Revista Baiana
de Saúde Pública

ARTIGO ORIGINAL

INTERNAÇÕES E SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PACTUADOS EM HOSPITAL GERAL PÚBLICO DA BAHIA, BRASIL[a]

Juliana Alves Leite[b]

Marluce Maria Araújo Assis[c]

Resumo

Pesquisa documental que visa caracterizar os serviços de saúde produzidos em um hospital geral público de Feira de Santana (BA), pactuados com sete municípios da Microrregião, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI), 2004-2005. Os dados foram submetidos à análise descritiva, utilizando o Programa Excel para calcular frequências e percentuais. Encontrou-se predominância da produção dos serviços com percentual pouco significativo para os municípios pactuados e o setor de Emergência representa a principal porta de entrada neste hospital. Notou-se que a taxa de ocupação hospitalar elevou-se de um ano para outro (2004, 89,9%; 2005, 109,8%), ampliando a oferta aos municípios em estudo e demonstrando uma tentativa de planejamento intermunicipal, o que suscita o entendimento de que a PPI trouxe avanços na organização da rede de serviços de saúde, mas ainda é necessário melhorar a forma como a pactuação é conduzida no Estado.

Palavras-chave: Serviços hospitalares. Programação. Serviços de saúde. Sistemas de saúde.

INTERNMENTS AND URGENCY AND EMERGENCY SERVICES AGREED TO IN A PUBLIC GENERAL HOSPITAL OF BAHIA, BRAZIL

Abstract

This work is a documental research that intends to characterize health services which are produced in a general public hospital in Feira de Santana (BA), in an agreement with 07 cities in

---

[a] *Este artigo é parte da Dissertação de Mestrado da primeira autora, intitulada* Oferta e Demanda dos Serviços Produzidos em um Hospital Geral Público de Feira de Santana-BA*, financiada pelo CNPq.*

[b] *Enfermeira. Professora Auxiliar de Ensino do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC).*

[c] *Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UEFS. Coordenadora/Pesquisadora do NUPISC/UEFS. Pesquisadora do CNPq.*

Endereço para correspondência: *Rua São Pedro, 573, Santa Mônica, Feira de Santana, Bahia, Brasil. CEP: 44070-718. julileite@hotmail.com*

the micro-region in pursuance to the Programação Pactuada Integrada (PPI – Integrated Program Agreement) – 2004-2005. The data was submitted to descriptive analysis using the Excel Program to calculate frequencies and percentages. There is a prevalence of production services with a less significant percentage in the cities benefited by the agreement and the Emergency Sector represents the main entrance in the hospital. It can be seen that the hospital lodging increased from one year to the other (2004, 89,9%; 2005, 109,8%), enlarging the offer to the cities under study and demonstrating an effort of inter-municipal planning which gives rise to the understanding that the PPI brought progress in the organization of the health service network organization but it is also clear that there's still a need to improve the way the agreement is carried out in the State.

Key words: Hospital Services. Planning. Health Services. Health Systems.

INTERNACIONES Y SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA PACTUADOS EN EL HOSPITAL GENERAL PÚBLICO DE LA BAHIA, BRASIL

Resumen

Investigación documental que visa caracterizar los servicios de salud producidos en un hospital general público de Feira de Santana (BA), pactuados con siete municipios de la Microrregión, conforme la Programación Pactuada e Integrada (PPI), 2004-2005. Los datos fueron sometidos a análisis descriptiva, utilizando el Programa Excel para calcular frecuencias y porcentuales. Se encontró predominancia de la producción de los servicios con porcentual poco significativo para los municipios pactuados y, el sector de Emergencia, representa la principal puerta de entrada en este hospital. Se notó que la tasa de ocupación hospitalaria se elevó de un año para otro (2004, 89,9%; 2005, 109,8%), ampliando la oferta a los municipios en estudio y demostrando una tentativa de planificación intermunicipal, lo que suscita el entendimiento de que la PPI trajo avanzos en la organización de la red de servicios de salud, Sin embargo, aún es necesario mejorar la forma como la pactuación es conducida por el Estado.

