

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM.  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – DOUTORADO

MARIA VERONICA SALES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DA SEGUNDA  
MICROREGIONAL DE SAÚDE-CE**

FORTALEZA  
2008

MARIA VERONICA SALES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DA SEGUNDA  
MICROREGIONAL DE SAÚDE**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do  
grau de doutor em enfermagem.**

**Orientadora: Profª Dr.ª Maria Josefina da Silva**

FORTALEZA

2008

MARIA VERONICA SALES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DA SEGUNDA MICROREGIONAL DE  
SAÚDE**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor.**

**Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2008**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Josefina da Silva (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof. Dr. Luis Odorico Monteiro de Andrade  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof.Dr. Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra  
Assembléia Legislativa do Estado do Ceará

---

Prof. Dr. Álvaro Alberto de Bittencourt Vieira  
Faculdade Grande Fortaleza – FGF

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>Ana Kelve Castro Damasceno  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof. Dr. Paulo César Almeida  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Virginia de Melo Fialho  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

**À Afrânio Mariano ....e  
Adail Afrânio**

**.... Dedico este estudo.**

## AGRADECIMENTOS

A este Ser tão singular e ao mesmo tempo tão complexo; tão abstrato e ao mesmo tempo tão concreto em minha vida, que eu chamo de Deus.

Ào professor Dr. Paulo César Almeida e Dra. Lucilane Maria Sales da Silva pelo acolhimento, estímulo e orientação.

A Prof.<sup>a</sup> Maria Josefina da Silva Dr.<sup>a</sup> (Orientadora) pelas Orientações.

Aos professores pesquisadores Lucinha (Hospital São José) e Edmundo (Instituto Peter Pan), pela contribuição ofertada na construção desta tese.

Aos professores pesquisadores Prof<sup>o</sup>. Dr. Luis Odorico Monteiro de Andrade, Prof. . Dr. Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra, Prof. Dr. Álvaro Alberto de Bittencourt Vieira, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Kelve Castro Damasceno pela participação no exame desta tese.

Aos professores e colegas de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela partilha e pela concretização de novas amizades.

A professora Rosa pelas correções ortográficas.

A todos os familiares, pelo incentivo e apoio.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desta pesquisa

À CAPES, pela concessão de bolsa de doutoramento.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS- Sistema Único de Saúde

PPI - Programação Pactuada Integrada

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Norma Operacional da Assistência-

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

SISREG - Sistema de Informação para Regulação

UNISUS - Sistema de Informação da Central de Regulação Estadual do SUS

CRES - Coordenadoria Regional de Saúde

CR - Central de Regulação

CMC - Centrais de Marcação de Consultas

ESF - Estratégia Saúde da Família

CF - Constituição Federal

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PDI - Plano Diretor de Investimento

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento e Profissionais de Saúde

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde .

SAI - Sistema de Informação Ambulatorial

SIHD - Sistema de Informação Hospitalar descentralizado

CNS - Cartão Nacional de Saúde

APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

MS - Ministério da Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde

CRES - Coordenadoria Regional de Saúde

CESAU - Conselho Estadual de Saúde

CRESUS - A Central de Regulação do SUS do Estado do Ceará

SESA - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

DFID - Department for International Development

CMC - Central de Marcação de Consulta

PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

COMEPE - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará  
CMR - Central Microrregional de Regulação

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

IBQGP - Instituto Brasileiro de Qualidade e Gestão Pública

SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia

SILOS - Sistema Local de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 01 - Regulação estatal sobre o setor saúde.
- Figura 02 - Complexo regulador
- Figura 03 - Modelo de comunicação da CRESUS – CE
- Figura 04 - Fluxo Atendimento Eletivo Regulado
- Figura 05 - Triangulação de Técnicas
- Figura 06 - Macrorregiões de Saúde-Ce PDR-2006
- Figura 07 - 2ª Microrregional de Saúde PDR – 2006
- Figura 08 - Rede de atenção à saúde na 2ª microrregional
- Figura 09- Componentes e relações do complexo regulador do Sistema de Serviço para regulação do acesso.
- Figura 10 - Componentes e relações do complexo regulador do Sistema de Serviço da 2ª Microrregional de Saúde para regulação do acesso.
- Figura 11 - Recursos Humanos do sistema operacional CRESUS
- Figura 12 - Modelo de comunicação de dados e os equipamentos utilizados, respectivamente pela CRESUS - CE.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 01 - Rede assistencial e referência intermunicipal – Paracuru / Paraipaba.
- Quadro 02 - Rede assistencial e referência intermunicipal – Pentecoste
- Quadro 03 - Rede assistencial e referência intermunicipal – São Gonçalo do Amarante
- Quadro 04 - Rede assistencial e referência intermunicipal – Caucaia
- Quadro 5 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Liderança Organizacional. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.
- Quadro 6 - Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Gestão de Pessoas. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.
- Quadro 07 - Distribuição do número de usuários cancelados, por período, na fila de espera.
- Quadro 08 - Motivo de cancelamentos de procedimentos inseridos na fila de acesso.
- Quadro 9 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Apoio Técnico e Logístico. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.
- Quadro 10 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Gestão da Informação. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.
- Tabela 11 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Demanda Usuário e Sociedade. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.
- Quadro 12 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Gestão da Atenção à Saúde. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.
- Quadro 13 - Relação entre Parâmetro de cobertura de consultas médicas especializadas e % parâmetros de programação
- Quadro 14 - Distribuição das solicitações de procedimentos por município 2006
- Quadro 15- Percentual de solicitações de procedimentos agendados, cancelados e reprimidos - 2006

## RESUMO

Entende-se que o processo avaliativo é, em especial, parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde. Tendo em vista a relevância da central de regulação para a organização da oferta dos serviços de saúde no Estado do Ceará, é importante que esta seja avaliada. O estudo teve por objetivo avaliar a Central de Regulação da 2ª Microrregional de Saúde no atendimento à demanda ao cidadão nos atributos eficiência, eficácia, integralidade e hierarquização dos serviços, na perspectiva da Política Nacional de Regulação. No percurso metodológico optou-se pelo estudo documental, descritivo e de avaliação. A pesquisa foi realizada na 2ª Microrregional de Saúde do Ceará. O estudo foi desenvolvido, nas Centrais de Marcação de Consultas dos municípios e na Central de regulação da Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, tendo como foco a regulação do acesso a assistência em saúde. Os sujeitos do estudo constaram de 16 profissionais ligados à regulação microrregional, dos quais seis coordenadores das centrais de marcação de consultas dos municípios, sete técnicos com função de videofonistas e três funcionários da Central de Regulação da CRES. A coleta dos dados realizou-se no período de fevereiro a agosto de 2007, a opção metodológica se relacionou com a triangulação de métodos utilizou-se a técnica da observação simples, entrevista estruturada- Roteiro de Padrões de Conformidade e dados obtidos de fontes documentais. As informações foram consolidadas gerando planilhas e quadros, sendo realizada análise dos resultados, sistematizando as questões com base em documentos oficiais como portarias e resoluções do Estado do Ceará e do Ministério da Saúde. A pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável de acordo com protocolo COMEPE nº25/07. Resultados: com base no desenho da rede de atenção à saúde, visualiza-se Caucaia, como maior município da rede considerado pólo microrregional, contando com dois hospitais, um municipal e o outro filantrópico, com acesso aos serviços especializados nas áreas ambulatoriais e de internação e capacidade para receber referências de média e alta complexidade. Quanto aos resultados o estudo detectou as seguintes situações: as coordenações não planejam as ações e desconhecem os parâmetros de necessidades para estabelecimento de prioridades; inexistência de avaliação dos procedimentos programados e produzidos; desconhecimento da capacidade de oferta de serviços da rede assistencial; há distorções na programação de oferta de serviços; falta de equipe completa em alguns municípios e inexistência, em algumas Secretarias de Saúde, de ações de controle, avaliação e auditoria efetivas para subsidiar o setor de regulação, o qual deve possuir uma estreita interface com essas atividades na busca de garantir a assistência integral aos usuários do SUS. Conclusão: a regulação estruturada nesta microrregião não cumpre o papel de otimizar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra municipais segundo os critérios das necessidades de saúde da população.

**Palavras-chave:** Avaliação, Regulação, Acesso, Integralidade

## ABSTRACT

It has been understood that the evaluative process is, in special, a fundamental part in the planning and management of the Health System. Observing the relevance of the central of regulation for the organization of the Health Services being offered in the state of Ceará, it is important this central is evaluated. The study had as an objective to evaluate The Central Regulation of the 2<sup>nd</sup> Health Microregional in the services offered observing the following attributes: efficiency, efficacy, integrity and hierarchization of services, according to the National Regulation Policy. Throughout the methodology in course, the documental, descriptive and evaluative study has been chosen. The research was accomplished at the 2<sup>nd</sup> Health Care Microregion of the state of Ceará. The study was developed at the Central of Scheduled Appointments of the Coordenaria Regional de Saúde – CRES, focusing on the regulation of access to health care. The targets of the study was composed by 16 professionals linked to the regulation of the microregional of which six members were coordinators of the scheduled appointments central, seven technicians who had the function of videophonists and three workers of the Central of Regulation - of the CRES. Data was collected between the months of February and August 2007, the methodologic option was related to the triangulation of methods, simple observation has been used, structured interview - script of Conformity Patterns and data taken from documental sources. The information has been consolidated generating plannings and documental frames accomplishing results analysis. Systematizing the questions based on official documents and resolutions from the State of Ceará and the Health Ministry. The research has been appreciated by the Federal University of Ceará, acquiring a favorable overview result according to the COMEPE No 25/07 protocole. Results: Based on the Attention Span towards Health, Caucaia has been noticed as the biggest municipal region considered as a microregional pole, consisting of 2 hospitals, being one municipal and the other a philanthropic one, having access to specialized services in the ambulatorial and hospitalized fields and being able to receive medium and high complexity references. As results, the study has detected the following situation: The coordinations don't plan the actions and don't know the parameters of necessity to stabilize priorities: Inexistence of evaluation of programmes and procedures; they don't know about the capacity of service offer of the assistencial network. There are some distortions about the programmes of services offered. Some teams are incomplete in some regions and the lack of controlling actions in some regions as well as effective evaluation policies to support the regulation sector which must have a close interface with those activities aiming to guarantee the integral assistance to those who use SUS. Conclusion: The structured regulation at this microregion doesn't accomplish properly the role of maximizing the utilization of referenced services in the supra-municipal spaces according to the criteria of necessities of the population health.

**Key-words:** Evaluation, Regulation, Access, Integrity.

## RESUMEN

Se entiende que el proceso de evaluación es, en especial, parte fundamental en la planificación y gestión del sistema de salud. Teniendo en cuenta la relevancia de la Central de Regulación para la organización de la oferta de los servicios de salud en el Estado de Ceará, es importante que esta sea evaluada. El estudio tuvo por objetivo evaluar la Central de Regulación de la 2ª Micro-regional de Salud en la atención a la demanda del ciudadano en los atributos eficiencia, eficacia, integridad y jerarquización de los servicios, desde la perspectiva de la Política Nacional de Regulación. En el recorrido metodológico se optó por el estudio documental, descriptivo y de evaluación. La investigación fue realizada en la 2ª Micro-regional de Salud de Ceará. El estudio fue desarrollado en las Centrales de Marcación de Consultas de los municipios y en la Central de Regulación de la Coordinadora Regional de Salud – CRES, teniendo como foco la regulación del acceso a la asistencia en salud. Los sujetos del estudio fueron 16 profesionales ligados a la regulación micro-regional, de los cuales seis eran coordinadores de las centrales de marcación de consultas de los municipios, siete técnicos auxiliares de regulación médica y tres funcionarios de la Central de Regulación de la CRES. La colecta de los datos se realizó en el período de febrero a agosto de 2007, la opción metodológica se relacionó con la triangulación de métodos, se utilizó la técnica de observación simples, entrevista estructurada- Guión de Modelos de Conformidad y datos obtenidos de fuentes documentales. Las informaciones fueron consolidadas generando planillas y cuadros, siendo realizado un análisis de los resultados, sistematizando las preguntas con base en documentos oficiales como decretos y resoluciones del Estado de Ceará y del Ministerio de Salud. La investigación fue evaluada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Ceará, obteniendo declaración favorable de acuerdo con el protocolo COMEPE nº25/07. Resultados: con base en el diseño de la red de atención a la salud, se visualiza Caucaia, como el mayor municipio de la red considerado polo Micro-regional, contando con dos hospitales, uno municipal y otro filantrópico, con acceso a los servicios especializados en las áreas ambulatorias y de internación y capacidad para recibir referencias de media y alta complejidad. En cuanto a los resultados el estudio detectó las siguientes situaciones: las coordinadoras no planifican las acciones y desconocen los parámetros de necesidades para el establecimiento de prioridades; inexistencia de evaluación de los procedimientos programados y producidos; desconocimiento de la capacidad de oferta de servicios de la red asistencial; existen distorsiones en la programación de oferta de servicios; falta de equipo completo en algunos municipios e inexistencia, en algunas Secretarías de Salud, de acciones de control, evaluación y auditoría efectivas para subsidiar el sector de regulación, el cual debe poseer una estrecha conexión con estas actividades para garantizar la asistencia integral a los usuarios del SUS. Conclusión: la regulación estructurada en esta Micro-región no cumple el papel de optimizar la utilización de los servicios de referencia en los espacios supramunicipales según los criterios de las necesidades de salud de la población.

