classe pobre, as condições de vida ficam precárias, originando um quadro de epidemias, impulsionando a classe operária a pressionar o Estado surgindo correntes de pensamento e originando o socialismo. Isso refletiu também no Brasil, onde a desigualdade no acesso aos serviços eram constantes, e a cura de doenças eram realizadas por instituições de caridade sustentadas pela igreja e por doações, ou por médicos que atendiam apenas aqueles que podiam pagar por seus serviços, não fazendo parte do Estado a assistência. (WAGNER,1997).

Publicada em 1923 a Lei Elói Chaves consolida a base do sistema previdenciário, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).Inicialmente as empresas de estradas de ferro, ofereciam aos funcionários assistência médica, além de aposentadorias e pensões. A CAPs que prestava assistência médica curativa era financiada pelas empresas e seus empregados. Em 1932, as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que atendiam trabalhadores de uma determinada categoria profissional, que contava com a participação do Estado. Sendo essa contribuição Tripartite, realizada pelos empregados, pela empresa e pelo Estado, que mediava a base contributiva previdenciária. (WAGNER,1997).

Nos anos de 1945 até 1964 são criados o Ministério da Saúde e a carteira de trabalho. Já em 1966 com a união dos IAPs é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para a unificação e execução das políticas de previdência e assistência com maior participação do Estado.(WAGNER,1997).

Com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica em 1977, a cobertura da população (trabalhadores urbanos formalmente inseridos no mercado de trabalho e parte dos

trabalhadores rurais), era maior, conseqüentemente gerando muitos gastos. (WAGNER,1997).

As ações de saúde pública ou preventivas (vacinação, saneamento, controle de endemias, etc.), eram de acesso universal mesmo funcionando em paralelos às ações curativas. O resultado da atenção à saúde não atendia as necessidades da população, devido a constante separação existente entre a prevenção e a cura.(WAGNER,1997).Devido à inflação da década de 70, o mundo passa por uma crise direcionada ao financiamento médico, gerada pelos próprios profissionais da área. A assistência a saúde ocorria em menor ou maior grau, com o pagamento direto do usuário ao médico, ou pelo pagamento indireto (pelas empresas) através de serviços próprios, conveniados ou comprados no mercado do setor da saúde.(WAGNER,1997).

A Universalidade de acesso e a Integralidade das ações que são as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), resultaram do Movimento da Reforma Sanitária, no final da década de 70,juntamente com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.Como resultado da VIII Conferência, propõe que a saúde seja um direito do cidadão, e um dever do estado. (WAGNER,1997).

O Movimento Sanitarista é quem consolidou os direitos dos cidadãos em uma época em que havia o autoritarismo, dando importância às camadas sociais marginalizados no processo histórico de acumulação do capital. Situação essa que se agravou enfaticamente com a supressão das liberdades de participação, organização e a limitação dos direitos civis.

Existem vários projetos parciais da Reforma Sanitária que se dividem nos seguintes eixos:

1. Unificação do Sistema de Saúde e sua hierarquização e descentralização para os estados e municípios, com a unidade na Política de Saúde.
2. Universalização do atendimento e equalização do acesso com extensão de cobertura de serviços.
3. Participação da população através de entidades representativas na formulação, gestão, e execução e a avaliação das políticas e ações de saúde.

4. Racionalização e otimização dos recursos setoriais com financiamento do Estado através de um Fundo único de Saúde a nível federal. (WAGNER, 1997).

Esse processo participativo se institucionalizou com a Constituição Federal de 1988 ao reconhecer a total liberdade partidária e sindical estabelecendo um marco legal para a participação da comunidade no sistema de saúde. Com a Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica), é implantado o Sistema Único de Saúde e os conselhos nacional, estaduais e municipais, nas perspectivas da municipalização e descentralização. Nesse contexto a discussão do projeto de lei sobre a saúde é bastante polêmica, enfrentando-se na Comissão de Seguridade Social as diferentes forças sociais que reúnem propostas diferentes para o setor, que de um lado estão os privatistas e, do outro, os que defendem o setor público. Diante dessas discussões pronunciam-se representantes de profissionais, hospitais, sindicatos, universidades, setores administrativos dos ministérios, secretários de saúde e lobistas do setor privado. Fica definido com essa lei que o SUS é constituído pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, conforme artigo 4 da Lei n 8.080. (WAGNER, 1997).

2.1 SUS: avanços, conquistas e desafios

Como vimos anteriormente o Sistema Único de Saúde no Brasil se configura uma importante conquista da sociedade brasileira na busca de uma saúde pública, gratuita e de qualidade. Uma das formas de garantia deste direito vem se construindo através da legislação que o regulamenta. Conforme o Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso

universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2001, p.12)

Percebe-se que cabe ao Estado ações e serviços de saúde, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A sociedade civil tem importante papel como parceira, exercendo o controle social, através das ferramentas de participação que são os conselhos, as conferências e os fóruns de debate. Assim, salientamos que não cabe a sociedade civil assumir esta política pública, pois efetivamente a legislação garante que o estado deverá financiar e executar os serviços, programas e projetos relacionados a saúde. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A iniciativa privada pode participar de forma complementar do sistema único de saúde, observados diretrizes e mediante contrato de direito público, e em cada esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições. (SANTA CATARINA, 2001).

Quando o SUS não dispor de serviços suficientes e capazes de suprir as necessidades da população de uma determinada área, o mesmo poderá recorrer a participação complementar dos serviços privados. Somente poderá acontecer a participação complementar dos serviços privados mediante contrato ou convênio, observados a respeito às normas de direito público. (SANTA CATARINA, 2001).

Uma das grandes inovações do SUS é a garantia da participação popular em todos os processos de construção da política pública de Saúde. Na legislação temos contemplados espaços concretos de envolvimento da população na efetivação desta política, como os conselhos e as conferências nas três esferas de governo. Aos respectivos Conselhos de Saúde cabe a fiscalização dos recursos financeiros do SUS, que serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua obtenção. Caberá ao Ministério Público aplicar medidas previstas em lei,

mediante constatação, desvio ou não aplicação dos recursos. Com representação dos vários segmentos sociais, reunir-se a cada quatro anos, a Conferência de Saúde; para avaliação da situação de saúde e propôr as diretrizes para a formulação da política de saúde, nos níveis correspondentes. Que será convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (SANTA CATARINA, 2001).