Palabras-clave: Servicios hospitalarios. Programación. Servicios de salud. Sistemas de salud.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto de discussão a produção das internações hospitalares e atendimentos de urgência e emergência pactuados entre um Hospital Geral Público de Feira de Santana (BA) e sete municípios da Microrregião, traduzidos em serviços ofertados pelo referido hospital. Para tanto, considerou-se como estratégia de gestão a Programação Pactuada e

Integrada (PPI) no município e sua área de influência, após a implementação da gestão plena do sistema municipal.

A discussão da temática no espaço hospitalar reveste-se de importância, suscitando reflexões críticas sobre o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, tendo em vista o processo de regionalização do sistema como parte das estratégias descentralizadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de descentralização, intensificado na década de 1990 do século XX, permitiu ampliar o acesso da população às ações voltadas para a Atenção Básica de Saúde (ABS). Entretanto ainda existem problemas de natureza conjuntural e estrutural, que são demonstrados em forma de dificuldades para a organização de sistemas municipais/microrregionais.[1]

A regionalização da saúde tem como finalidade promover a equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde nos Estados e Municípios brasileiros,[2] resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores a serem realizados pela PPI. A indução de sistemas mais funcionais, com relações intergovernamentais cooperativas, amplia a estratégia de regionalização para além de um complexo de normas, típico dos modelos de planejamento normativo, e proporciona um processo político de negociação que induza às mudanças para a qualidade e eficiência da gestão do SUS.[3]

A regionalização no campo da saúde leva em consideração o acúmulo de técnicas e tecnologias necessárias à defesa da saúde e, pelo fato de ter um custo crescente, requer a racionalização das ações em todos os níveis de complexidade, para garantir integralidade às populações circunscritas a territórios. Essa proposta decorre da visão de organização do sistema de saúde como uma estrutura piramidal, organizada em níveis que são hierarquizados por suas complexidades relativas, indo da ABS, que seria a menor densidade tecnológica, até a atenção de alta complexidade, com maior densidade tecnológica, centrada no hospital.[2]

Cada estado da federação orienta-se pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) para ordenar o processo de regionalização, conformando sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio de ordenação do território em redes hierarquizadas de serviços, tendo em vista o estabelecimento de fluxos de referências intermunicipais e o acesso da população às ações e serviços de saúde, com base em suas demandas/necessidades.[4]

Em revisão sobre os estudos que tratam do objeto de estudo, foram identificados trabalhos sobre a oferta de serviços de saúde, que transversalizam a discussão sobre internações hospitalares na rede SUS articuladas com a pactuação entre municípios. Alguns autores a abordam, relacionando a oferta à demanda, no atendimento às necessidades de saúde dos usuários ou como categorias que possibilitam a análise da dinâmica organizacional da oferta e demanda na atenção

básica e serviços de saúde bucal.[5,6,7] Há estudos que levantam questões sobre os limites e possibilidades de construção da integralidade nos serviços de saúde, com base na relação entre demanda e oferta no cotidiano dos trabalhadores de saúde e no acesso a estes serviços.[8,9]

Destaca-se ainda a produção que estuda a equidade no consumo dos serviços de saúde, estabelecendo interfaces com as dimensões geográficas e sociais;[10] e ainda as pesquisas que se propõem a identificar fatores associados às admissões hospitalares no Brasil, analisar se essa utilização é equitativa, apontar características associadas aos usuários e ao uso de serviços hospitalares no Brasil e incorporar informações sobre a oferta de serviços de saúde.[11,12]

Este estudo adota como eixo orientador a análise da produção dos serviços de saúde de um determinado cenário, constituindo-se em trabalho inédito, pois, conforme exposto, os trabalhos produzidos não retratam a questão da pactuação realizada nos espaços hospitalares, abrindo possibilidades para pesquisas desta natureza.