**Palabras-clave:** Evaluación, Regulación, Acceso, Integridad

**SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO</b>	23
2.1 Regionalização solidária e cooperativa: uma proposta inovadora	23
2.2 A Política Nacional de Regulação	28
2.3 Acesso à saúde: um processo regulatório.	33
2.4 Consolidação do SUS: regulação no âmbito do Pacto de Gestão.	37
2.5 Implantação da Regionalização e da Central de Regulação no Estado do Ceará	42
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	48
3.1 Desenvolvimento da pesquisa	49
3.2 Questões éticas	55
<b>4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	57
4.1 Formação de redes de atenção à saúde na 2ª microrregional: do atendimento integral à complexa integralidade da atenção.	57
4.2 Avaliação da organização técnica e operacional da regulação microrregional: roteiro de padrão de conformidade	74
4.3 Avaliação de indicadores da regulação do acesso na 2ª microrregião de saúde	103
<b>5 CONCLUSÃO</b>	109
<b>6.REFERÊNCIAS</b>	114
<b>ANEXOS</b>	121

## 1 INTRODUÇÃO

A evolução do Sistema Único de Saúde - SUS tem como estratégia fundamental a municipalização das ações e serviços de saúde, exigindo dos gestores o emprego de métodos de avaliação para subsidiar a redefinição de diretrizes e estratégias para sua efetivação. No entanto, Novaes (2000) observa o aumento da preocupação dos gestores dos setores público e privado com a avaliação, embora sua influência na tomada de decisão seja ainda inexpressiva, o que pode ser observado, também, no Estado do Ceará.

A avaliação na atualidade se apresenta numa perspectiva interdisciplinar, tendo em vista que novas metodologias estão sendo desenvolvidas com o objetivo não apenas de demonstrar a efetividade e eficácia, mas de melhorar a qualidade dos serviços para atender às necessidades do mercado e da estrutura pública mundial. Nesse sentido, o aumento dos estudos avaliativos, aliados à diversificação dos conceitos e métodos de avaliação, é condição fundamental para a implementação de políticas públicas. Para Novaes (2000), no setor saúde, a avaliação encontra-se em fase de construção metodológica e conceitual como um importante instrumento de suporte à dinâmica dos sistemas e serviços.

Notadamente, a avaliação no contexto da regulação em saúde torna-se imprescindível para o fortalecimento e concretização da Política Nacional de Regulação do SUS, a qual é tema bastante discutido pelos movimentos democráticos e vários segmentos da sociedade, sendo a regulação da oferta de serviços de saúde tratada no campo conceitual da universalidade, equidade, integralidade e demais princípios constitucionais. Nesse contexto, a regulação em saúde viabiliza o acesso equânime e oportuno da população à atenção integral, de qualidade, universalista e realizadora de direitos sociais.

Essa política pretende integrar, de forma hierarquizada, a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e o acesso aos níveis de complexidade, sendo o usuário o foco da atenção e a rede básica de saúde a porta de entrada do sistema de saúde. Possui como principal forma de organização estrutural do fluxo entre os níveis de assistência, a Programação Pactuada e Integrada – PPI, instituída pela Norma Operacional Básica NOB 01/1996 e definida como instrumento de gestão e planejamento essencial para a programação e a alocação dos recursos destinados ao custeio das ações, consideradas de média e alta complexidade. Tem por objetivo buscar a equidade de acesso da população às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

Apesar de instituída pela NOB 01/1996, a PPI foi definida na Norma Operacional da Assistência - NOAS 01/2002 como um instrumento das ações e serviços de saúde, em busca da integralidade da atenção e da equidade na distribuição de recursos, sendo fortalecida pelo Pacto pela Saúde, definido na Portaria GM/MS nº 399/2006. (BRASIL, 2002a, 2002b). Esse pacto contempla três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O Pacto de Gestão define como uma de suas diretrizes que a PPI deve ser realizada de forma ascendente, partindo das ações de atenção básica e contemplando toda a necessidade de saúde de forma hierarquizada, tendo por base a regionalização solidária.

Segundo Brasil (2007a: 125p),

[...] uma importante mudança instituída pelo Pacto pela Saúde a ser considerada na proposta da Programação Pactuada e Integrada é a alocação de recursos em cinco blocos, sendo um deles relativo ao financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade, incorporada, na PPI, das ações financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Portanto, a PPI traduz-se como instrumento viabilizador da operacionalização da assistência em saúde. Para Brasil (2002a: 04p), a regulação da assistência traduz-se como “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”. A função de regulação é entendida como estratégia em estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS. A regulação é um dos instrumentos de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde. (BRASIL, 2002b)

A regulação em saúde no SUS é uma das diretrizes contempladas no Pacto pela Saúde, sendo definida como Política Nacional de Regulação, em consonância com a regulação da atenção à saúde e a regulação assistencial e com os seguintes eixos a serem operacionalizados pelos gestores: implantar e/ou implementar complexos reguladores e implantar sistemas informatizados de regulação (BRASIL, 2006a, 2007a).

O conceito de regulação no SUS antes do Pacto pela Saúde restringia-se à regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Com o Pacto, a regulação passa a ser compreendida também como uma importante ferramenta de gestão do sistema de saúde, tendo os gestores do SUS a responsabilidade de incorporar ações de regulação, na garantia do direito à saúde, fazendo cumprir os princípios doutrinários do SUS de universalidade e integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade.

Dessa forma, a regulação é definida em três dimensões: regulação da atenção à saúde, que “compreende a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária”; regulação assistencial, definida como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles”; e regulação do acesso, considerada como o “estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime” (BRASIL, 2007a: 31p).

Nesse sentido, a proposta deste estudo justifica-se pelo surgimento de novos conceitos e legislação do SUS acerca da regulação assistencial, com os gestores e profissionais de saúde que confrontam as mudanças nos Sistemas Locais de Saúde nas estratégias e responsabilidades.

O interesse pela temática é justificado pela atuação da pesquisadora, Enfermeira, na área da regulação há três anos, em municípios do Estado do Ceará, onde foi nos dado a oportunidade de desenvolver diversos trabalhos, tendo como enfoque os temas dos serviços e das práticas de saúde. Vale salientar que outro fato de grande importância diz respeito à constante capacidade e aperfeiçoamento das atividades técnicas administrativas.

Em 1998, ao ingressar na Secretaria Estadual de Saúde, especificamente na 6ª Microrregional de Saúde, foram desenvolvidas atividades na área da Vigilância em Saúde. Na oportunidade, realizamos curso de especialização em Gestão de Sistema Locais de Saúde, o que nos forneceu subsídios para uma atuação mais efetiva na área da regulação. Posteriormente, em março de 2004, implantamos uma Central de Regulação em um município do interior do estado e assessoramos outros municípios na organização deste setor. Experiências importantes que viabilizaram uma melhor compreensão da importância deste serviço para a comunidade e para a consolidação do SUS e integralidade na saúde. Durante as atividades desenvolvidas nesta área, verificou-se que o setor exige constante capacitação e aperfeiçoamento das atividades técnico-administrativas em saúde.

Além disso, a pesquisadora realizou vários cursos de extensão e aperfeiçoamento, para atingir um grau de conhecimento e obtenção de competências no trabalho com as novas estratégias e ações de gestão da regulação no SUS.

Neste estudo, destaca-se o Pacto pela saúde no seu componente de gestão, que define a Regulação como diretriz que configura uma linha de financiamento de custeio específica através do bloco de financiamento da Gestão; conceitua as principais estruturas regulatórias; lista os princípios orientadores do processo de Regulação; define meta e explicita as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do Gestor Federal (Brasil, 2006b).

Para implementar as atividades regulatórias o Ministério da Saúde, desenvolveu o Sistema de Informação para Regulação, o Sisreg, no período de 1999-2002, o que representou o início da informatização dos complexos reguladores, sendo definido como: “Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.” (BRASIL, 2007c, p. 8).

Entretanto, o Sisreg não é de utilização obrigatória pelos Estados e Municípios, passando a ser implantado nas Secretarias de Saúde que o solicitam, tendo sua manutenção assegurada pelo Datasus. Como o sistema não é obrigatório, algumas Secretarias Municipais de Saúde contratam empresas para desenvolver outros sistemas de informação para regulação a partir do modelo do Ministério da Saúde, o qual foi suspenso em 2005, em decorrência das limitações do sistema, tendo sido uma nova versão do Sisreg desenvolvida em 2006, o Sisreg 3 (CONSENSUS, 2006).

O estado do Ceará fez opção pelo Sistema de Informação da Central de Regulação Estadual do SUS (UNISUS), que subsidia a organização do setor de regulação da assistência, e é composto por unidades de trabalho, denominadas unidades executoras ambulatoriais e hospitalares, desempenhando a função de receber e direcionar a demanda por serviços, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada, como também identificar o déficit e as falhas do sistema (CEARÁ, 2001).

Durante o processo de reorganização dos serviços no SUS estadual, a Secretaria de Saúde do Estado, com a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, lançou o documento “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do SUS do Estado do Ceará”, visando à estruturação dos sistemas Microrregionais e Macrorregionais de Serviços de Saúde, envolvendo níveis de atenção primário, secundário e terciário (CEARÁ, 1998).

Seguindo a estrutura organizacional contida na regionalização da saúde em sua divisão do estado em macro e microrregiões, foram implantadas no estado três Macrorregionais de Regulação, localizadas nos municípios de Fortaleza, Sobral e na região

do Cariri, para regular o acesso aos serviços de alta complexidade, e vinte e duas Microrregionais localizadas nos municípios de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Canindé, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Limoeiro do Norte, Sobral, Acaraú, Tianguá, Tauá, Crateús, Camocim, Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte e Cascavel.

Em cada microrregião foi criada uma Coordenadoria Regional de Saúde - CERES. Esta é uma instância integradora entre o nível central e municipal, com articulação ampliada de mobilização do conjunto de instituições e entidades, tendo por objetivos: assessoria / cooperação técnica; avaliação de políticas, sistemas e serviços de saúde; participação e promoção da melhoria do processo de gestão e da qualidade dos serviços; regular o acesso de média complexidade; observar os pactos e acordos estabelecidos entre os municípios; otimizar a oferta de serviços de saúde e possibilitar um acesso mais ágil, equânime e democrático (CEARÁ, 2001).

A Central de Regulação - CR - amplia o acesso dos pacientes às consultas e aos procedimentos ambulatoriais especializados da rede SUS. Está implantada na maioria dos 184 municípios do Estado do Ceará, apesar das dificuldades que apresentam em operacionalizar esse processo de regulação, principalmente devido à escassez de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento eficiente da central de regulação. Essas centrais, no município, são denominadas Centrais de Marcação de Consultas – CMC, que se constituem em uma das formas existentes de regular a oferta e a demanda dos serviços de saúde.

A CR é um mecanismo de regulação do sistema de saúde que deveria funcionar evitando distorções com relação a taxas cobradas aos pacientes pelos prestadores de serviços de saúde e à cobrança ao SUS de procedimentos não realizados. No Ceará, a realidade é que, independente do serviço prestado, o recurso de programação mensal é creditado para as unidades de referências, mesmo que não cumpram a programação pactuada.

Geralmente, essas unidades apresentam capacidade de atendimento inferior às necessidades das solicitações realizadas pelos Municípios e, algumas, apesar de serem conveniadas com o SUS, não cumprem com a PPI mensal firmada com os mesmos, impondo o pagamento de taxas por contribuinte. Essa cobrança é considerada taxa extra por ser, muitas vezes, paga pelo próprio usuário, haja vista que o município para custear este tipo de assistência, de forma legal, deveria ter contrato extra PPI com a unidade, onde seria especificado o tipo de procedimento a ser pago.

No entanto, esse tipo de contrato é inviável para muitos municípios, uma vez que as unidades de saúde não cumprem o que foi pactuado, mas recebem o recurso de forma integral.

A CR deve dispor, em tempo real, de informações sobre as condições de oferta de serviço de saúde, tendo em vista que a informação atualizada é um instrumento fundamental no processo de regulação. É uma atividade permanente e dinâmica para possibilitar a tomada de decisão de forma consistente, eficaz e eficiente. Os dados que o Complexo Regulador produz estão relacionados com a resolubilidade concreta do Sistema. Essas informações são vitais para o planejamento e o eficiente acesso assistencial em saúde.