O Conselho Local, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço profissionais de saúde e usuários, vão atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos financeiros. Cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (SANTA CATARINA, 2001).

Em cada esfera de governo, o gestor do SUS apresentará trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação. Sendo relatório detalhado contendo dentre outros dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados ou iniciados no período, bem como sobre oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. (BRASIL, 2006).

Outro fator relevante da legislação do SUS é a obrigação de atender ao perfil epidemiológico do município e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado; também deve ter uma abordagem diferenciada e global. Contemplando os aspectos de saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. As populações indígenas devem ter acesso garantido na atenção primária, secundária e terciária à saúde, conseqüentemente o direito de participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. (BRASIL, 2006).

Sendo assim, observamos que na Carta Magna fica evidente o direito à saúde, e que os brasileiros devem usufruir de políticas públicas, econômicas e sociais, que reduzam riscos e agravos à saúde, com acesso para todos, com justa igualdade e atendimento integral. Porém no cotidiano alguns desafios ainda

são colocados, como as filas de espera e os hospitais lotados, mas já começam a desapontar uma nova realidade na prevenção e proteção da saúde do povo brasileiro. Sendo necessário que todos estejam engajados nesta luta, evitando a privatização e a precarização dos serviços. Pois não podemos negar todo o processo histórico que envolve esta conquista fundamental para a qualidade de vida da população brasileira, ou seja, o direito a saúde, como dever do Estado e com a garantia da participação popular em todos os seus aspectos.

Com o Piso de Atenção Básica (PAB), que é um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, iniciou um importante processo de Atenção Básica, dando origem a Estratégia Saúde da Família que encontra-se em expansão, e consolida como eixo da atenção à saúde. (BRASIL, 2006).

Com a implementação do Pacto pela Vida, enfatiza-se um maior compromisso entre os gestores do SUS, em torno de prioridades que, apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. (BRASIL, 2006).

Diante de tantos avanços colocados à política pública de saúde, alguns desafios também são apresentados, principalmente no que diz respeito a cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade. A demora na espera do atendimento, espaços físicos sucateados e muitas vezes até mesmo equipes despreparadas tem se mostrado como prioridades urgentes para qualificarmos a saúde pública no Brasil.

Para este trabalho estaremos mais atentos às questões que envolvem a Atenção Básica, pois compreende o espaço a ser estudado e que realizei minha prática de estágio.

2.2 Níveis de Proteção à Saúde

O Sistema único de Saúde do Brasil atende conforme os Níveis de Proteção, ou seja, hierarquiza os atendimentos de acordo com a gravidade das demandas conforme figura abaixo:

– Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS

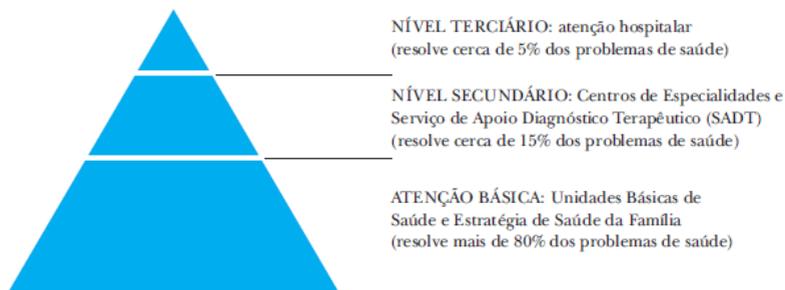


FIGURA - Modelo de pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS

Fonte: SOLLA; CHIORO, 2012, p. 2.

Sendo assim, para melhor compreensão, descreveremos as atividades desenvolvidas em cada nível de proteção nos itens a seguir.

2.3 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, sendo caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2006)

Seu trabalho é desenvolvido através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, e em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados. Sendo orientada pelo princípio da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Buscando a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer o sujeito em sua possibilidade de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006).

Tem como estratégia prioritária o Programa de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agente Comunitários de Saúde

(PACS) de forma a organizar-se de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

O Programa Saúde da Família é composto por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, que são moradores da sua comunidade, capacitados para promover a saúde estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados.

O trabalho da equipe é realizado nas unidades de Saúde da Família e nas residências, atendendo a família como um todo e promovendo qualidade de vida. (BRASIL, 2006).

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica tem como objetivo combater algumas áreas consideradas estratégicas em todo o território nacional:

- a eliminação da hanseníase;
- o controle da tuberculose;
- o controle da hipertensão arterial;
- o controle do diabetes mellitus
- a eliminação da desnutrição infantil;
- a saúde da criança;
- a saúde da mulher;
- a saúde do idoso;
- a saúde bucal;
- a promoção da saúde.(BRASIL,2006)

Uma Atenção Básica bem organizada deve garantir resolutividade nas necessidades e problemas de saúde de sua população em sua grande parte, o que consolida um dos pressupostos básicos do SUS, a integralidade das ações.(PREFEITURA DE ITAÍPEVA,2013). Sendo assim, é da

Atenção Primária que partem os encaminhamentos para os demais níveis de atenção, como as consultas especializadas aqui estudadas.

2.4 Atenção Secundária à Saúde

Para ter o acesso a essa rede a população deve passar pelo nível primário de atenção, esse deve resolver os principais problemas de saúde, mas os que não forem resolvidos devem ser encaminhados para a atenção secundária de saúde, que são os serviços especializados ambulatoriais e os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos e de atenção hospitalar(SOLLA; CHIORO, 2008).

Esses serviços ambulatoriais recebem diferentes nomes de acordo com o momento histórico e as estratégias de comunicação social adotadas pelos gestores públicos. Os usuários, além de serem atendidos por consultas especializadas, são encaminhados para principais serviços de apoio diagnóstico e terapêutico(SOLLA; CHIORO, 2008),conforme quadro abaixo.