Adota-se a compreensão de oferta de serviços de saúde, com base na disponibilidade, no tipo e na quantidade de serviços e de recursos (financeiros, humanos ou tecnológicos) destinados à atenção à saúde, influenciados por fatores como localização geográfica dos estabelecimentos, cultura médica e ideologia do prestador.[10]

Na tentativa de aproximar a discussão sobre a oferta de serviços de saúde no nível de média e alta complexidade, no caso especial, no Estado da Bahia, toma-se como campo de investigação um Hospital Geral Público, situado em um município do interior da Bahia, situado entre três rodovias federais e duas estaduais. Este cenário estratégico apresenta as condições necessárias para analisar a organização da rede de saúde com base na regionalização e hierarquização da saúde. Assim, pretende-se contribuir para despertar reflexões acerca da gestão da saúde no município, ao demarcar a relevância da regionalização proposta pelo SUS.

Diante do exposto, o estudo tem por objetivo caracterizar as internações hospitalares e atendimentos de urgência e emergência pactuados entre um Hospital Geral Público e sete municípios da Bahia no período de 2004-2005.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter descritivo, tendo como principal característica o uso de fontes que ainda não receberam tratamento analítico.

O município em análise é o maior entroncamento rodoviário do Estado da Bahia, servindo de ponto obrigatório de passagem a quase todos que transitam entre o Norte/Nordeste e o Sul do país. Esta localização geográfica e sua característica como eixo rodoviário facilitam a

migração de pessoas e o fluxo de demandas para o hospital geral do município, que é sede da Macrorregião Centro-Leste da Bahia. Esta Macrorregião é composta por 89 municípios, que estão divididos em 5 Microrregiões com uma população total de 2.124.553 habitantes, conforme o PDR de 2005 da Secretaria de Saúde da Bahia.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2005 a março de 2006. Utilizaram-se os seguintes aspectos de análise: internações hospitalares; admissões por especialidade médica e atendimentos de urgência e emergência. Para compor a caracterização da análise da referida produção, incluiu-se a programação físico-orçamentária anual para procedimentos realizados pelo hospital por município pactuado.

O trabalho foi sistematizado em duas etapas, conforme explanação a seguir:

– Primeira etapa: delimitação dos municípios do Estado da Bahia que pactuaram serviços com o hospital por meio de um levantamento por Macrorregiões, com suas respectivas populações e rede hospitalar disponível. Os dados foram cruzados com o PDR, para identificar os municípios distribuídos por Macrorregiões e Microrregiões e suas respectivas populações. Foram excluídos os municípios não pertencentes à Macrorregião Centro-Leste da Bahia e aqueles com uma população inferior a 30.000 habitantes. Fizeram parte da análise os maiores municípios, segundo o PDR-BA,[13] que são referências para cada Microrregião: Feira de Santana, Riachão do Jacuípe, Santo Estevão, Morro do Chapéu, Ipirá, Jacobina e Itaberaba.

– Segunda etapa: a análise documental consistiu em identificar os documentos necessários para a pesquisa e ordená-los, para proceder à análise relacionada a serviços de saúde produzidos pelo hospital e pactuados entre este e os municípios do estudo. As fontes documentais foram: Doc. I – Mapas estatísticos do hospital (2004-2005); Doc. II – Livros estatísticos da emergência (2005); Doc. III – Livros de registro de alta das clínicas (2004-2005); Doc. IV – Livros de registros de Óbitos das Clínicas (2004-2005); Doc. V – Programação Pactuada Integrada – Bahia (2003); Doc. VI – Termo de Compromisso entre entes públicos (2005); Doc. VII – Programação Físico-Orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde e dos municípios pactuados (2004).

Os dados foram submetidos a uma análise descritiva do conteúdo das informações, de acordo com os aspectos de análise que emergiram dos documentos selecionados para o estudo. Utilizou-se também o Programa Excel para calcular frequências e percentuais, retratados em duas tabelas apresentadas nos resultados.