É importante lembrar que no inciso XII do artigo 7º da Lei 8.080/90 afirma-se que o SUS deve ter por princípio a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2007b). Nesse sentido, a CR é um dos mecanismos do sistema para resolver o problema quanto ao acesso assistencial de saúde das pessoas que precisam do SUS, qualquer que seja sua complexidade.

Tendo em vista a relevância da central de regulação para a organização da oferta dos serviços de saúde no Estado do Ceará, é importante que esta seja avaliada no que concerne à eficiência e à eficácia, observando especificamente a atenção à saúde do cidadão, de forma a contribuir para mudanças nos pontos considerados sensíveis e impeditivos a seu pleno funcionamento.

Entende-se que o processo avaliativo é, em especial, parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde. Uma avaliação efetiva contribui para reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de maneira a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Para essa avaliação, os conceitos centrais deste estudo são eficiência e eficácia. A primeira referindo-se ao cumprimento de normas e à redução de custos, fazer mais com menos recursos; realizar tarefas sem desperdiçar recursos. No sistema de regulação, a eficiência poderá ser avaliada pela plena utilização da capacidade disponível para a clientela do SUS e pela remuneração dos prestadores de acordo com sua capacidade e contrapartida em atendimento; a segunda refere-se à quantidade e qualidade dos produtos e serviços ofertados, significando para a regulação realizar bem as ações que se planeja ou programa com a melhor qualidade possível, ou seja, ser resolutivo, em tempo hábil, com o problema demandado sem agravos decorrentes da espera prolongada (MOTTA, 2001).

Nesse sentido, o presente estudo pretende, a partir do processo de avaliação, proporcionar subsídios para o fortalecimento do sistema de regulação da saúde e da capacidade de gestão do SUS no Estado, priorizar a avaliação do sistema de regulação do acesso, pois este atuando efetivamente, deverá garantir atenção integral aos usuários de acordo com suas necessidades, bem como realizar avaliação crítica dos resultados de gestão, tanto pelos gestores quanto pela sociedade, devendo assegurar atenção integral ao cidadão.

Na prática, o processo de implantação das Centrais de Regulação apresenta muitas dificuldades, tornando-se um desafio à construção de outros referenciais que orientem a regulação, a partir da avaliação do funcionamento das centrais. Dessa forma, considera-se que avaliar uma central de regulação, à luz dos conceitos de eficiência e eficácia, certamente, constituirá um processo autônomo de construção de saberes e estratégias para o desenvolvimento deste setor.

Dessa forma, os seguintes questionamentos foram propostos: a Central de Regulação garante o acesso dos cidadãos à rede de serviços públicos de saúde? A estratégia de organização da Central de Regulação responde ao princípio de integralidade e hierarquização dos serviços na atenção à saúde? A Regulação cumpre o papel de otimizar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra municipais, segundo os critérios das necessidades de saúde da população?

Com base nesses questionamentos, foram elaborados os seguintes pressupostos:

- Na regulação do acesso, devem ser consideradas a eficiência e a eficácia do sistema de saúde como requisitos necessários para a melhoria do acesso e da integralidade da assistência à saúde.
- Os complexos reguladores apresentam dificuldades em sua organização, inviabilizando o acesso da população e a otimização de sua utilização.
- A política de regulação da atenção à saúde não apresenta respostas às necessidades de saúde da população, desconsiderando a existência de uma demanda real e artificial, ou seja, a que foi priorizada pela Programação Pactuada Integrada (PPI), bem como a oferta potencial e a oferta existente.

A integralidade é destaque neste estudo devido ser o maior desafio, atual, da saúde no Brasil, sendo parte de uma “imagem-objetivo”, definida como uma situação desejável que tem por propósito distinguir o que se quer construir e aonde se quer chegar, tentando indicar a direção que se quer imprimir à transformação da realidade. Parte de um pensamento crítico que se nega a reduzir a realidade da sociedade, a qual apresenta uma assistência à saúde fragmentada, e busca superá-la (MATTOS, 2003). Para o SUS, essa imagem-objetivo é constituída pelos princípios da universalidade do acesso, a equidade do atendimento e a integralidade da assistência.

A integralidade, neste sentido, é definida como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, permitindo a ampliação do horizonte de intervenções sobre problemas, sendo desenhada para fornecer respostas específicas a um determinado problema de saúde. Este princípio estaria ligado diretamente à organização dos serviços e das práticas de saúde, buscando uma necessária e efetiva horizontalização e articulação entre as ações programáticas presentes nos serviços, visando quebrar a dicotomia entre as ações de saúde públicas e assistenciais, assim como, entre o distanciamento e a cisão das áreas especializadas entre si (MATTOS, 2003).

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 331),

“O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida”.

Para a garantia da integralidade das ações de saúde, exemplificando com a organização do sistema de regulação do acesso assistencial, é necessário que vários atores, como gestores, profissionais de saúde e usuários, estejam sensibilizados e capacitados para atuarem efetivamente nesta área refletindo na eficiência e eficácia das ações ofertadas.

A inserção de novos atores sociais na gestão do SUS foi viabilizada pela descentralização do setor saúde. O enfermeiro é uma das categorias de destaque, neste setor, ocupando cargos de direção e coordenação, desta forma sendo co-responsável pela gestão do SUS que exige habilidades e poder político. Para o setor de regulação do acesso esse profissional tem-se destacado no processo de implantação e organização, tanto na esfera estadual, como na municipal. Nunes, Rego e Nunes (2004, p. 427), em estudo sobre a participação política do enfermeiro no SUS, afirma que:

[...] os atores que são incorporados à gestão do SUS são, na verdade, co-gestores deste sistema. [...] Ao assumirmos que a gestão do SUS é essencialmente compartilhada e exercida por gestores e co-gestores, estamos equiparando as funções gestoras e gerenciais definidas na Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, estabelecendo, assim, um conceito ampliado de gestão. [...] Ao permitir que novos atores atuem como co-gestores do SUS, o papel destes cresce em participação e importância. Dentre estes novos atores, a enfermeira ganha destaque pelo fato desta profissional ocupar cada vez mais cargos chave na gestão do SUS.

Para o enfermeiro atuar como gestor da regulação em saúde é um desafio, pois esse setor compreende atividades específicas que devem ser incorporadas aos saberes e habilidades deste profissional.

É importante destacar que o enfermeiro, mesmo aquele que não está na coordenação da regulação, responde por este serviço em sua porta de entrada, ou seja, na Estratégia Saúde da Família - ESF, pois tem como responsabilidade, enquanto supervisor do Agente Comunitário de Saúde, desenvolver o mapeamento da área, fazendo descrição das condições e necessidades da população, juntamente com os demais membros da equipe (CEARÁ, 2002).

Espera-se que este estudo possa revelar os pontos críticos que interferem no pleno funcionamento de uma Central de Regulação, fortalecendo a organização do Modelo de Regulação da Assistência no Estado. A avaliação de uma central de regulação nos permitirá ter uma visão mais completa e abrangente da sua realidade em diferentes dimensões.

Este estudo tem por objetivo avaliar a Central de Regulação da 2ª Microrregional de Saúde no atendimento à demanda ao cidadão nos atributos eficiência, eficácia, integralidade e hierarquização dos serviços, na perspectiva da Política Nacional de Regulação.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO**

### **2.1 Regionalização solidária e cooperativa: uma proposta inovadora**

Nos anos 90, iniciou-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde e de um novo arcabouço jurídico: a Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas Municipais, a Lei 8.080/90 e a 8.142/90. As leis orgânicas detalharam os princípios e as diretrizes organizacionais do sistema e as competências e atribuições das três esferas de governo, cuja regulamentação buscou delinear o modelo de atenção e definir as funções específicas de cada ente federado (NORONHA, 2006).

A concretização dos princípios do SUS na década de 90 passou por contínua tensão devido a obstáculos estruturais e conjunturais, além da repercussão, no Brasil, da onda conservadora de reformas no plano sócio-político e econômico, fortalecendo as idéias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais e fragilizando o poder do Estado (GUEDES; NASCIMENTO, 2003).

Ainda para estes autores, o neoliberalismo é a doutrina que emprega o equilíbrio entre interesses sociais e privados dos cidadãos e defende a idéia de que o mercado se regula por si mesmo, portanto qualquer intervenção neste mecanismo provoca desequilíbrios e efeitos nocivos, afetando o conjunto da sociedade. Para esta doutrina é fundamental a redução da intervenção do Estado e do poder público na área social, assim, vale ressaltar que esses ideais favorecem a falta de acesso da população de baixa renda aos serviços de saúde, educação, previdência e outros.

Nesse contexto, o Estado Regulador em oposição ao Estado Social forma-se em volta de uma sociedade globalizada, na qual estão intensificadas as relações sociais em escala mundial, por meio da ligação entre locais distantes e a interconexão de eventos e acontecimentos do cotidiano.

O neoliberalismo no mundo globalizado na década de 90 depara-se com um movimento transitório da saúde, ficando evidente a passagem de um sistema extremamente centralizador para um processo democrático e de participação. O cenário da saúde inicia o

processo de descentralização das ações passando os gestores municipais a serem atores fundamentais no campo da saúde (LUZ, 2000).

A globalização impõe novos desafios sociais, tornando visíveis os efeitos da miséria e da pobreza. Esse fenômeno exige da sociedade redefinição de responsabilidades governamentais e designa um movimento complexo de abertura de fronteiras econômicas e de desregulamentação que permitem às atividades econômicas capitalistas estenderem seu campo de ação ao conjunto do planeta (GUEDES: NASCIMENTO, 2003).

Para avançar na consolidação do SUS foi necessário possibilitar que a formulação da política para o setor saúde ocorresse mediante espaços que concretizassem a aproximação entre construção da gestão descentralizada do sistema de saúde, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo (BRASIL, 2007a).

O SUS tem como diretrizes a universalidade do acesso, a descentralização e a regionalização dos serviços de saúde. Este sistema desenvolveu uma relação federativa entre os entes federal, estadual e municipal, tornando muito complexa a organização funcional e integrada entre estes, por estar estruturado em três esferas político-administrativas autônomas.

Com a implantação do SUS, a regionalização passou a ser iniciativa prioritária do Ministério da Saúde, visando à integralidade do acesso, à redução das desigualdades e à qualificação da gestão descentralizada do Sistema de Saúde. A Regionalização em Saúde, instituída na Constituição Federal (CF) de 1988, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde devem estar organizados de forma regionalizada (Art. 198) e prevê a cooperação inter-governamental como requisito ao “equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (Parágrafo Único do Artigo 23, CF) (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde, sancionada em setembro de 1991, regulamentou os princípios constitucionais do setor e indicou medidas indispensáveis à reformulação do Sistema de Saúde no País, onde a regionalização figura como um dos princípios do SUS (Art. 7º da Lei 8080) (BRASIL, 2007b).

A Regionalização como princípio orientador, constitucionalmente definido, integra as ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um

Sistema Único, organizado e descentralizado, com direção única em cada esfera de governo. As NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002 e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS abordam várias estratégias que objetivam contribuir para o processo de regionalização em saúde, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso (BRASIL, 2007d).

Uma das estratégias do Pacto pela Saúde 2006 diz respeito à organização regionalizada da assistência, através da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e de diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.

A regionalização da atenção em saúde se fundamenta em organizar, dentro de uma região geográfica determinada, todos os serviços e programas de saúde, de forma hierarquizada e inter-relacionada, sob uma só gestão. Dessa forma, é um instrumento de gestão que permite utilizar todos os recursos de saúde disponíveis em uma região e ofertar à população atenção à saúde de boa qualidade, eficiente e suficiente, ou seja, é a integração e a coordenação dos recursos de saúde disponíveis numa região, para que se obtenha sua melhor utilização, permitindo, assim, através dos diferentes níveis de complexidade, o acesso da população aos serviços ofertados (BRASIL, 2007d).

É fundamental que a regionalização seja pensada de forma hierarquizada, haja vista que este princípio subsidia a forma de organização dos serviços de saúde, viabilizando a universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde. Dentro dessa lógica, a Rede de Serviços do SUS deve estar capacitada para ofertar todas as modalidades de assistência, garantindo o acesso a toda tecnologia disponível e possibilitando um ótimo grau de resolubilidade. Tal visão deve incorporar o dimensionamento da capacidade física da rede, o perfil adequado de seus recursos humanos, além da disponibilidade tecnológica (BRASIL, 1990).

O princípio da hierarquização engloba o subprincípio da suficiência e insuficiência tecnológica em cada nível de atenção e cada um deve ter resolubilidade que o justifique com a respectiva suficiência tecnológica que o caracterize. Se um nível de atenção não tem suficiência tecnológica para atender os problemas de saúde, ele dependerá de um nível de atenção de maior complexidade, que lhe servirá como referência. E, ainda, o Sistema de Referência e Contra-referência é consequência do subprincípio anterior e exige um fluxo e

contra-fluxo de pacientes e de informações gerenciais e técnicas dentro da rede de serviços (MENDES, 1993).