QUADRO – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

– Principais grupos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)
de acordo com a Tabela de Procedimentos do SUS

SADT de média complexidade	SADT de alta complexidade
Patologia clínica	Hemodinâmica
Anatomopatologia e citopatologia	Terapia renal substitutiva (diálise)
Radiodiagnóstico	Radioterapia
Exames ultra-sonográficos	Busca de órgãos para transplantes
Diagnose	Quimioterapia
Órtese/prótese	Ressonância magnética
Terapias especializadas	Medicina nuclear – <i>in vivo</i>
Fisioterapia	Radiologia intervencionista
	Tomografia computadorizada
	Hemoterapia

Fonte: Mendes, 2001: 87.

Podemos verificar que é a atenção básica é que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária. Enquanto as redes básicas devem ser de pequeno porte distribuídas mais próximo de onde vivem e trabalham a população, e tendo como

característica a descentralização. A atenção especializada deve ser ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo uma escala adequada (economia de escala) para assegurar o custo-benefício, quanto a qualidade da atenção a ser prestada permitindo o aumento na quantidade total da produção sem aumento no custo de produção, tendo como resultado o custo médio de cada serviço. Mas para que isso funcione de forma eficaz é preciso que os gestores se comprometam com um maior planejamento, regulação do sistema e a constituição de redes assistenciais (inclusive serviços ambulatoriais especializados). (SOLLA; CHIORO, 2008) Assim, o campo da atenção especializada é:

[...] como parte de um sistema de cuidados integrais, cumprindo o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado. Propõe-se, assim intervir a lógica dominante nos serviços especializados, modificando a escassa responsabilidade em relação ao processo saúde-doença, a falta de vínculo com o paciente e as relações burocráticas com demais serviços. (MESQUITA e SILVEIRA, 1996 apud SOLLA; CHIORO, 2008).

Para que esse conjunto de redes funcione de forma ordenada é preciso uma integração plena, com a mesma gestão, diferenciando pontos de atenção aos usuários do sistema de saúde. Essa integração é parte da atenção básica, que é a porta de entrada do sistema, seguidos de serviços de urgência e emergência de forma a ordenar as necessidades de fluxos e contra-fluxos. Segundo Mendes (2001), entre as principais vantagens permitidas por esta integração, estão a melhoria da qualidade da atenção, a redução de custos de escala e o aumento da eficiência do sistema.

2.5 A Atenção à Saúde Terciária

A atenção à saúde de nível terciário é integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, e conforme Fortaleza (2013), ela é constituída por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram tecnologia de maior complexidade e devem oferecer à população atendimento de excelência, servindo de referência para outros serviços, sistemas e programas em saúde. As áreas hospitalares que compõem o atendimento de grande complexidade no Sistema Único de Saúde estão organizadas para a realização de procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo, transplantes e outros).

A atenção terciária envolve também a assistência em cirurgia reparadora (de mutilações, traumas ou queimaduras graves), cirurgia bariátrica (para os casos de obesidade mórbida), cirurgia reprodutiva, reprodução assistida, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita (doença genética que provoca a fragilidade dos ossos) e fibrose cística (doença genética que acomete vários órgãos do corpo causando deficiências progressivas). (FORTALEZA, 2013).

Entre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade estão a quimioterapia, a radioterapia, a hemoterapia, a ressonância magnética e a medicina nuclear, além do fornecimento de medicamentos excepcionais.

3 METODOLOGIA

Com relação ao trabalho de campo a ser desenvolvido, utilizamos como base metodológica a pesquisa quantitativa, pois está fundamentada em um estudo exploratório, sobre a realidade do tempo de espera dos usuários da Unidade Básica de Saúde – Comasa em Joinville por consultas especializadas. Os estudos exploratórios, conforme GIL (1987, p. 44), “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas mais precisos [...] para estudos posteriores.”

A pesquisa quantitativa, conforme afirmação de Fonseca (2002):

[...] se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis. (Fonseca, 2002, p. 20).

Para a efetivação desta pesquisa também realizamos pesquisa bibliográfica através de leituras de livros, artigos, sites que nos auxiliaram a uma melhor leitura da realidade.

Além da busca de dados no SISREG na UBS-Comasa referente a entrada de pedidos por consultas especializadas. Tal pesquisa foi realizada no dia. Após este levantamento, tabulamos e analisamos os dados que resultaram neste TCC.

3.1 Caracterização do campo de pesquisa

3.1.1 Secretaria Municipal de Saúde de Joinville

Às Secretarias Municipais de Saúde compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde (inciso I do art. 18), participar do planejamento, programação organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde – SUS, em articulação com sua direção estadual em articulação com sua direção estadual. (JOINVILLE, 2013).

O Alvará Sanitário também é um documento fornecido pela autoridade de saúde, que autoriza a ocupação e uso de imóvel recém-construído ou reformado e ou o funcionamento de estabelecimentos comerciais, industriais, agropecuários, de saúde, de educação pré-escolar e outros, após a vistoria prévia das condições físico-sanitárias do mesmo.

O Credenciamento Universal são prestadores de serviços de saúde que atendam os usuários do SUS, de acordo com o referente edital. Esses prestadores podem ser qualquer prestador de serviço de saúde, pessoa jurídica, privada ou pública, lucrativa ou não, com sede ou não, na região abrangida.

Enquanto política pública, a Secretaria Municipal de Saúde configura-se como o comando único das ações de saúde que envolvem o município. É ela a responsável pelo gerenciamento do Fundo municipal de saúde e de dar condições de funcionamento ao conselho municipal de saúde, bem como aos conselhos locais.

Um dos serviços oferecidos pela secretaria é o Cartão do SUS, que é um documento que serve para facilitar o atendimento do Sistema Único de Saúde e contém dados sobre onde e como o paciente foi atendido, quais serviços foram oferecidos, por qual profissional e procedimentos foram realizados.

[...] um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação. (BRASIL, 2006b).