RESULTADOS

O hospital oferece "[...] atendimento no nível ambulatorial, de internação hospitalar, de urgência e emergência [...]" (Doc. I), e é também o maior da rede SUS de Feira de Santana que presta atendimento de Pronto-Socorro 24 horas por dia.[14] Destaca-se a centralização das ações de saúde, o que lhe confere a característica de ser dominante dentro da estrutura organizativa do sistema de saúde local. A unidade é considerada de referência para outros municípios do Estado, com capacidade de ofertar distintas especialidades médicas e exames, constituindo um atrativo aos usuários do SUS. Essa representação como lugar que reúne todas as possibilidades de solucionar os problemas de saúde é histórica e vem sendo construída ao longo do tempo, no que diz respeito ao uso de serviços de saúde.[9]

Desde 2004, quando o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema, a Secretaria Municipal de Saúde ampliou a gestão da assistência, somando à gestão da ABS, média e alta complexidade. Essa classificação se deve ao fato de que os princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, no âmbito do SUS, foram concebidos pela lógica da densidade tecnológica e complexidade assistencial. Contudo, "[...] na prática, essa tendência pode ser desmistificada, ao se observar que na própria atenção primária, podem ser exigidas habilidades e práticas de alta complexidade, que reúnam conhecimento de vários campos de saberes".[9:75]

Durante o levantamento dos dados documentais, registrou-se a taxa de ocupação hospitalar e verificou-se que, no período analisado, essa taxa elevou-se de um ano para outro. Observa-se que o número de usuários que utilizaram o serviço do hospital ampliou no intervalo do recorte temporal do estudo: em 2004, a taxa de ocupação hospitalar foi de 89,9%; e em 2005, alcançou o percentual de 109,8% dos leitos hospitalares. A taxa de ocupação elevada pode operar uma sobrecarga sobre os trabalhadores e comprometer a qualidade do atendimento prestado aos usuários.

No ano de 2004, 70,6% das internações totais do Hospital Geral Público de Feira de Santana foram de "pacientes" residentes no município. A soma dos outros seis municípios que pactuaram serviços com o hospital representou apenas 2,3% das internações totais, considerando que, 27,1% representam outros municípios do Estado da Bahia, que não fizeram parte do estudo. No ano seguinte, em 2005, a participação das pessoas que residem no município e demandaram internações diminuiu; passou para 54,2%, representando mais da metade das internações. A participação dos outros municípios elevou-se para 45,8%, com um percentual de 3,6% para os municípios selecionados para o estudo.

O Hospital produziu, no ano de 2005, 113.271 atendimentos em seu Pronto-Socorro e Feira de Santana consumiu o maior percentual (67%) dos serviços produzidos, sendo

1,58% de atendimentos para os outros municípios pactuados e 31,42% para os municípios que não fizeram parte da análise desta pesquisa.

A **Tabela 1** mostra as internações por especialidade médica no Hospital Geral Público de Feira de Santana (BA), com média mensal e percentual de cada clínica em relação às internações totais, em 2004-2005. Foram desconsideradas as internações em UTI, Berçário e Ala Mãe Canguru, pois os números de leitos nesses setores tiveram mudanças nos anos em estudo.

TABELA 1. Internações por especialidade médica em Hospital Geral Público de Feira de Santana (BA), com média mensal e percentual de cada clínica em relação às internações totais, no período 2004-2005

Ano	2004			2005		
Especialidade médica*	Internações	Média	%	Internações	Média	%
Clínica médica	5.371	447,6	54,4	3.966	330,5	40,5
Clínica cirúrgica	386	32,17	3,9	1.744	145,3	17,8
Clínica pediátrica	2.268	189,0	23,0	2.323	193,58	23,7
Clínica obstétrica	1.846	153,83	18,7	1.758	146,5	18,0
Total	9.871		100	9.791		100

Fonte: Mapa estatístico do Hospital, 2004-2005.