Para o autor supracitado, a hierarquização está fundamentada na constatação de que as necessidades de saúde de menor complexidade têm maior ocorrência do que as mais complexas. Isso implica uma correlação entre a complexidade dos problemas de saúde e o custo social de produção para resolvê-los.

Segundo o Ministério da Saúde, a maioria dos municípios brasileiros possui menos de 20.000 habitantes, não garantindo economia de escala para a implantação de sistemas de saúde resolutivos sequer para oferta das ações básicas, apresentando enorme dependência em relação às transferências federais. O enfrentamento dessa situação, mais que mecanismos compensatórios, exige uma mobilização estratégica para a promoção de relações mais solidárias e cooperativas entre os entes federados (BRASIL, 2001).

O desenvolvimento do Pacto Pela Saúde 2006 pretendeu viabilizar uma cooperação solidária entre os entes federados na perspectiva de superar as dificuldades apontadas pelo Ministério da Saúde, responsabilizando os gestores do SUS quanto a assumirem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde com ênfase nas necessidades de saúde da população que implicou no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Dentre os objetivos propostos por este pacto, está a regionalização da saúde, disposta no Pacto de Gestão como prioridade na organização dos sistemas de saúde.

O Pacto pela Saúde 2006 conceitua a regionalização como “... uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (BRASIL, 2006a, p.18).

Os objetivos da Regionalização compreendem a garantia do acesso à saúde de forma resolutiva, com qualidade de forma completa e complexa, transcendendo a escala local e municipal; a redução das desigualdades sociais e territoriais e promoção da equidade através de uma visão nacional ampliada dos problemas de saúde, possibilitando reduzir as desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde. Pretende ainda garantir a integralidade na atenção à saúde, potencializar o processo de descentralização, racionalizar

os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2007d).

No processo de regionalização, a divisão do território estadual é feita tendo como base características locais, situação de saúde da população, oferta e acesso aos serviços. Dessa forma, o poder público teve que se organizar, desenvolvendo sua capacidade sistemática em responder às diferentes demandas de saúde em seus vários níveis e etapas do processo de assistência.

A regionalização organiza o fluxo da rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, favorecendo uma ação cooperativa e solidária entre os gestores e um fortalecimento da participação e controle da sociedade.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI.

O PDR deve contemplar a divisão do território estadual em regiões e microrregiões de saúde; o diagnóstico dos principais problemas de saúde; a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios que assegurem o primeiro nível da média complexidade e o apoio necessário às ações de atenção básica; o fluxo de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal e a organização de redes assistenciais específicas. Enquanto o PDI expressa os recursos e investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual (CEARÁ, 2007).

A PPI é um instrumento fundamental de planejamento das ações e serviços de saúde, que visa à integralidade da atenção e a equidade na distribuição dos recursos. Este documento define as responsabilidades de Estados e Municípios para a assistência à saúde da população, sendo orientada atualmente pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde (CEARÁ, 2007; BRASIL, 2006c).

O avanço da saúde pública no país ainda não foi suficiente para dirimir as dificuldades do SUS, o qual apresenta demanda reprimida, dificuldade de acesso a internações, cirurgias e consultas especializadas e a tecnologias e insumos, ou seja, à

resolubilidade do sistema, inviabilizando os princípios fundamentais de universalidade e eqüidade.

Outro princípio fundamental que encontra sérias barreiras para se consolidar é a integralidade, haja vista que a ausência de integração entre unidades e/ou entidades integrantes do SUS e instituições privadas de saúde, como forma complementar de assistência, aliada à ausência ou ineficiência de protocolos e rotinas diagnósticas, terapêuticas e de promoção e proteção da saúde inviabilizam a integralidade.

## **2.2 A Política Nacional de Regulação**

O Pacto de Gestão do SUS possibilita a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde. E, ainda, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro-função de cooperação técnica entre os gestores dos entes federados.

A Política Nacional de Regulação do SUS (Brasil, 2006a) propõe os seguintes eixos a serem operacionalizados pelos gestores, conforme estabelecido nas diretrizes do Pacto de Gestão do SUS, a qual está enfocada em três eixos estruturantes:

*EIXO 1* - Recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores, contemplando uma estrutura mínima composta por: I. Estrutura lógica, elétrica e de telefonia, inerentes ao seu funcionamento; II. Infra-estrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática, como o aplicativo de regulação (SISREG III), o sistema operacional, o *link* em banda larga para a *internet* e os servidores de aplicação; III. Capacitação inicial e preparação de multiplicadores locais, que possam estabelecer um processo de capacitação permanente de recursos humanos, suprimindo, assim, as necessidades oriundas da grande rotatividade de pessoal e o financiamento de custeio.

*EIXO 2* - Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores, tendo como principais: o Pacto pela Saúde no seu componente pacto de gestão; os Contratos com os prestadores de serviços de saúde; a política de cadastramento de estabelecimentos e

profissionais de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimento e Profissionais de Saúde – CNES; o Plano Diretor de Regionalização – PDR; a Programação Pactuada e Integrada – PPI; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS; os protocolos de regulação e o aplicativo Sistema Nacional de Regulação - SISREG III.

*EIXO 3* - Programa de capacitação permanente de recursos humanos, o qual pretende formar multiplicadores, proporcionando à gestão estadual e às gestões municipais as condições para o estabelecimento de um pólo de educação permanente que garanta a formação de novos atores no processo de regulação bem como a contínua capacitação.

Outros instrumentos considerados de importância para a implantação da Política Nacional de Regulação são: o aplicativo Módulo Autorizador; a tabela Unificada de Procedimentos; o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e o Sistema de Informação Hospitalar descentralizado – SIHD.

O Aplicativo Sistema Nacional de Regulação - SISREG III é um programa, desenvolvido pelo Datasus em parceria com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da SAS/MS e a Universidade de Brasília, que trabalha com software livre e permite marcação de consultas, exames, internações, fila de espera e regulação. A contrapartida das Secretarias Municipais é ter uma estrutura de rede, computadores e pessoas qualificadas para alimentar o sistema. O Sisreg III viabiliza a expansão do projeto Cartão Nacional de Saúde, com um cartão confeccionado na hora, que identifica o paciente do SUS e registra cada procedimento realizado (CONSENSUS, 2006).

Para implantação do Sisreg III é necessário que a Secretaria de Saúde tenha acesso e provedor de internet; equipamentos com memória superior a 512 MB RAM e capacidade de processamento superior a 1.8 GHZ; pessoal treinado para operar o sistema; e local adequado para instalação dos equipamentos. É um sistema simples disponibilizado nos servidores do Datasus, com acesso on-line e utiliza-se de tecnologia livre (BRASIL, 2006d).

O Ministério da Saúde orienta aos Estados e Municípios que o sistema informatizado, para organização da regulação do acesso, deve ser compatível e estar em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde, com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, com a Programação Pactuada e Integrada – PPI, com o Cartão Nacional de Saúde – CNS, com o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e com o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, além de permitir todos os tipos de

consultas e relatórios possíveis e necessários para o gerenciamento dos Complexos Reguladores.

Esclarece ainda que os objetivos de um sistema informatizado de regulação pressupõem que sejam distribuídos de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada; que os recursos assistenciais estejam disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada; que viabilize o acompanhamento da execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios; permita o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados; identifique as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda; subsidie as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso; e permita o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor (BRASIL, 2006d).

Apesar de permitir que o município utilize outros sistemas para a regulação, o Ministério da Saúde definiu que para atingir os objetivos propostos e operar a Central de Regulação, o sistema informatizado deverá ter no mínimo as seguintes funcionalidades: possibilite configurar ao sistema informatizado o controle de acesso dos usuários, a natureza da unidade (executante ou solicitante), bem como sua oferta e complexidade; configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o controle financeiro; permita um sistema hierarquizado entre as centrais de regulação; o sistema deve interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH); gere arquivos para bases de dados nacionais, relatórios operacionais e gerenciais (BRASIL, 2006d).

Para realizar ações regulatórias (consultas, exames e internações), o sistema deve gerar agenda por especialidade, sub-especialidade, profissional e período de validade da mesma; distribuir quotas por Unidade Solicitante e tipos de consultas/procedimentos, possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico; gerar atualizações e mapas de leitos; permitir o acompanhamento e controle do fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares e ambulatoriais; visualizar a ocorrência de cancelamentos e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas e por fim subsidiar os setores de Controle, Avaliação e Auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar e a qualidade da assistência (BRASIL, 2007c).

A operacionalização do Sisreg III ocorre por meio das seguintes etapas: Módulo Solicitante; Módulo executante; Operador Solicitante; Módulo fila de espera; Operador Administrador de Complexo Regulatório Municipal; Operador Administrador de Complexo Regulatório Federal. Apresenta ainda relatórios fundamentais para avaliação do sistema: ranking, cotas, fluxos e produção. O funcionamento destas etapas ocorre da forma descrita abaixo:

O Módulo solicitante possui dois operadores, responsáveis por agendamento e solicitação de procedimentos da atenção básica, média e alta complexidade, de acordo com os protocolos de auditoria e a administração da oferta e demanda pelo complexo regulatório. Os operadores, solicitante e videofonista, realizam as atividades de agendamento de procedimentos e solicitação de autorizações para procedimentos regulados, para AIH e para APAC, de forma on-line para os habitantes cadastrados na região da unidade básica de saúde. O operador videofonista pode também solicitar procedimentos para as unidades de saúde que não possuam acesso a internet, recebendo solicitações via telefone, mantendo a mesma estrutura de cotas e regras delineadas pelos Protocolos de Regulação (BRASIL, 2007e).

O Operador Executante é responsável pela realização das ações agendadas pelas Unidades Solicitantes e pela confirmação das mesmas através do número chave impresso na ficha de solicitação de procedimentos emitida pelo SISREG III. Este operador só terá acesso ao número chave de confirmação de Execução de Procedimento, quando o paciente chegar à Unidade de Saúde com a ficha de Solicitação de Procedimentos em mãos, caso este paciente não compareça a Unidade Executante, não será confirmada a execução do procedimento solicitado (BRASIL, 2007c).

O Módulo fila de espera é parte do gerenciamento da oferta e demanda. Pode ser desenvolvido de duas maneiras: automático, ou seja, quando o usuário do SUS não encontrar vaga pelos métodos de solicitações normais; e se o seu caso não possuir um grau de urgência mais acentuado, ele poderá ser encaminhado para a fila de espera e aguardar que o sistema a cada 24 horas busque uma vaga para o agendamento de sua solicitação. Encontrada a vaga, a autorização será enviada para o gerenciador de impressão, onde os operadores terão acesso a sua impressão e cuidarão para que este documento chegue às mãos do Usuário SUS em tempo hábil para a realização do procedimento. O importante é

que a fila como aplicativo automático não necessita de um operador específico para a sua execução (BRASIL, 2007e).

Para que o sistema funcione adequadamente é necessário ainda o operador administrador do Complexo Regulatório Municipal, Estadual e Federal. O operador municipal irá cadastrar unidades de saúde e leitos existentes no município que já façam parte da base CNES, no SISREG III. Nesta esfera ainda há o operador regulador responsável pela autorização dos laudos de AIH e reserva dos leitos eletivos e de urgência e o operador controlador de leitos que realiza admissão, alta e transferência de clínica de laudos de AIH autorizados para usuários SUS dentro de uma Unidade Executante de Internação Hospitalar.

O operador regulador e o controlador de leito, além das funções citadas acima, têm acesso ao mapa de leitos dinâmico para a visualização dos leitos disponíveis, das reservas de urgência e eletivas, leitos extras e ocupados, dentro das unidades executantes de internação hospitalar. O Módulo Central de Leitos trabalha com a atuação de três operadores, módulo para gerenciamento, cadastramento e visualização da estrutura de leitos das unidades executantes de internação hospitalar (BRASIL, 2007c).

Os operadores administradores da esfera Municipal, Federal e Estadual realizam as seguintes atividades: federal - Cadastros de Senhas Estaduais, Avisos Federais, Dias Úteis, Servidores de Acesso Remoto, Configuração dos Menus de Acesso, Importação de Procedimentos da Tabela SIA e verificação de Relatórios Administrativos. Operador Administrador de Complexo; estadual – Cadastro de Avisos Estaduais, senhas de Acesso Municipais, PDR – Plano Diretor de Regionalização, PPI – Programação Pactuada e Integrada e verificação de Relatórios Administrativos; municipal – Cadastro de Unidades de Saúde, Profissionais, Tetos e Horários de Atendimento, Vínculos, Proximidades, Afastamentos, Leitos, Operadores de Sistema, Parâmetros de Funcionamento e verificação de Relatórios (BRASIL, 2007f).

O sistema fornece à equipe de saúde relatórios para acompanhamento e avaliação do acesso em saúde, tais como o *ranking* que mostra o número de solicitações realizadas pelos operadores do município com *login* ativo conforme o período solicitado; cotas demonstrando a capacidade de solicitação do Município sede, com base na PPI – Programação Pactuada e Integrada, nos diferentes níveis do PDR – Plano Diretor de Regionalização, visualizando o mês atual, o anterior e o próximo mês, distribuído em cota,

utilização e saldo; fluxos identificando os fluxos de PDR conforme o número da regional solicitada, dentro da unidade federada do operador ativo e por último o de produção que emite relatório por unidade executante, identificando a quantidade de procedimentos solicitados e confirmados nas formas física e financeira.