Diante desta missão de gestora da política de saúde, a SMS possuem os seguintes aparelhos estatais, programas e serviços:

Unidades de Referência:

- ✓ Pronto Atendimento 24 horas
- ✓ Posto Atendimento Médico
- ✓ Centro de Atenção Diária
- ✓ NAIFE Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial
- ✓ Pronto Acolhimento Psicossocial – PAPS
- ✓ CAPS I
- ✓ Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais – Centrinho
- ✓ Programa de Controle do Tabagismo e Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia
- ✓ SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- ✓ CEO - Centro de Especialidade Odontológica (PAM Bucarein).
- ✓ SOIS - Serviços Organizados de Inclusão Social
- ✓ CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial - De Lírios
- ✓ PA Leste - Pronto Atendimento 24 Horas – Aventureiro

Entre os principais Programas e serviços ofertados pela Secretaria Municipal de saúde de Joinville estão:

- ✓ O Programa de Saúde Mental
- ✓ Programa de Controle a Dengue
- ✓ Programa de Controle ao Tabagismo
- ✓ Programa Núcleo de Prevenção de Combate à violência e Acidentes
- ✓ Programa Rede Amamenta, Vigilância em Saúde
- ✓ Cerest - Centro de referência em Saúde do trabalhador
- ✓ Laboratório Municipal
- ✓ Vigilância Epidemiológica.

3.1.2 Unidade Básica de Saúde Comasa

Em 18 de dezembro de 1997, o então prefeito de Joinville Luis Henrique da Silveira e o presidente da Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Joinville (IPPUJ), Norberto Sganzerla, assinaram a Lei Complementar n. 54, que regulamentava a criação do bairro Comasa.

Há 20 anos aproximadamente surgiu a região do Comasa a partir do conjunto Residencial Tupy, fundado em 1969. Esse conjunto surgiu para abrigar os funcionários da fundição Tupy, que vinham principalmente do Paraná. A iniciativa partiu do empresário Albano Schmidt e foi considerada ousada. Nesta época, a região era menos urbanizada, existindo, porém energia elétrica e água encanada. Foi preciso vencer o terreno pantanoso, a mata densa, a falta de acesso e a distância, que foi palco de muitas enchentes, com ruas não calçadas, a região foi sofrendo melhorias aos poucos, com moradores, por iniciativa própria, abrindo ruas e reivindicando a tabulação e calçamento das mesmas. Atualmente o Comasa é popularmente conhecido como Comasa do Boa Vista. (FRANCISCO; MULLER, 2012).

O Bairro Comasa engloba remanescentes de manguesais da região leste de Joinville, localizado no entorno da Ilha dos Espinheiros, foz do rio Fortuna/Guaxanduba, margem esquerda do canal de contenção de invasão dos mangues, no limite deste bairro com a Lagoa do Saguaçú, onde não se faz presente a ocupação humana.

A Unidade Básica de Saúde do Comasa, edificada na rua Ponte Serrada s/n, no bairro Comasa, sendo Sede Regional de Saúde Comasa, estando subordinada a Gerência Municipal de Saúde de Joinville.

Sendo Sede Regional, conta com uma equipe multiprofissional de saúde como clínicos geral, ginecologistas, obstétrico, nutricionista, pediatra, psicólogo e dentistas. Essas especialidades atendem toda a população adscrita, inclusive Unidades de Saúde da Família e Unidades de Rede pertencente ao Comasa. (FRANCISCO; MULLER, 2012).

Nas quais encontram-se Caic, Dom Gregório, Roraima, Jardim Iriú, Espinheiro, Comasa, Bakita. Dentre essas especialidades que atendem toda a comunidade, existem alguns programas do Ministério da Saúde que são oferecidos como:

- Pré-Natal;

- Diabéticos;
- Hipertensos;
- Tuberculose;
- Hanseníase;
- Saúde Integral.

Esses programas são prestados por uma equipe de profissionais, qualificados, entre eles, estão psicólogos, nutricionista, farmacêutica e médica. Esses pacientes recebem todo o cronograma, assistem vídeos, sobre todos os assuntos envolvidos com o programa, entre conscientização de hábitos alimentares.

Como Unidade Básica de Saúde, a UBS Comasa atende os pacientes em todos os ciclos da vida, além de visita domiciliar aos recém-nascidos e suas mães, puericulturas, consultas pediátricas. Atende a saúde da mulher através de acompanhamento ginecológico obstétrico, exames de rotina, entre outros. (FRANCISCO; MULLER, 2012).

Os exames disponibilizados para atenção básica são solicitados pela UBS através de critérios definidos e em tempo hábil, sendo realizados na mesma Sede, no Posto de Coleta, aos Fundos na Unidade, como exames laboratoriais, sendo encaminhados ao Laboratório Municipal de Joinville, situado à Rua Itajaí. Conta com uma recepção de um grande espaço, com aproximadamente 100m, entre os consultórios, farmácia, sala de vacina, sala de curativo e banheiros.

Sendo três funcionárias na recepção, nos distintos horários com três computadores com acesso a Intranet (rede da Secretaria Municipal de Saúde), Internet, com agendamentos de exames de diagnóstico através do no Sistema SISREG, agendamento e aviso de consultas para diversos especialistas, digitação da produção, entre outras.

A Unidade precisa passar por uma reforma, em sua estrutura, e até ser ampliada, pois possui espaço suficiente em seu terreno, para suprir a população, e sendo Sede Regional abrange várias comunidades, conseqüentemente ficando lotadas em muitos dias. Porque além das consultas com os médicos, ainda estão inseridos nesse espaço os pacientes que passam pelos programas oferecidos na Unidade de Saúde, conseqüentemente ficando lotados em muitos períodos do dia.

Há alguns programas que são oferecidos a população em outro local, que fica nas dependências da igreja, que é de fácil acesso aos usuários.

Quanto aos atendimentos com clínicos gerais, esses ficam em média de 960 atendimentos ao mês, sendo que são em média de 48 atendimentos ao dia, com o quadro de 2 clínicos na parte da manhã, e 2 a tarde

A média de consultas com ginecologista fica em 446 ao mês, contando com 1 especialista na parte da manhã, e outro na parte da tarde. Consultas com pediatra ficam em média de 26 ao dia, com 13 atendimentos na parte da manhã, e 13 a tarde.