Ao analisar separadamente as internações nas clínicas médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica, verificou-se a oferta dessas especialidades. Nota-se variação nos percentuais de um ano para outro. A clínica médica apresentou um decréscimo de 13,9% em seu volume de internações, do ano de 2004 para 2005. Entretanto a clínica cirúrgica aumentou o quantitativo neste mesmo percentual de 13,9% entre os anos de 2004 e 2005.

A **Tabela 2** evidencia o percentual da Programação físico-orçamentária pactuada entre Feira de Santana e os municípios que fizeram parte da pesquisa, para os atendimentos de internação hospitalar e de urgência e emergência no Hospital Geral Público em 2004.

Ao comparar a pactuação com os serviços ofertados, observa-se que o percentual da Programação físico-orçamentária para as internações hospitalares está equiparado com a média de internações nos municípios: Jacobina, Ipirá, Itaberaba e Riachão do Jacuípe. O que demonstra que a programação foi realizada dentro da realidade daqueles locais, ou foi seguida com critérios rigorosos, tanto pelo município que encaminhou o usuário como pelo município que recebeu.

Entretanto, no que tange ao atendimento de urgência e emergência, municípios que não programaram recursos para esse tipo de atendimento, como Santo Estevão, direcionam um bom fluxo de usuários para este setor do hospital. E o município de Morro do Chapéu, o mais

distante, programou todos os recursos para atendimento de urgência e emergência e pouco utilizou o serviço do hospital.

TABELA 2. Valores referenciados e percentuais da Programação físico-orçamentária pactuada entre Feira de Santana e outros municípios da Macrorregião Centro Leste, por tipo de procedimento no Hospital Geral Público. Feira de Santana (BA), 2004

Municípios	Itaberaba	Ipirá	Morro do Chapéu	Jacobina	Riachão do Jacuípe	Santo Estevão
Procedimentos	Valores Referenciados (em reais)					
Internação CM[a]	8.184,00	23.160,00	-	4.296,00	5.556,00	44.958,00
Internação CC[b]	12.006,00	48.400,00	-	10.536,00	12.847,00	77.040,00
Internação CO[c]	6.804,00	10.920,00	-	-	11.520,00	38.293,00
Internação CP[d]	-	10.868,00	-	-	5.592,00	42.195,75
Sub Total	26.994,00	93.348,00	-	14.832,00	35.515,00	202.486,75
Percentual	**7,2 %**	**25,0 %**	**0,0 %**	**4,0 %**	**9,5 %**	**54,3 %**
Urgência e Emergência	2.103,00	31.549,00	14.584,28	27.645,54	-	-
TOTAL	29.097,00	124.897,00	14.584,28	42.477,54	35.515,00	202.486,75

Fonte: Programação Físico-Orçamentária, Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, 2004.

[a] CM = Clínica Médica; [b] CC = Clínica Cirúrgica; [c] CO = Clínica Obstétrica; [d] CP = Clínica Pediátrica

Diante do exposto, nota-se a flexibilidade para se disponibilizar os serviços de internação hospitalar por clínicas e o atendimento de urgência e emergência para cada município. Verifica-se que, por vezes, o hospital assume demandas não pactuadas, percebidas pelo termo de compromisso firmado entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Na cláusula terceira desse termo, a SESAB compromete-se a "[...] garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência hospitalar, independente do limite fixado pela SMS, constante no Plano Operativo Anual" (Doc. VI).

Dessa forma, o Hospital Geral Público deve atender todos os casos emergenciais que chegam a sua "porta de entrada", o que é coerente do ponto de vista da universalização do SUS, mas a Secretaria de Saúde do Estado poderia direcionar a PPI, de modo que os recursos sejam distribuídos de maneira equivalente aos serviços prestados.