Existem outros relatórios importantes para o processo de avaliação, os supracitados são apenas alguns exemplos dos que podem ser emitidos pelo Módulo de Relatórios do SISREG III, o qual é responsável pela condensação e filtragem de todos os dados envolvidos no funcionamento do Complexo Regulatório, para que possam ser acessados de forma organizada e de fácil entendimento por parte de seus Operadores.

### **2.3 Acesso à saúde: um processo regulatório**

A função de regulação é entendida como estratégia em estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS. A regulação é um dos instrumentos de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde (MENDONÇA, 2006). Assim, os marcos conceituais da regulação em saúde delimitam claramente a regulação de acesso dos usuários aos serviços assistenciais, trazendo, também, a noção de complexos reguladores.

O Ministério da Saúde, buscando superar deficiências conceituais, práticas e de finalidades, propõe uma reformulação dos conceitos de regulação, discriminando-a segundo sua ação sobre sistemas de saúde: regulação sobre sistemas; da atenção à saúde que atua sobre a produção direta das ações e serviços de saúde, portanto, sobre prestadores de serviços; e do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Dessa forma, a regulação sobre sistema de saúde contém as ações de regulação da atenção à saúde e esta, por sua vez, as ações de regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2007a).

Não existe um padrão para definir o conceito de regulação, pois estes são inúmeros e diferentes. Assim, o termo regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas, definidas conforme explicitado acima.



Figura 1- Regulação estatal sobre o setor saúde.

Fonte: BRASIL, 2006e.

Esses conceitos buscam articular e integrar as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria da produção de bens e serviços em saúde, visualizando-as, de fato, como ações mediatas, oportunas e facilitadoras das ações fins da atenção à saúde, no sentido de efetivação da universalidade e equidade do acesso, da resolubilidade e da integralidade do cuidado, ou seja, como ações meio que ajudem a criar as condições para uma atenção à saúde pautada pelas demandas, necessidades e direitos de usuários cidadãos.

Alguns autores chamam a atenção para a diferença entre regulação assistencial e do acesso, afirmando que “a regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador”, portanto a primeira é composta por um conjunto de atividades que inclui a segunda. Ressaltam, ainda, que ao definir regulação do acesso, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população e não na disponibilidade de oferta (MENDONÇA, 2006, p.116).

Refletindo-se na perspectiva do fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios, na organização das redes de serviços de saúde e no planejamento das ações, verifica-se que a regulação em saúde, na maioria das vezes, não ocorre de forma eficaz ou contextualizada, levando ao não cumprimento das referências pactuadas e, conseqüentemente, aos obstáculos como as barreiras físicas e burocráticas do acesso da população às ações e serviços.

Contudo, a realidade da construção do SUS evidenciou a necessidade de propor novas formas de lidar com a fragmentação da gestão pública, ou seja, surgiram novas

propostas de programas e projetos para a saúde, como alguns preceitos emanados pela NOAS 01/2002 e aprimorados no novo Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006e).

As funções dos sistemas de serviços de saúde podem ser catalogadas de diferentes formas. Conforme Mendes (2002), elas podem ser agrupadas em três macrofunções: a regulação, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde.

Quanto a regulação, o autor supracitado afirma que, a regulação estatal se dá quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções a fim de direcionar os sistemas de serviços de saúde ao cumprimento de seus objetivos, bem como no sentido de definir, implementar e avaliar as regras do jogo destes sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população.

Pode envolver um conjunto de papéis regulatórios como os de reitoria, decorrentes da capacidade de condução política do sistema de serviços de saúde; os de normalização, que dizem respeito à delimitação das regras do jogo dos serviços de saúde e das condições para que os jogadores entrem e desempenhem seu papel no jogo sanitário; e a superintendência, referentes ao monitoramento, controle e avaliação do sistema de serviços de saúde (MENDES, 2002).

Os conceitos, as práticas e finalidades da regulação em saúde não se encontram totalmente desenvolvidos. Surgiram a partir de 2002, quando o Ministério da Saúde do Brasil iniciou o debate sobre os conceitos e as práticas da regulação que, tais como as de controle, avaliação e auditoria, não têm sido uniformes (BRASIL, 2006e).

Existem conceitos que tomam a regulação estatal na saúde apenas como o ato de regulamentar, de elaborar as regras. Outros consideram regulação em saúde como um conjunto de ações mediatas que se interpõem entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, traduzidas em fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames, além dos processos de trabalhos correspondentes (BRASIL, 2007a).

Uma concepção ampliada de regulação no setor saúde, além da fiscalização e controle, incorpora como funções a condução política, a análise da situação, o planejamento e a comunicação, confundindo-se, assim, com o conceito de gestão. Podendo ser definida como um conjunto de ações meio, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos, que facilitam ou

limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia, incluindo o setor saúde (MENDONÇA, 2006).

Regulação compreenderia, então, o ato de regulamentar as ações que asseguram o cumprimento das regulamentações como fiscalizações, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Nesse sentido, não se confunde com a gestão, mas é uma de suas funções. Portanto, caberia à gestão a definição dos rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio da política de saúde e da implementação do correspondente Modelo de Atenção à Saúde, e a regulação à vigilância do cumprimento das regulamentações que incorporam os objetivos da política de saúde (BRASIL, 2007a).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002) disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à programação pactuada integrada (BRASIL, 2002a).

#### **2.4 Consolidação do SUS: regulação no âmbito do Pacto de Gestão.**

Um olhar para a literatura sobre saúde pública revela que são reais as mudanças nas políticas de saúde, com estados e municípios, assumindo um papel muito mais ativo, responsabilizando-se pelo planejamento, financiamento e controle das ações de saúde em parceria com a comunidade por meio dos conselhos de saúde.

Com o advento do Pacto de Gestão do SUS, o processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que buscam superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006b).

Nesse Pacto, os gestores dividem responsabilidades entre os entes federados, firmado a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais; agrega os pactos anteriormente existentes; reforça a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de co-gestão e

planejamento regional; fortalece os espaços e mecanismos de controle social; qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde; redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação; valoriza a macro-função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2007a).

Nessa perspectiva, as diretrizes da regulação no Pacto de Gestão do SUS estabelecem que cada prestador responde apenas a um gestor; que a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município, conforme desenho da rede da assistência pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando o termo de compromisso de gestão do pacto e que a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual (MENDONÇA,2006).

Resumidamente, a regulação dos prestadores não tem um modelo único para o país, pois cada Comissão Intergestora Bipartite utilizará o modelo que melhor se adapte à realidade do estado e dos municípios envolvidos (BRASIL, 2006e). No entanto, a regulação assistencial não é prerrogativa exclusiva de uma esfera de governo, devendo ser compartilhada por todos.

A regulação em saúde deve ser pensada sempre no contexto dos princípios norteadores do SUS e não apenas como forma de racionalizar os recursos existentes. O complexo regulador deverá, portanto, estruturar a relação entre os vários serviços, formando uma rede de atenção, determinando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando um canal de comunicação aberto à população, através do qual os pedidos são recebidos, avaliados e hierarquizados e a resposta dada, de acordo com as necessidades de cada caso, com o conseqüente acompanhamento da solução (LOCKS, 2002).

Entende-se que os Complexos Reguladores são estruturas que agregam todas as ações da Regulação do Acesso à Assistência, de modo articulado e integrado, adequando a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em saúde, conforme figura abaixo:

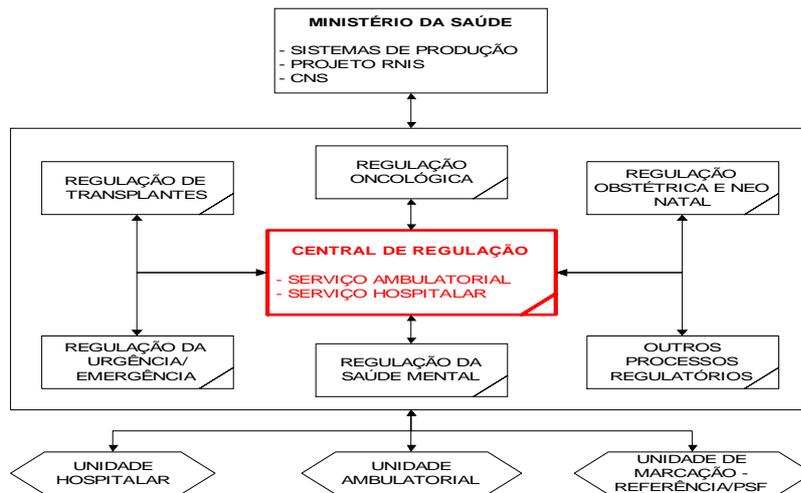


Figura 2- Complexo regulador

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - 2007

Essas estruturas permitem aos gestores articular e integrar os dispositivos de Regulação do Acesso, como as Centrais de Internação, as Centrais de Marcação de Consultas e Exames Especializados, os Protocolos Assistenciais com outras ações de Regulação da Atenção em Saúde como Contratação, Controle e Avaliação, assim como em outras funções de gestão, como programação e regionalização. Regular a oferta e a demanda por meio de Complexos Reguladores possibilita a organização das ações de regulação do acesso, no sentido de garantir a integralidade das ações de Atenção à Saúde, com qualidade e equidade (CEARÁ, 2007a).

O complexo regulador terá suas funções operacionalizadas pelas Centrais de Regulação, as quais organizam o levantamento da oferta e da demanda por serviços, identificando claramente os déficits e as disfunções do Sistema. São exemplos de Centrais de Regulação: Central de Regulação de Urgências Médicas; Central de Regulação de Transportes e de Urgência Social; Central de Regulação de Consultas Especializadas (SADT); Central de Regulação de Média e Alta Complexidade Hospitalar; Central de Regulação de Leitos Hospitalares (LOCKS, 2002).

Dessa forma, a Central de Regulação é considerada aqui como uma ferramenta de gestão, que se constitui em instrumento fortalecedor do papel do gestor, dando maior transparência à relação com a rede prestadora, tornando possível planejar e distribuir equitativamente os recursos de saúde de uma região, tendo como referência sua respectiva Programação Pactuada Integrada (PPI)

A regulação não compreende só a assistência através de Centrais de Regulação, mas também os recursos gerenciais que atuam no acesso dos usuários aos serviços de saúde, como o controle e a avaliação dos serviços prestados. A Norma Operacional da Assistência (NOAS/2001), a NOAS/2002 e o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS reafirmam a necessidade de organização de fluxos de referência e contra-referência e a implantação de estratégias de regulação, visando à garantia do acesso da população aos serviços.

Portanto, o processo de regulação ainda é incipiente e torna-se necessário o enfrentamento de temas mais complexos e estruturantes como o desafio de entender a sua natureza, seus avanços e limites, a dimensão da organização do subsetor, o financiamento da oferta de serviços, as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações. A compreensão do modelo assistencial praticado só se faz na medida em que se entende o processo de regulação existente (MESQUITA, 2002).

No aspecto econômico, a Regulação é entendida como a capacidade de intervenção estatal nos mercados. Em um conceito mais restrito, pode ser considerada como a compatibilização de oferta e serviços assistenciais (BATISTA, 2000).

Pode ser conceituada, também, como o conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta conforme a necessidade da população, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, a fim de garantir o acesso com qualidade e resolubilidade, em todos os níveis de atenção à Saúde (LOCKS, 2002).

Dessa forma, o conceito de Regulação, adotado neste estudo, é o processo técnico, científico e político de intervenção no sistema de saúde, por meio das Secretarias de Saúde, e de coordenação da integração dos sistemas municipais, com vistas a adequar a relação entre a oferta e a demanda das ações e serviços de saúde e obter resultados superiores, do ponto de vista social, para viabilizar o acesso de forma equânime, integral e qualificado aos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2007a).

Para avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde, é necessário possibilitar que a formulação da política para o setor saúde ocorra mediante espaços que concretizem a aproximação entre construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder

deliberativo.

Mesmo com a descentralização da saúde, não foi possível garantir a regulação do acesso à assistência, a qual reflete ações consubstanciadas no modelo anterior de saúde, ou seja, alto grau de centralização, verticalização das ações, das decisões e normatizações, caracterizando fragmentação da ação do Estado, no aspecto de promover a saúde da população.

Observa-se que os estados e municípios não estão desenvolvendo métodos de sistemas de planejamento eficazes ou adequados, ou seja, não se adequaram aos moldes da NOAS 01/2002 e do Pacto pela Saúde 2006, no que diz respeito ao controle, avaliação, regulação e auditoria, sendo percebido ainda que os estados e municípios que incorporaram a modalidade não estão exercitando o controle, avaliação, regulação e auditoria.