No posto de coleta da Unidade são atendidos em média de 40 pacientes ao dia, para exames laboratoriais, que são encaminhados ao Laboratório Municipal. Os programas oferecidos pela UBS, são de suma importância na vida dessa comunidade, pois além de serem avaliados pelos médicos da Unidade, esses participam desses programas existentes nessa região. A média de atendimentos fica em torno de 250 pacientes/ano, que são divididos em grupos que recebem todo o apoio da equipe multiprofissional.

Os exames de glicemia são realizados todas as manhãs, sendo 20 exames disponibilizados por dia, que é um exame que serve para identificar se o paciente tem o diabetes. A diabetes é uma doença crônica. Ela não tem cura, mas tem controle com o uso da medicação correta. O não controle da diabetes leva a pessoa a um processo de envelhecimento rápido, com falência de órgãos importantes como rins, olhos, cérebro, pois o excesso de glicose na circulação promove lesão de pequenos vasos sanguíneos que pode ocorrer em qualquer órgão do corpo.(DIABETES..., 2013).

3.2 Apresentação dos dados

O interesse por esta pesquisa surgiu da nossa percepção e observação enquanto estagiária de gestão hospitalar, na UBS – Comasa. Verificamos que no dia a dia da instituição é comum e frequente a procura dos usuários para buscar informações quanto a data de suas consultas no serviço especializado.

Diante disto, buscamos através do SISREG na UBS-Comasa dados referentes à entrada de pedidos por consultas especializadas. Assim conseguimos tabular, como veremos a seguir, o tempo em que os usuários da referida unidade esperam por algumas especialidades.

Os gráficos que serão apresentados são das especialidades em que o tempo de espera são mais longos, e serão apresentadas em ordem decrescente ou seja, do maior número de usuários na espera, para o menor, entre elas as especialidades de Oftalmologia Adulta, Cirurgia Ginecológica, Ortopedia Adulto, Reumatologia, Neurologia, Oftalmologia Pediátrica, Otorrinolaringologia, Cirurgia Vascular, Proctologia e Psiquiatria Adulto.

A especialidade de Oftalmologia adulta iniciou em 2009, com 10 usuários, seguidos de 154 em 2010, em 2011 para 225, em 2012 para 110 e seguidos de 18 usuários no primeiro trimestre de 2013, totalizando com 517 usuários na fila de espera como podemos observar no gráfico 1

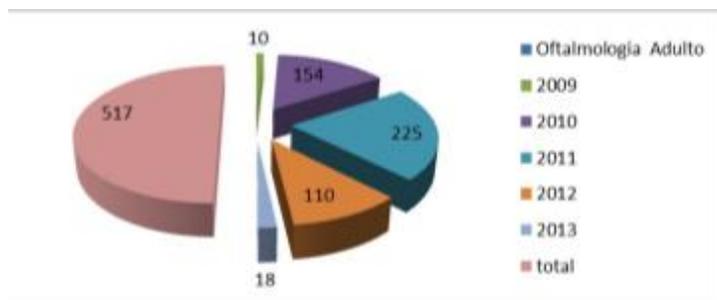


GRAFICO 1 – Oftalmologia adulto.

Na especialidade de Ginecologia a fila de espera inicia-se com 34 usuários em 2009, seguidos de 52 em 2010, em 2011 com 63, já em 2012 com 88, primeiro trimestre de 2013 com 11 usuários na fila de espera, totalizando em 248 usuários na fila de espera como podemos observar no gráfico 2. .

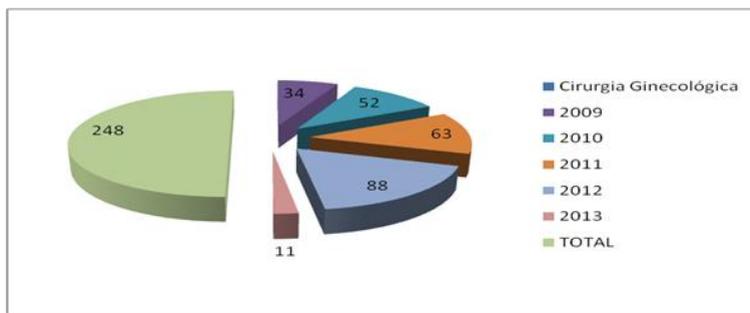


GRAFICO 2 – Ginecologia.

Na especialidade de Ortopedia a fila de espera inicia-se em 2011 com 90 usuários, seguidos de 110 em 2012, e ainda no primeiro trimestre de 2013 com 39 em aguardo, totalizando em 239 como podemos verificar no gráfico 3

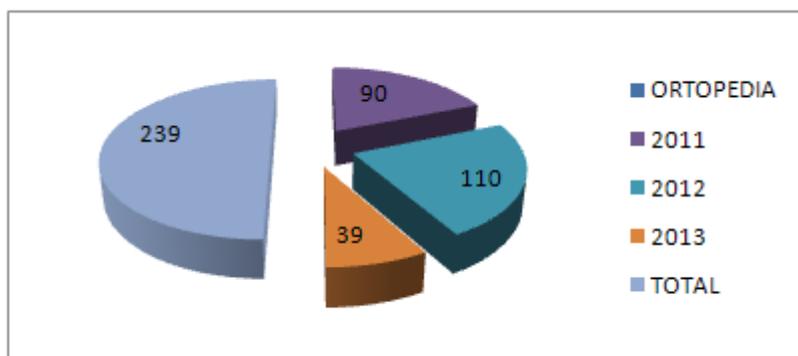


GRAFICO 3 – Ortopedia.

Na especialidade de reumatologia a fila de espera inicia-se em 2007 com 38 usuários, seguido de 41 em 2008, seguidos de 15 em 2009, 35 em 2010, 36 em 2011 e mais 6 no primeiro trimestre de 2013, totalizando 212 usuários na fila de espera como podemos observar no gráfico 4.