DISCUSSÃO

A análise de Cecílio[14] é compatível com os achados do estudo, considerando que os serviços de urgência/emergência dos hospitais continuam sendo a "porta de entrada" principal do

sistema de saúde, ao argumentar que os números de atendimento nesses espaços são sempre expressivos e os prontos-socorros lotados são imagens concretas desta situação. Neste sentido, amplia a concepção de "porta de entrada", pensada pela racionalidade como sendo a rede primária, com ações da atenção básica, e defende um "[...] sistema de saúde menos como uma pirâmide de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede de múltiplas entradas, múltiplos fluxos". [14:118]

No entanto, o decréscimo das internações observado na clínica médica pode ter ocorrido devido ao aumento da oferta de serviços da atenção básica do Programa de Saúde da Família, no município onde fica localizado o hospital. Infere-se ainda que a ampliação da rede básica pode ter favorecido a redução dos agravos, como complicações diabéticas e crises hipertensivas. Quanto ao aumento das internações na clínica cirúrgica, entre suas causas estão os encaminhamentos, dos outros municípios, de pacientes com necessidades de tratamento cirúrgico, especialmente traumas e acidentes por causas externas.

Com a programação da assistência a ser prestada pelo hospital aos municípios que pactuaram com sua unidade gestora (Secretaria Municipal de Saúde) levanta-se a discussão se o acesso dirigido nestes parâmetros provoca a universalização do atendimento ou gera uma demanda bloqueada; ou seja, pode não procurar o hospital, por estar ausente de acordos firmados, e estão direcionadas a outras "portas" da rede, como as policlínicas e os hospitais de municípios maiores, como Salvador.

Nesta discussão do acesso, Assis, Villa e Nascimento,[15:816] ao analisarem esta categoria e as condições de acessibilidade, avaliam a convivência no cenário nacional com "[...] acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem em diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, descompasso entre a legislação e a legitimidade social".

Evidencia-se que as normas que operacionalizaram e impulsionaram o processo de descentralização da saúde, Norma Operacional Básica (NOB) SUS /96, Norma de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002, Pacto de Gestão (2005) em todo o país, recomendam que a oferta dos serviços de saúde possa ser organizada de modo a atender as necessidades de saúde da população.[1,16]

A NOB SUS/96, preliminarmente, cita as necessidades de saúde, quando trata da finalidade de promover e consolidar o poder municipal no sistema de saúde. Para isso, descreve o "[...] responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território".[1:6] Nas normas seguintes, a discussão da regionalização e da hierarquização soa com maior intensidade e a organização da oferta dos serviços de saúde apresenta-se citada frequentemente nos textos das NOAS 2001 e 2002.

A NOAS SUS 01/2002[16] trata, em diferentes capítulos, da oferta de serviços e da satisfação das necessidades de saúde. Com base nesta norma, a organização da assistência e a definição de prioridades de intervenção devem estar "[...] coerentes com as necessidades de saúde da população",[16:2] oferecendo "[...] garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção".[16:2] O sistema municipal e supramunicipal devem ser conformados de modo a "[...] garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades".[16:39] A alocação de recursos precisa estar "[...] centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelos interesses dos prestadores de serviços".[16:11]

Essas normas destacaram-se como estratégias políticas de indução do governo federal, por meio das quais os municípios deveriam se enquadrar em alguma forma de gestão, com distribuição de responsabilidades definidas pela União. No entanto, ressalta-se que a implantação das Normas desencadeou um processo de descentralização intenso e dinâmico e transferiu para os estados e, principalmente, para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentrados no âmbito federal.

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, o Ministério da Saúde (MS) aprovou, no ano de 2006, mediante a utilização de estratégia participativa e discursiva, as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006,[17] que contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esta última dimensão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. No entanto o recorte temporal do presente estudo não contempla ainda as diretrizes emanadas do referido pacto.

Diante do exposto, resgatam-se as análises de Cecílio[4] sobre as concepções de necessidades de saúde, que são complexas e polissêmicas e podem estar relacionadas às condições de vida de cada indivíduo, ao acesso dos usuários aos serviços de saúde, ao vínculo entre o usuário e o trabalhador e à necessidade de autonomia desses indivíduos.