Contudo, destaque-se a importância das diretrizes fundamentais para organização das funções da regulação, em especial, quanto aos atores sociais do SUS, que devem ser sensibilizados para efetivação do fortalecimento da gestão, na medida em que ampliam o seu campo de domínio sobre os fatores que determinam o acesso dos cidadãos aos serviços segundo o preceito da equidade, baseado nas necessidades de saúde ou sociais e econômicas.

Outro destaque do SUS foi a permissão na Constituição de 1988 da inserção do setor privado nas ações de assistência à saúde no Brasil, através da iniciativa privada, via contratos e convênios de forma complementar ao sistema público.

Surge a regulamentação da saúde suplementar com a Lei 9.656/98, que introduziu novas pautas no mercado como: a ampliação de cobertura assistencial, o ressarcimento ao SUS, o registro das operadoras de plano de saúde, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas técnicas, a permissão para a atuação de empresas de capital estrangeiro, dentre outras (MALTA et al., 2004).

Desse modo, a regulamentação pública se estendeu até o aparelho de Estado. Enquanto o Ministério da Fazenda defendia uma regulação governamental de menor intensidade, centrada nas esferas econômica e financeira, o Ministério da Saúde sugeria uma ação mais efetiva do Estado, que contemplasse também o aspecto assistencial. O modelo da regulação bipartite, realizado pelo MS se arrastou até a criação da Agência

Nacional de Saúde (ANS), pela lei 9.961/00, que se definiu por um órgão regulador único, saindo vitoriosa a tese do Ministério da Saúde (MESQUITA, 2002).

## **2.5 Implantação da regionalização e da central de regulação no estado do Ceará**

O Estado do Ceará iniciou o processo de regionalização através da estruturação do Sistema de Referência e Contra-Referência, em 1997, a princípio identificando quatorze trechos no Estado, por onde convergiram os municípios aos pólos terciários: Fortaleza, Sobral e Cariri (CEARÁ, 2007b).

Nesse processo de mudanças estruturais surgiu, em 1998, a modelagem de gestão estadual, com o intuito de reestruturar o setor saúde no Estado, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Havia na época 14 Departamentos Regionais de Saúde que foram substituídos por 21 Microrregionais de Saúde, definidas para responderem pela organização dos serviços de saúde no âmbito das microrregiões, sendo oficializadas no início de 2000 (NORÕES, 2001).

As diretrizes norteadoras da organização das Microrregiões são de fundamental importância no processo de regulação do acesso à saúde e dizem respeito:

[...] a organização da Atenção à Saúde, dos Sistemas de Saúde Pública e dos Sistemas de Apoio baseada na economia de escala e na melhoria da qualidade dos serviços; pactuação entre gestores aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, a qual é definida como espaço de negociação e pactuação entre os municípios e destes com o Estado; integração entre os 3 níveis de atenção formando um sistema integrado, utilizando-se de mecanismos articuladores, dentre estes o sistema de referência e contra-referência, com definição de responsabilidades em cada nível [...] (CEARÁ, 2007, p 10).

A missão das Microrregionais de saúde é assegurar a gestão de Políticas de Saúde do Estado, na promoção da assistência à saúde individual e coletiva através da articulação entre as diversas instâncias no sistema, visando à melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (CEARÁ, 1998).

Em cada Microrregião foi implantada uma Célula Regional de Saúde (CERES), representando o governo estadual, classificada como uma instância integradora entre o nível central e os municípios, com articulação ampliada de mobilização do conjunto de instituições e entidades (CEARÁ, 2000).

Cada Coordenadoria Regional acompanha e controla as atividades de um conjunto de municípios, bem como interage com as demais microrregiões de sua Macrorregião. A Secretaria Estadual da Saúde do Ceará gerencia as ações de cada Macrorregião e das diversas Microrregiões (CEARÁ, 2007b).

Em 2005, ocorreram no Estado discussões para revisão do PDR, que tiveram por base os critérios de contigüidade intermunicipal, a infra-estrutura de transporte, o deslocamento da população aos serviços de saúde e a disposição política para pactuação (CEARÁ, 2007b). A nova leitura do PDR seguiu as diretrizes do Pacto pela Saúde, definido na Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e as diretrizes políticas do Conselho Estadual de Saúde - CESAU.

A revisão do PDR-2006 mostrou que o Estado do Ceará, em 2005, possuía população estimada pelo IBGE de 8.097.276 habitantes. O novo modelo de reorganização de saúde manteve a divisão geográfica do Estado em três Macrorregiões, no entanto, acrescentou uma Microrregião de Saúde, passando a ser vinte e duas, pois a primeira microrregião foi dividida em duas, 1ª e 22ª.

No Estado do Ceará foi implantada uma central de regulação nas 21 Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo informatizada, organizada conforme o fluxo dos pacientes na região. A regionalização adotada foi pactuada com os gestores municipais e estaduais.

Partindo da premissa do SUS de fortalecer a atenção básica de saúde, por meio do acompanhamento do paciente em todas as etapas de atendimento e possibilitando o cumprimento do princípio de integralidade, o Gestor deve contar com ferramentas e apoio técnico para promover um único e coordenado sistema gerador de ações em saúde para população.

Nesse sentido, a Central de Regulação proporciona ao Gestor a possibilidade de avaliar, a qualquer momento, todos os procedimentos realizados no paciente pesquisado, chegando ao seu histórico clínico, com possibilidade de acompanhar todos os resultados de avaliações e exames realizados.

A Central de Regulação do SUS do Estado do Ceará (CRESUS) tem como missão responder e regular as demandas de forma qualificada, encaminhando-as para um atendimento ideal. Acompanha toda a execução dos procedimentos ambulatoriais e de alta

complexidade, gerando uma série de estatísticas importantes para a programação de soluções para o atendimento e oferta de saúde do estado (CEARÁ, 2007a).

O processo de implantação da CRESUS – Ce teve início com o projeto piloto em Baturité, município localizado a 93 km de Fortaleza. A implantação, customização, desenvolvimento de módulos adicionais, treinamento e operacionalização foram concluídos em 2004.

A CRESUS oferece as seguintes funcionalidades em nível central, sendo simplificadas as funções do UNISUS para os municípios: cadastro simplificado - informações provisórias do paciente para possibilitar o agendamento; cadastro de pacientes - definitivo, utilizando as informações do Cadastro Nacional de Usuários; cadastro de profissionais de saúde por especialidade; cadastro de Unidades de saúde; cadastro de serviços - informações sobre procedimentos do SUS, como código, descrição, quantidade ofertada, valor unitário, fonte de financiamento e forma de disponibilização.

Disponibiliza, ainda, agendas de consultas médicas - informações sobre vagas por Unidade, especialidade, médico, dia e horário de atendimento; agendas de exames - diários e mensais; exibição de todas as agendas futuras disponíveis para a marcação; marcação de exames e consultas; emissão de relatório diário de marcação de pacientes por Unidade; registro de atendimentos realizados por Unidade; impressão de relatório gerencial - por unidade de atendimento, relacionando nas respectivas fontes de financiamento os procedimentos e valores totais programados, marcados e realizados em um determinado período; emissão de relatório demonstrativo - o que foi efetivamente ofertado em comparação com a capacidade real de atendimento; registro de chamadas telefônicas; gestão financeira das fontes, com distribuição de recursos de acordo com os serviços contratados; caixa de compensação intermunicipal; tecnologia de ponta e Internet.

A implantação da regulação estadual ocorreu através de parceria da Secretaria de Estado da Saúde com as Secretarias Municipais. A partir de entendimentos pactuados entre os gestores municipais e estaduais, bem como entre os gerentes das unidades de saúde, respeitados os princípios de regionalização e hierarquização, a Rede de Centrais de Regulação contribui para a promoção do atendimento às demandas de assistência à saúde em todos os níveis de atenção, orientados por Protocolos de Regulação pactuados (FORTIER, 2006).

A Central verifica a situação dos leitos da região, em termos de ocupação/especialidades e perfil tecnológico associado, poupando o usuário da peregrinação por diferentes municípios e hospitais na busca de internação e de consultas eletivas em especialidades não ofertadas nos municípios.

A Central de Regulação Estadual do SUS no Ceará (CRESUS-CE) recebe e direciona toda a demanda de referências intermunicipais de consultas especializadas e exames, internações hospitalares eletivas e de urgência e emergência. Isso se deve à integração, via rede informatizada, de todos os municípios cearenses, associada ao conhecimento da capacidade de oferta de consultas e exames especializados públicos, contratados e conveniados, que integram a rede SUS (CEARÁ, 2005).

Na operacionalização do fluxo é utilizado um software específico (UNISUS), desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Qualidade & Gestão Pública, que permite a interligação de todos os componentes operacionais com a SESA-CE. Para organização da regulação o Estado do Ceará contou com o apoio financeiro do *Department for International Development* - DFID, um departamento da administração do Reino Unido, que tem a função de promover o desenvolvimento sustentável e eliminar a pobreza no mundo.

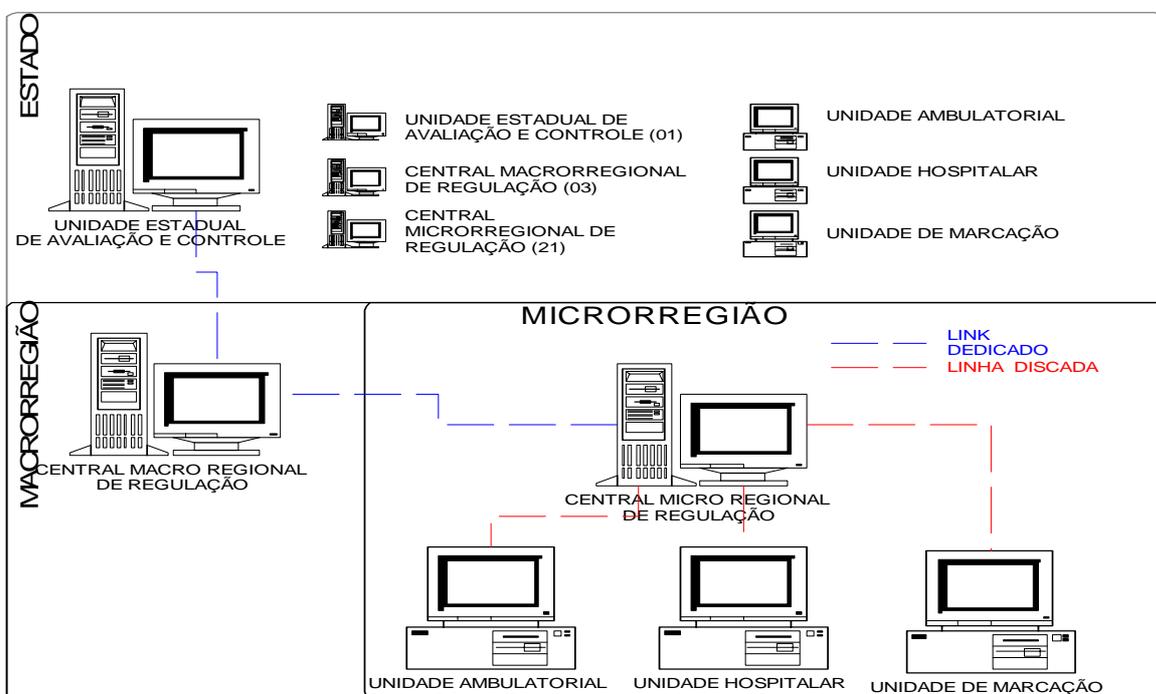


Figura 3. Modelo de comunicação da CRESUS – CE

Fonte: Ceará. Secretaria de Saúde, 2007

O módulo ambulatorial é utilizado pelas Secretarias Municipais de Saúde. A porta de entrada do paciente na CRESUS ocorre por meio da Estratégia Saúde da Família, ao ser atendido na unidade Básica de Saúde, não tendo seu problema de saúde atendido neste nível de atenção, o paciente recebe uma ficha de referência e vai até uma unidade de Marcação de Consulta Municipal para agendamento do procedimento. O atendimento é selecionado levando em consideração agenda de profissionais e localização do estabelecimento de saúde em relação ao domicílio do paciente, sendo gerado um boleto de marcação que é a garantia da referência municipal, devendo ser apresentado na unidade de referência (CEARÁ, 2007a).