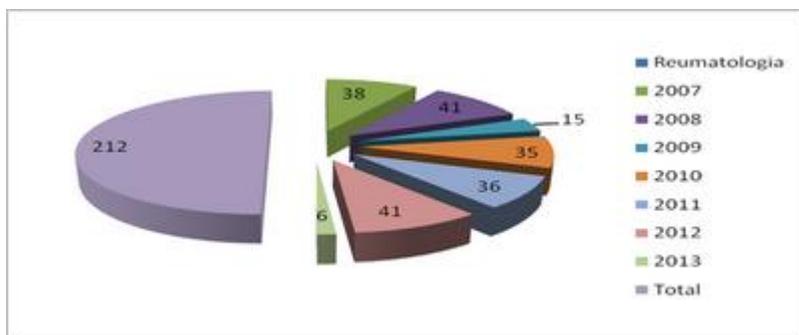


GRAFICO 4 – Reumatologia.

Na especialidade de Neurologia a fila de espera inicia-se em 2010 com 35 usuários, seguidos de 58 em 2011, com mais 95 em aguardo em 2012, e no primeiro trimestre de 2013 com mais 18, totalizando em 206 usuários na espera como podemos observarmos gráfico 5.

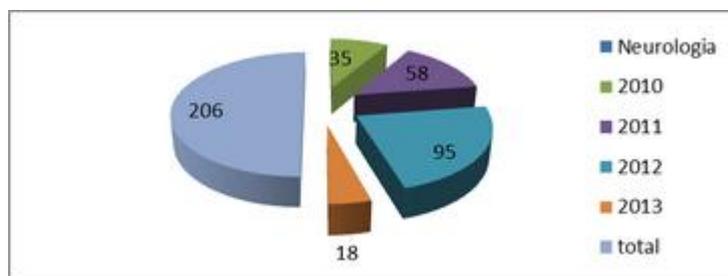


GRAFICO 5 – Neurologia.

Na especialidade de Oftalmologia Pediátrica a fila de espera inicia-se em 2010 com 24 usuários, seguidos de 52 em 2011, com mais 94 em 2012, e mais 23 no primeiro trimestre de 2013, totalizando em 193 usuários na espera como podemos observar no gráfico 6.

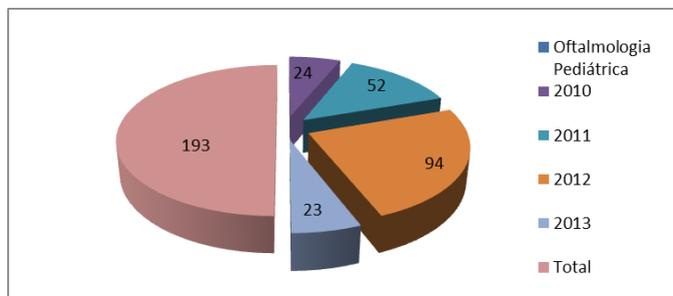


GRAFICO 6 – Oftalmologia pediátrica.

Na especialidade de Otorrinolaringologia a fila de espera inicia-se em 2011 com 37 usuários, seguidos de 95 em 2012, e mais 26 no primeiro trimestre de 2013, totalizando 158, como podemos observar no gráfico 7.

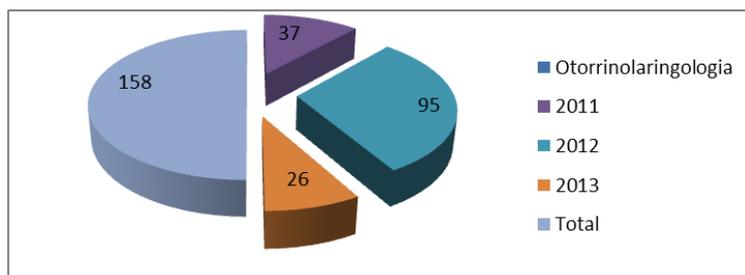


GRAFICO 7 – Otorrinolaringologia.

Na especialidade de Cirurgia Vascul ar a fila de espera inicia-se em 2011 com 20 usuários, seguidos de 98 em 2012, e 25 no primeiro trimestre de 2013, totalizando 143 usuários como podemos observar no gráfico 8.

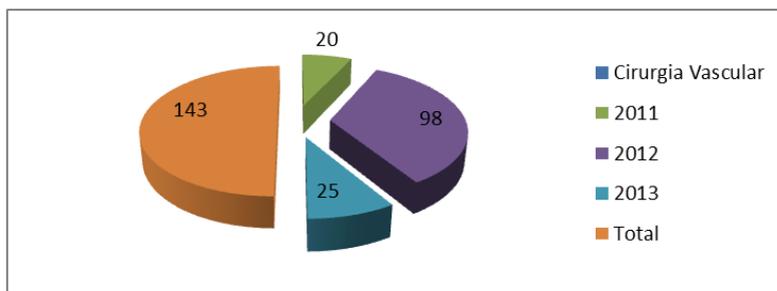


GRAFICO 8 – Cirurgia vascular.

Na especialidade de Proctologia Geral a fila de espera inicia-se em 2010 com 16 usuários na fila de espera, seguidos de 36 em 2011, e 62 em 2012, e mais 14 no primeiro trimestre de 2013, totalizando 128 usuários no aguardo, como podemos observar no gráfico 9.

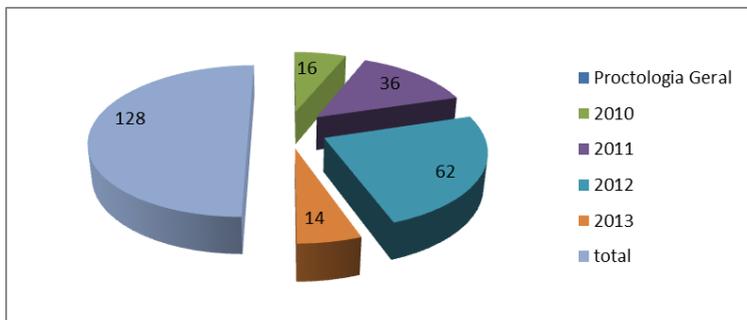


GRAFICO 9 – Proctologia Geral.

Na especialidade de Psiquiatria adulta a fila de espera de usuários inicia-se em 2010 com 26 usuários, seguidos de 27 em 2011, 52 em 2012, e 11 em 2013, totalizando 116 usuários no aguardo como podemos observar no gráfico 10.