Esta discussão da relação trabalhador/usuário/serviço surge, na medida em que se analisam as categorias da oferta e demanda de serviços, mediante a organização das práticas de saúde. No processo dinâmico da oferta e da procura por serviços, os interesses dos usuários e trabalhadores encontram-se, e é no cotidiano das instituições que se configura o lugar em que ocorrem permanentemente as mútuas invasões dos espaços, gerando um ambiente de tensões, com encontros de intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como modo de sentir e elaborar necessidades de saúde.[18-21]

Ressalta-se, no entanto, que o pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros é apontado por Souza[21:452] como limitante para a regionalização, pois estes municípios apresentam dificuldades "[...] na construção de redes assistenciais adequadas, para o atendimento da população, já que não é possível garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade, em todos os municípios brasileiros".

Os dados mostram que o hospital em estudo atende principalmente aos usuários que residem em Feira de Santana, representando 70,6% das internações totais no ano de 2004 e 54,2% em 2005.

Verificou-se que as internações nas clínicas médica e cirúrgica sofreram variações nos percentuais de 2004 para 2005. A clínica médica apresentou um decréscimo de 13,9% em seu volume de internações, e a clínica cirúrgica aumentou 13,9% entre um ano e outro.

Em relação ao percentual da Programação físico-orçamentária pactuada entre Feira de Santana e outros municípios da Macrorregião Centro-Leste, para os atendimentos de internação hospitalar e de urgência e emergência no Hospital Geral Público em 2004, observa-se que o percentual para as internações hospitalares está equiparado à média de internações nos municípios de Jacobina (4,0%), Ipirá (25,0%), Itaberaba (7,2%) e Riachão do Jacuípe (9,5%). Estes percentuais demonstram que a programação pode ter sido realizada dentro da realidade daqueles locais, tanto pelo município que encaminhou o usuário como pelo município que os recebeu, no caso, Feira de Santana.

A pesquisa apresenta como limite a utilização da análise documental como central, não permitindo cruzamento entre diferentes fontes de coleta de dados, pois tem como pretensão, apenas, o delineamento geral da situação. No entanto aponta para a necessidade de novas investigações que procurem analisar de forma crítica e reflexiva o processo de regionalização, situando o papel do hospital no contexto do SUS. Sinaliza ainda a necessidade de revisões periódicas da PPI, de modo que as discordâncias entre atendimento e programação sejam superadas.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM. SUS passo a passo: gestão e financiamento. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

2. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS: tomo II. Salvador (BA): Casa da Qualidade; 2001.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1020/GM, de 31 de maio de 2002. Brasília; 2002.

4. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; Abrasco; 2001. p. 113-26.

5. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção a saúde bucal: o processo de trabalho no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas – BA. R. Baiana Saúde Públ. 2005;29(2):273-85.

6. Assis MMA, Sampaio HC, Santos AM, Nascimento MAA, Oliveira, TS. Oferta de serviços na atenção primária à saúde em um município da Bahia. R. APS 2008;11(2):152-62.

7. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. Saúde em Debate 2000;24(56):57-6.

8. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO; 2001. p. 65-112.

9. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ci. Saúde Col. 2000;5(1):133-49.

10. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. R. Saúde Públ. 2005;39(2):277-84.

11. Castro MSM, Carvalho MS, Travassos C. Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. Cad. Saúde Públ. 2005; 21(4):1186-200.

12. Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. Agenda Estadual de Saúde. Mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades. Salvador; 2004.

13. Assis MMA. As formas de produção dos serviços de saúde: o público e privado. Ribeirão Preto (SP). [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 1998.

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

15. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ci. Saúde Col. 2003;8:(3)815-23.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – 01/02, de 27 de fevereiro de 2002. Extraído de [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm], acesso em [15 de janeiro de 2006].

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília; 2006. v. 1.

18. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p.117-60.

19. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

20. Merhy, EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

21. Souza RR de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ci. Saúde Col. 2001;6(2):451-5.

Recebido em 23.4.2004 e aprovado em 26.3.2010.