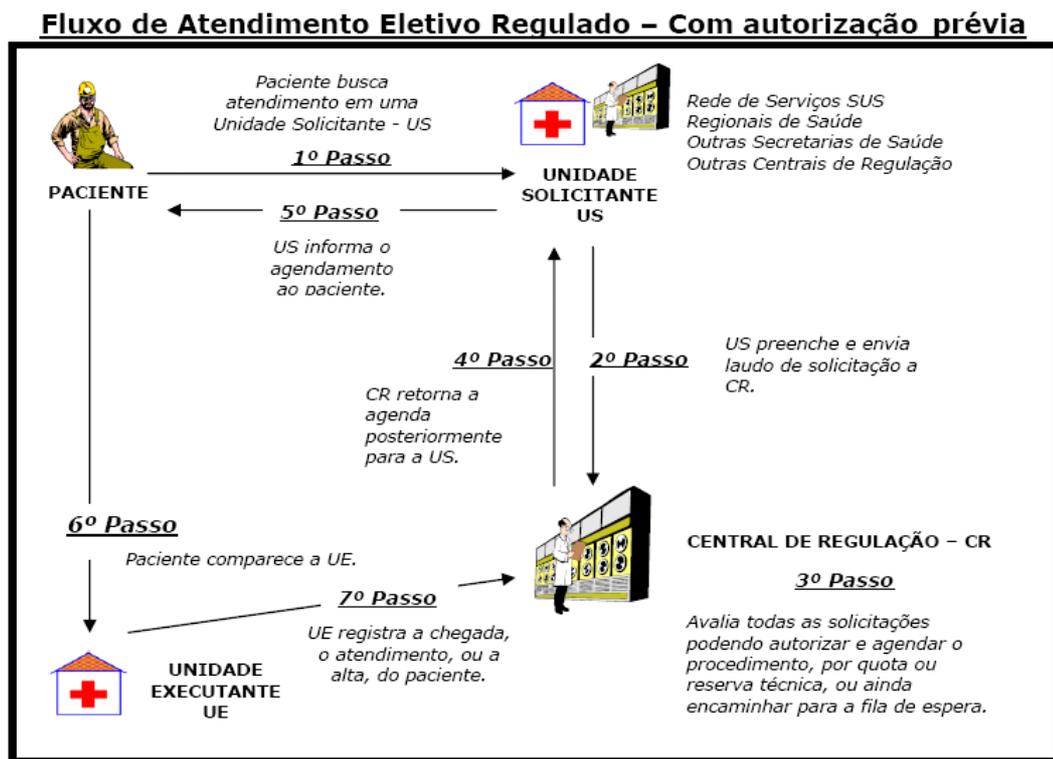


Figura 4- Fluxo Atendimento Eletivo Regulado

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2007

Segundo o Ministério da Saúde, o paciente previamente regulado deveria ter o agendamento realizado pela unidade de saúde solicitante, conforme fluxo acima, ou seja, as Unidades Básicas de Saúde, de responsabilidade da Estratégia Saúde da Família, seriam responsáveis pelo agendamento, evitando que o paciente se submetesse a outra fila na CMC - Municipal.

O módulo hospitalar funciona em hospitais públicos do Sistema de Saúde, sendo cadastrada a demanda de pacientes que precisam ser internados. O paciente é atendido em qualquer estabelecimento de saúde ou encaminhando dependendo da especialidade de seu caso para um hospital pólo da região. Todas as transferências são registradas no sistema da central de Regulação e autorizadas pelo médico regulador (CEARÁ, 2007a).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Metodologia, para Turato (2003) é a disciplina que se ocupa de estudar e ordenar os diversos métodos concebidos no transcurso do trabalho científico, suas gêneses e paradigmas além de buscar suas relações teóricas, estruturas e especificidades de seus alvos. Para Gondim (1999), a opção metodológica revela determinada visão da realidade e dos modos adequados para conhecê-la. Nesse sentido, é fundamental a busca do rigor científico e do potencial de criatividade do pesquisador a fim de se utilizarem opções congruentes com o objeto em estudo.

Portanto, optou-se por um tipo de estudo documental, descritivo e de avaliação. Segundo Minayo, Assis e Souza (2005), gestores e técnicos que vislumbram o papel da avaliação como parte de seu planejamento e de sua práxis cotidiana criam espaços permanentes de reflexão sobre a sua prática.

A avaliação é condição necessária ao processo de planejamento e organização dos serviços de regulação do acesso em saúde, devendo reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando e racionalizando os recursos para atender as necessidades da população. Para o alcance desse objetivo faz-se necessária uma avaliação em várias dimensões, abrangendo diferentes aspectos e visões, alcançadas pela regulação do acesso à saúde na 2ª Microrregional de Saúde.

Dessa forma, é fundamental ressaltar a importância de se trabalhar a avaliação da eficiência e eficácia da Central de Regulação, compreendendo que estas etapas produzem informações que se complementam e que oferecem maior consistência ao processo avaliativo.

A pesquisa foi realizada na 2ª Microrregional de Saúde que possui em sua área de abrangência 10 municípios com uma população de 528.315.000 habitantes. São eles: Itapajé, 46.598 hab.; Paracuru, 32.418 hab.; Paraipaba, 29.653 hab.; Pentecoste, 32.856 hab.; Apuiarés, 14.777 hab.; General Sampaio, 4.349 hab.; São Luiz do Curu, 12.153 hab.; Tejuçuoca, 14.593 hab.; Caucaia, 313.585 hab. e São Gonçalo do Amarante, 40.282 hab. e ainda, na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado, localizada no município de Caucaia e sede da 2ª Microrregião de Saúde (CEARÁ, 2007c).

O estudo foi desenvolvido, especificamente, nas Centrais de Marcação de Consultas dos municípios, localizadas, nas Secretarias Municipais de Saúde e na Central de regulação da Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, sendo escolhida a 2<sup>o</sup> Microrregião por ser uma área metropolitana do Estado do Ceará e alvo de constantes debates na mídia devido as transferências não reguladas para a 1<sup>o</sup> Microrregião de Saúde.

Nos municípios, a Central de Marcação de Consulta caracteriza-se como um setor da Secretaria de Saúde que tem como função viabilizar a regulação de referência dos municípios, além de se relacionar com a Central Estadual.

A implantação das Centrais de Marcação de Consultas-CMC, nos municípios do Estado do Ceará, tem funcionado como uma estratégia necessária para operacionalizar o Sistema de Referência e Contra-referência, a partir de um modelo assistencial que propõe a reorganização do acesso dentro do Sistema de Saúde. Portanto, a Central de Marcação de Consultas nos municípios funciona como um centro aglutinador das consultas especializadas. A função da mesma é administrar as consultas especializadas geradas pelas unidades básicas de saúde nos Municípios.

A CMC tem um papel fundamental na garantia do acesso, de forma hierarquizada, aos serviços de saúde do SUS, de acordo com o grau de complexidade do sistema. Com a intervenção do regulador, ficam garantidos o acesso e a melhor alternativa terapêutica para o usuário, o controle dos limites de solicitação e a execução de procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar da população própria e referenciada, além da oferta de informações para embasamento do faturamento de internações (MENDONÇA, 2006).

### **3.1 Desenvolvimento da pesquisa**

Inicialmente, realizou-se visita à 2<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde – **CRES** para solicitar permissão quanto à realização do estudo, na ocasião foram identificados os municípios que integraram a pesquisa, sendo extensiva a solicitação de permissão para os municípios.

Os sujeitos do estudo constaram de 16 profissionais ligados à regulação microrregional, dos quais seis coordenadores das centrais de marcação de consultas dos

municípios, sete técnicos com função de videofonistas e três funcionários da Central de Regulação da CRES.

Para a coleta dos dados a opção metodológica se relacionou com a triangulação de métodos conforme proposto por Minayo, Assis e Souza (2005). Triangulação está relacionada entre outras coisas ao emprego de uma variedade de técnicas de coleta dos dados que acompanha o trabalho de investigação. Conjuga a presença do avaliador externo; as abordagens quantitativas e qualitativas e, de forma relevante, a análise do contexto, da história, das relações e das representações.

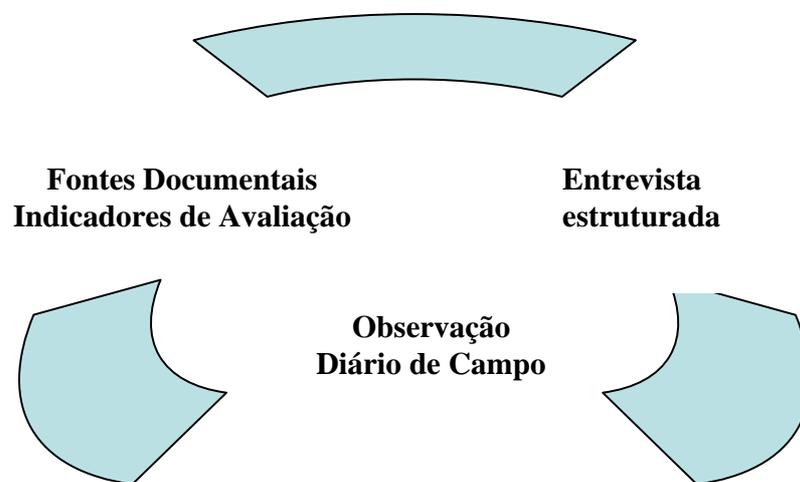


Figura 5-Triangulação de Técnicas

A coleta dos dados realizou-se no período de fevereiro a agosto de 2007 e foi precedida por uma imersão da pesquisadora no contexto estudado. Inicialmente, utilizou-se a técnica da observação simples para subsidiar os resultados coletados pelas outras técnicas, as observações eram registradas em diário de campo no momento das visitas realizadas à Central de Regulação da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRES e em visita realizada na CMC dos municípios, ao todo foram realizadas 20 visitas.

Para Buy (2006) a observação é uma técnica de coleta de dados, que não consiste apenas em ver ou ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam investigar, ajudando o pesquisador a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento, permitindo um contato mais direto com a realidade.

Ainda para Buy (2006, p. 1), a observação é considerada científica quando:

É sistematicamente planejada; é registrada metodicamente e está relacionada a proposições mais gerais, em vez de ser apresentada como uma série de curiosidades interessantes; é sujeita a verificação e controles de validade e precisão; serve a um objeto formulado de pesquisa e os fatos são percebidos diretamente, reduzindo a subjetividade.

O processo observacional também requer a opção por uma técnica de observação, os sujeitos a serem observados, a escolha do ambiente, o momento da observação, a negociação do acesso e o papel do pesquisador em relação ao grupo observado, devendo conter uma parte descritiva e uma parte reflexiva (POPE; MAYS, 2005; BUY, 2006).

Segundo Falcão (2005), a observação pode ser classificada conforme o critério de meios utilizados e o grau de participação do observador. Neste estudo, utilizou-se a observação simples conhecida como observação-reportagem, observação assistemática, informal, ocasional ou não-estruturada, porém com características eminentemente exploratórias, descritivas e interpretativas, onde o pesquisador é um expectador.

De acordo com Buy (2006), entre as vantagens da técnica da observação se incluem os elementos para delimitação dos problemas e a obtenção de dados sem interferir no grupo estudado. Entre as limitações prevê a interferência do pesquisador em colocar seus gostos e afeições, a fidelidade dos registros dependerem de sua memória, além de gerar interpretação subjetiva ou parcial do aspecto observado no estudado.

Posteriormente, realizou-se entrevista estruturada, sendo utilizado o Roteiro de Padrões de Conformidade (anexo A), o qual contemplou uma adaptação de três dimensões avaliativas do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)-2004-2005: 1. Gestão Organizacional; 2. Apoio Técnico e Logístico e 3. Gestão de Atenção a Saúde. Na ocasião, elaborou-se instrumento de captação dos dados com base no Roteiro de Padrões de Conformidade, o qual permitiu uma avaliação abrangente e contemplou as diferentes realidades estudadas. Esse roteiro foi apresentado a todos os coordenadores municipais das CMC, sendo aplicado pela pesquisadora. Os pesquisados responderam as situações propostas quanto à forma de organização da oferta ao acesso a consultas e exames da 2ª CMC.

Esse roteiro foi constituído por seis (6) critérios e trinta (30) padrões organizados em (6) seis blocos. Foi aplicado nas dez (10) centrais de marcação de consultas e na central de regulação microrregional. Para a realização dessa atividade foram visitados os municípios e a Coordenadoria Regional de Saúde, mediante agendamento prévio. No entanto, em alguns municípios não foi possível fazer a avaliação, no primeiro encontro, devido à carga de trabalho dos profissionais da CMC e de outras atividades realizadas pelo coordenador, que, neste caso, ou estava ausente ou não dispunha de tempo para atender a pesquisadora, sendo necessário agendamento do retorno em outro momento.

O Roteiro de Padrões de Conformidade foi adaptado a partir de critérios que podem ser aplicados para a realidade do serviço de regulação, estando baseado em um sistema de avaliação. O processo avaliativo contribuiu para a estruturação dos serviços de saúde, à medida que possibilitou o conhecimento, através da identificação da realidade e das necessidades de ajustamentos.

A entrevista possibilitou obter informações fundamentais para o estudo e caracterizou-se como um instrumento importante por possibilitar a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo e produziu materiais objetivos e subjetivos. Os dados foram obtidos por meio de documento formal escrito, denominado roteiro de entrevista. Esse roteiro constou de questões iguais para todos os sujeitos, na mesma ordem, recebendo o mesmo conjunto de opções para as respostas (WOOD; HABER, 2001).