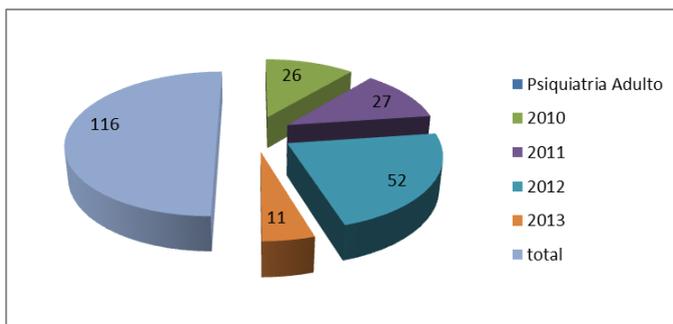


GRAFICO 10 – Psiquiatria adulto.

3.3 Análise dos dados

A fila de espera na saúde é algo histórico e não é certamente uma especificidade dos usuários da Unidade Básica

do Comasa em Joinville. Mas se nos embasarmos na política de humanização do SUS, estamos certos de que esta é uma situação insustentável e que precisa ser urgentemente resolvida. É importante lembrarmos que a doença não escolhe data e nem hora e também não aceita esperar.

A imprensa nacional tem focado diariamente nas filas de espera dos hospitais e unidades básicas. Mas depois de ser atendido e sair da unidade com uma guia de encaminhamento nas mãos, o paciente enfrenta uma longa fila para marcação de consulta especializada, retorno médico, exames e cirurgias em todo país.

Da saída da unidade básica até passar pela avaliação do especialista, a demora pode consumir anos de espera em casa, em uma fila que parece não ter fim, nem mesmo diante do esforço do município para reduzi-la. Em vários casos, antes de conseguir ver um médico, o paciente precisa recorrer a um advogado ou diretamente ao Ministério Público. De tanto esperar, muitos desses pacientes pedem socorro, seja ao Ministério Público seja à Defensoria Pública, e acabam vendo seus encaminhamentos para consultas indo parar na Justiça. Esse processo chama-se de judicialização da saúde, ou seja, por não acontecer oferta dos serviços necessários, a população, com base na Constituição de 88, recorre judicialmente ao seu direito.

Como podemos observar em algumas especialidades a espera por consultas especializadas chega ultrapassar três anos, o que dificulta tanto o acompanhamento da situação vivenciada pelo usuário quanto o funcionamento do próprio sistema. Pois a atenção básica não consegue desenvolver as suas ações de maneira efetiva. Isto significa que quanto mais demora o acesso a estas consultas, mais *longo é o tempo de reversão da doença*.

Outro fator que observamos, é que nos casos em que os pacientes mudam de residência e/ou telefone, no momento em que a consulta acontece, e não são localizados voltam para o final da fila. Nesse caso é o usuário que deve informar a mudança, na Unidade Básica de Saúde em que o mesmo foi atendido, para evitar transtornos futuros.

Aos que possuem uma situação financeira estável, é bem possível que estes vão a procura de uma consulta particular ou social, pois há os que estão trabalhando e precisam se recuperar para voltar ao trabalho, e cuidar de suas famílias. Mas esta não é

a realidade de todos, pois a maioria das famílias atendidas pelo SUS esta em situação de vulnerabilidade social.

Diante deste contexto algumas ações vêm sendo desenvolvidas pelas prefeituras do Brasil e que podem servir de referencia para a resolução deste problema, entre elas estão: a ampliação do número de profissionais, os mutirões, as atualizações permanentes dos dados dos usuários. (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde também vem propondo a instalação dos Telessaúde, como uma alternativa de enfrentamento a espera longa dos usuários do SUS. O Telessaúde tem a seguinte dinâmica de funcionamento:

É implantada uma infraestrutura de telecomunicação para o desenvolvimento contínuo a distância entre os profissionais das equipes de saúde da família, a partir da utilização de multimeios (biblioteca virtual, vídeo-webconferência, canais públicos de televisão, vídeo, streaming e chats). Além de uma segunda opinião formativa entre equipes de saúde da família e teleconsultores das universidades e redes de referência, capacitando os profissionais para o uso das tecnologias de informação e comunicação. (TELESSAÚDE, 2013).

Diante desse contexto, é fato lembrar que o profissional da unidade básica tem um papel importante na vida desses usuários, pois é ele que está mais habituado com o usuário e conhece seus problemas de saúde. Segundo Castro Filho (2007):

O profissional necessário na chamada da rede básica não é o profissional básico ou pouco qualificado, mas também especializado. Seu cenário de trabalho os expõe o tempo todo a problemas de saúde altamente complexos. A indiferenciação clínica dos problemas é maior, sua apresentação é mais frequentemente inicial, e por sua interação intensiva com os fatores familiares, comunitários e sociais também altamente complexos, requerem

especialistas no cuidado integral. (CASTRO FILHO, 2007).

Castro Filho (2007) afirma que Telessaúde deve ser focada na pirâmide invertida. A rede de suporte precisa beneficiar os pacientes de condutas impróprias para outros níveis do sistema, beneficiando os profissionais de seu próprio ramo de especialidades focal, conseqüentemente beneficiando os recém-formados do isolamento e favorecendo o orçamento público do desperdício.

A NOAS define a regulação assistencial como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada que deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. (BRASIL, 2002).

Observamos que desde a efetivação do direito a saúde pela Constituição de 88, muitos avanços são identificados no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Porém, alguns desafios ainda são colocados, como o tempo de espera por determinados serviços. Mas acreditamos que este é o caminho, ou seja, a busca permanente por uma saúde pública e de boa qualidade, estendida a toda a população brasileira.

4 CONCLUSÃO

A saúde pública no Brasil passou por sérias transformações nos últimos anos e a conquista do SUS é certamente o fato mais marcante deste processo. A Constituição de 1988 tem um papel fundamental nessa caminhada, garantindo a participação popular em todos os processos de construção da política pública de saúde, como nos conselhos e conferências nas três esferas do Governo.

Na Carta Magna fica evidente o direito à saúde, dando total direito aos usuários do SUS, utilizando-se de políticas públicas, econômicas e sociais. Mas ainda podemos observar que são muitos os desafios a serem enfrentados pelos gestores e usuários dos SUS, em relação à assistência à saúde e a todo o contexto que envolve a participação popular.

Mas a realidade ainda é marcada pelas filas de espera, seja nas unidades básicas, serviços especializados e hospitais, levando a população a ficar debilitada, e por muitas vezes reivindicar seus direitos através dos espaços concretos de participação dos usuários como também através da mídia. Daí a importância do Pacto pela Vida, comprometendo os gestores do SUS, para a priorização da situação de saúde da população brasileira.

Na nossa aproximação com a realidade através do estágio em Gestão Hospitalar, identificamos através de uma pesquisa quantitativa, o tempo de espera dos usuários por consultas especializadas. Esta realidade nos remete a preocupação na luta permanente por uma política pública de saúde de qualidade e estendida a todos sem nenhuma forma de discriminação.

Estes desafios colocados não devem nos trazer um descrédito no Sistema Único de Saúde; mas, sobretudo, lembrarnos que estamos no caminho, e que as dificuldades precisam ser observadas e enfrentadas. A figura do Gestor Hospitalar se torna fundamental, a partir do momento que ele traz para as políticas públicas importantes ferramentas de gestão.

Outro fator relevante que gostaríamos de destacar é que em nossa análise encontramos importantes esforços do Ministério da Saúde no sentido de qualificar os serviços prestados a população, destacando-se um projeto que já está

dando certo em muitos estados e municípios; que é o Telessaúde. Talvez esse seja um dos caminhos para reduzir a fila do SUS, e proporcioná-los a melhor assistência.

Diante do fim deste trabalho gostaria de lembrar que a Unidade Básica de Saúde do Comasa em Joinville se configurou em um importante campo de aprendizagem e pesquisa, e fica além de nossa contribuição neste trabalho o alerta para a necessidade de outras pesquisas importantes como o impacto dos serviços prestados pela unidade para a vida daquela comunidade.

REFERÊNCIAS

ALBINO FILHO, Vicente. Convênios x contratos na administração pública. **JurisWay**, 14 jun. 2010. Seção Sala dos Doutrinadores - Ponto de Vista. Disponível em: http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=4210. Acesso em: 14 abr. 2013.

BARRA DO PIRAIÁ (Prefeitura). Portal do cidadão. **Atributos da Secretaria Municipal da Saúde**. Disponível em: http://www.pmbp.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=85&Itemid=79. Acesso em: 14 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 206 p. (Série E. Legislação da Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde; v. 4). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 16 abr. 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores**: orientações básicas aplicadas à gestão pública. Brasília: MP, 2012. 64 p. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/121003_orient_indic_triangular.pdf. Acesso em: 30 maio 2013.

CASTRO FILHO, Eno Dias de. Telessaúde em apoio à Atenção Primária da Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.3, n. 11, p. 210-2154, out /dez 2007. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/227/180>. Acesso em: 08 maio 2013.

DIABETES: conceito básico, dieta e dicas. **Orientações Médicas** [online]. Disponível em: http://www.orientacoesmedicas.com.br/diabetes_conceito-basico_dieta-e-dicas.asp

FORTALEZA (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção terciária**. Disponível em: < http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=7>. Acesso em : 03 jul. 2013.

FORTUNA, Affonso de Aragão Peixoto. **As responsabilidades quanto à prestação de ações e serviços Públicos de saúde**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/As_responsabilidades_quanto_a_prestacao_de_acoes_e_servicos_de_saude_Procuradoriageral_do_Municipio_de_Joinville.pdf>. Acesso em: 08 maio 2013.

FRANCISCO, Tania Valmia; MULLER, Vanessa. **Relatório de estágio**. Joinville, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

ITAPEVA (Prefeitura). Secretaria da Saúde. **Atenção básica: a porta de entrada do sistema de saúde**. Disponível em: <http://www.itapeva.sp.gov.br/secretaria/saude/atencao-basica/>. Acesso em: 14 abr. 2013.

JOINVILLE (Prefeitura). Secretaria da Saúde. **Gerência de Unidade dos Serviços de Referência**. Disponível em: <<http://www.saudejoinville.sc.gov.br/index.php/apresentacao>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

JOINVILLE (Prefeitura). Secretaria da Saúde. **Laboratório Municipal de Joinville**. Disponível em: <http://www.saudejoinville.sc.gov.br/index.php/laboratorio-municipal>. Acesso em: 14 abr. 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Ações e programas**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=12592&janela=2pesquisar>. Acesso em: 16 abr. 2013.

SANTA CATARINA. **Legislação Básica do SUS**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2001. 147 p.

SANTA CATARINA. Secretaria da Saúde ; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA . **Projeto de Telessaúde**. Florianópolis, 2007. 28 p. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/telessaude/Telessaude-SC%20Vers%C3%A3oFinalCIB-Corrigida.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

SÃO PAULO (Prefeitura). Secretaria Municipal da Saúde. **AMA especialidades**: ampliando a rede de atenção básica. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_especialidades.pdf. Acesso em: 28 maio 2013.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. **VER-SUS**, Porto Alegre: Rede Unida, 2008. Disponível em: <http://versus.otics.org.br/acervo/textos/atencao->

ambulatorial-especializada-jorge-solla-e-arthur-chioro/view.
Acesso em: 08 maio 2013.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUTTER, Elisabeth. **Manual de licitação Pública**: compras públicas sem mistérios. São Paulo: Sistema Integrado de Gerenciamento de Recursos Hídricos, 2007. Disponível em: <http://www.sigrh.sp.gov.br/fehidro/gerais/sigrh/ManualDeLicitacao.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.

TELESSAÚDE BRASIL REDES. São Paulo. Disponível em: www.telessaudebrasil.org.br. Acesso em: 28 maio 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **RedeNUTES**. Recife. Disponível em: www.redenutes.ufpe.br. Acesso em: 28 maio 2013.

WAGNER, Gastão de Souza Campos. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.