Ao se realizar as entrevistas foram adotadas algumas atitudes frente ao sujeito da pesquisa, no sentido de garantir aspectos importantes na condução da mesma, sendo realizada apresentação formal da pesquisadora, relatado o real interesse pela pesquisa, bem como a justificativa, os objetivos e a metodologia utilizada. Foi esclarecido como se daria a participação dos entrevistados, sendo assegurado, rigor científico, e foi solicitado aos pesquisados permissão para gravar as entrevistas obtendo-se consentimento de todos. No início da entrevista foi propiciado um clima agradável e de descontração.

Outra fonte de informações que orientou a constituição do *corpus* descritivo deste estudo foram os dados obtidos de fontes documentais. Os documentos utilizados na pesquisa foram os relatórios da Central de Regulação Microrregional dos dez municípios. Inicialmente, analisaram-se as solicitações de procedimentos ambulatoriais (cancelados,

agendados e reprimidos) que possuíam 282 laudas, constando de 11.360 registros de pacientes. Posteriormente, verificou-se a solicitação da fila de espera de cancelados, a qual continha 235 laudas, totalizando 2.774 registros dos pacientes. A análise desses relatórios subsidiou a avaliação da eficiência e eficácia do serviço de regulação do acesso. O estudo constou, ainda, de análise da Programação Pactuada e Integrada dos municípios e do relatório de gestão da microrregião de saúde do ano de 2006.

Os documentos foram importantes fontes de informação sobre as atividades realizadas, originaram idéias para novas questões que poderão ser retomadas por meio de outros estudos. Os documentos consultados possibilitaram, ainda, a obtenção de informações que não estariam de todo acessíveis por outro instrumento de coleta de dados, tais como cobertura de consultas especializadas, solicitação de procedimentos na CMC, identificação de agendamentos, cancelamento e demanda reprimida, bem como sobre os motivos de cancelamento e tempo de espera na fila para o cancelamento.

O material coletado foi cuidadosamente analisado. Para este estudo, a ordenação dos dados compreendeu inicialmente a avaliação dos relatórios fornecidos pela Central de Regulação da 2ª Microrregional, com conseqüente redução dos dados coletados e codificação para um melhor manuseio dos mesmos. Foram solicitados à Central de Regulação Microrregional relatórios consolidados pelo sistema, entretanto, por dificuldades operacionais da central não se obteve um consolidado, o mesmo teve que ser elaborado pela própria pesquisadora.

Para Minayo (2001), a análise dos dados atende a três finalidades: compreender os resultados, confirmar ou refutar os pressupostos da pesquisa e/ou responder aos questionamentos postos e ampliar o conhecimento sobre o tema em estudo, considerando-o no contexto do qual faz parte.

Este estudo tem a pretensão de articular as três finalidades propostas pela autora, seguindo o princípio ético de não estabelecer julgamento de valor aos resultados, buscando na fundamentação teórica uma análise da realidade, compreendendo que o estudo só se justifica diante da possibilidade de reforçar ou de reestruturar o entendimento a partir do que os dados revelam. Dessa forma, espera-se contribuir com a produção do conhecimento numa área de pouca produção: a Regulação Assistencial do Acesso à Saúde no SUS.

As informações foram consolidadas gerando planilhas e quadros, sendo codificados por número ordinais todos os procedimentos solicitados na CMC (Anexo E), tais como consultas especializadas e exames a fim de possibilitar escrever em uma só planilha os procedimentos agendados, cancelados e reprimidos por município e de forma consolidada, sendo considerados significativos os procedimentos que apresentaram até cinco acontecimentos dentre a listagem geral de agendados, cancelados e reprimidos. Da mesma forma procedeu-se com os relatórios de cancelados e registraram-se todos os motivos de cancelamentos por município.

É importante definir o que significa para o Sistema UNISUS, um procedimento agendado, cancelado e reprimido. O primeiro é a solicitação agendada através de um horário de atendimento ou pela fila de acesso; cancelados, significa que a solicitação foi cancelada por motivos diversos; e reprimida é a solicitação inserida no sistema UNISUS que não foi agendada ou enviada para a fila, não prevendo atendimento para este paciente, o qual poderá posteriormente ser inserido na fila de espera, onde permanece a solicitação de procedimentos que não dispõem de horário de atendimento para o município, sendo enviada para a fila de acesso.

Os relatórios de pacientes cancelados possibilitaram calcular, registrar e consolidar o tempo que a solicitação passa na fila de espera até ser cancelada por município. Para fazer esta planilha considerou-se a codificação em dias, mês e ano, sendo definido em dias a solicitação que foi cancelada de um a trinta dias.

Para análise do Roteiro de Padrão de Conformidade foram elaborados de acordo com o grau de necessidade da CMC os seguintes escores: 1- Dispensável; 2- Importante e 3 - Fundamental. Todos os critérios receberam um escore, para definir a importância dos critérios e verificar qual a pontuação ideal para cada padrão por município, pontuando também a Central de Regulação da 2ª CRES. Com a pontuação definida utilizou-se a estatística descritiva simples para fazer a correlação dos dados encontrados com o relatório de procedimentos agendados, cancelados e reprimidos a fim de verificar se as questões estruturais e organizacionais refletem na operacionalização do sistema para a avaliação da eficiência e eficácia, ou seja, se os resultados são satisfatórios e significativos para a CMC.

Posteriormente foi realizada a transcrição das entrevistas gravadas em fita cassete e digitação de todo o material empírico (documentos, diário de campo e entrevistas). Foi

realizada análise dos resultados, sistematizando as questões com base em documentos oficiais como portarias e resoluções do Estado do Ceará e do Ministério da Saúde.

### 3.2. Questões éticas

Cumprindo as exigências regulamentares, quanto a submeter este projeto ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos em conformidade com a portaria do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96, o mesmo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável de acordo com protocolo COMEPE nº25/07. As instituições foram consultadas quanto a sua inserção na investigação, sendo enviado ofício à Orientadora Microrregional de Saúde, extensivo aos municípios e às Coordenações da Central de Marcação de Consulta, solicitando autorização para realização do estudo (Anexo C), (BRASIL, 1996b).

Ficou esclarecido que o estudo não apresentava caráter de auditoria, tendo o compromisso de seguir o rigor que uma investigação científica requer. Foram considerados ainda os princípios da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça

O princípio da *autonomia* considera que as pessoas são em princípio capazes de opinar sobre qualquer ação, sendo assim respeitada a singularidade das respostas, permitindo o livre arbítrio de participação na pesquisa. Dessa forma, foi solicitado aos pesquisados assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D). A *beneficência* conduz ao conhecimento do espaço microrregional como um sistema promotor de saúde, fomentando o exercício da regulação assistencial do acesso com vistas a preservar os direitos constitucionais e prerrogativas do SUS, que reconhecem saúde como direito, vinculado à melhoria na qualidade de vida, permitindo maior participação social.

Quanto ao princípio da *não-maleficência*, os resultados da pesquisa foram apresentados de forma codificada a fim de não trazer constrangimento institucional nem profissional. Para tanto, nenhuma informação foi personalizada. Os resultados permitiram uma avaliação crítica e criteriosa sobre o funcionamento das Centrais de Marcação de Consultas - CMC e a organização da regulação do acesso na 2ª Microrregião de saúde, com vistas a conduzir os gestores municipais e profissionais de saúde que atuam neste setor a

uma reflexão sobre sua prática, sem, contudo, expô-los. Nesta pesquisa, utilizaram-se números cardinais para preservar a identidade dos municípios.

O princípio da justiça refletiu a responsabilidade da pesquisadora quanto à garantia do anonimato e o respeito à individualidade dos profissionais de saúde, assegurando a fidedignidade dos resultados.

## **4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Inicialmente faz-se necessário apresentar a organização política da 2ª microrregião de saúde e sua inserção no contexto do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará, pois esta exposição possibilitará uma melhor compreensão do processo avaliativo realizado.

### **4.1 Formação de redes de atenção à saúde na 2ª microrregional: do atendimento integral à complexa integralidade da atenção**

A implantação da 2ª Microrregional de Saúde ocorreu no ano 2000, com o objetivo de organizar os espaços municipais, promover cooperação técnica entre os municípios a fim de subsidiar a economia de escala e a utilização dos escassos recursos disponíveis de forma eficaz e resolutiva, desenvolver uma gestão integrada e solidária para a organização dos serviços de saúde no âmbito secundário, bem como definir um processo de referência e contra-referência de pacientes, viabilizado através da implantação da Central de Regulação Microrregional.

A 2ª Coordenadoria Regional de Saúde - CRES, situada na área metropolitana de Fortaleza, é composta atualmente por 10 municípios. O desenho da 2ª Microrregião de Saúde teve início, em 1998, com o desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização - PDR - do Estado do Ceará, que pretendeu ordenar o processo de regionalização da Atenção no Estado, seguindo as diretrizes da Norma Operacional Básica (NOAS 2002). Esse desenho sofreu modificações devido à transferência de um município (Umirim) para a 6ª microrregião, por solicitação do gestor municipal, passando então a ter dez municípios em sua composição.

A 2ª microrregião de saúde, com total de 528.315.000 habitantes (IBGE 2007), foco deste estudo, localiza-se na Macrorregião de Fortaleza, a qual possui 5.692.463 habitantes (CEARÁ, 2007c).

Em 2006, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará realizou revisão do PDR, sendo utilizada a população estimada do Estado pelo IBGE, de 2005 com 8.097.276 habitantes. O novo modelo de reorganização de saúde manteve a divisão geográfica do

Estado em três Macrorregiões, no entanto, com relação ao número teve acréscimo de uma microrregião passando de 21 para 22, haja vista que a primeira microrregião foi dividida em duas, 1ª e 22ª.

Outra modificação verificada no PDR foi relativa à 2ª microrregião de saúde, devido à transferência de um município para a 6ª microrregião. Esta microrregião localiza-se na Macrorregião de Fortaleza, a qual possui 5.692.463 habitantes (CEARÁ, 2006). A figura abaixo ilustra a organização do Estado em Macrorregião:

## ESTADO DO CEARÁ MACRORREGIÃO DE SAÚDE

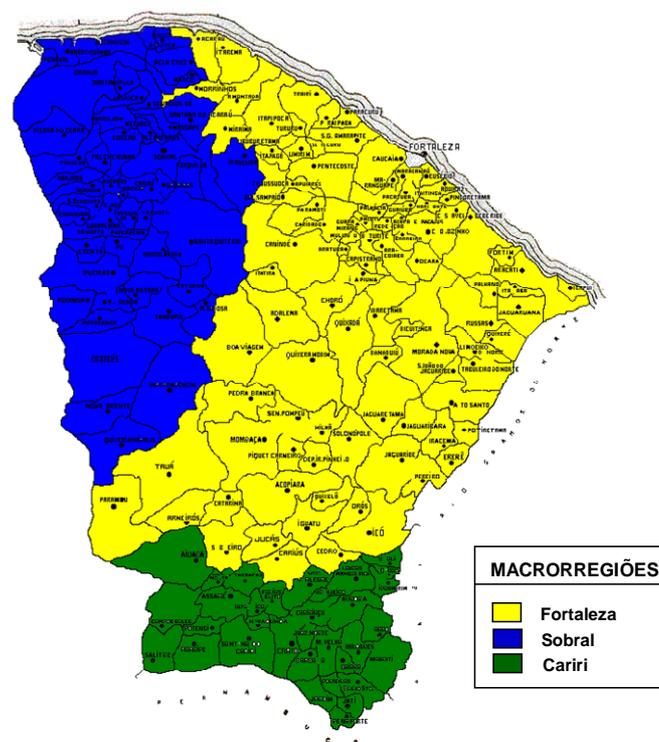


Figura 6 - Macrorregiões de Saúde-Ce PDR-2006

Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Ceará - PDR 2006

O PDR do Estado do Ceará foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde – CESAU em 2006, bem como pelas diretrizes de organização das ações e serviços de saúde, sendo estas definidas de acordo com os diversos níveis de atenção. Dessa forma, a atenção básica é de responsabilidade e organizada pelo município, tendo como prioridade a

implantação da Estratégia Saúde da Família, definida pelo Ministério da Saúde através da portaria 648/2006; a atenção secundária desenvolve-se na Microrregião de Saúde e a terciária, na Macrorregião de Saúde. O desenho das regiões de saúde visa favorecer a garantia da integralidade da atenção, bem como o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

A organização da assistência à saúde no nível secundário preconiza que as ações prioritárias para este cenário devem ser aquelas pactuadas pela Comissão Intergestora Bipartite – CIB/CE e homologadas pelo Conselho Estadual de Saúde – CESAU, sendo definidos os seguintes serviços médicos especializados: Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetrícia, Toco-ginecologia, Psiquiatria, Traumatologia-Ortopedia, Cardiologia, Oftalmologia, Neurologia, Gastroenterologia, Dermatologia, Urologia, Geriatria, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Serviços Auxiliares de Diagnóstico para garantia da resolubilidade dos serviços médicos e serviços especializados em Saúde Bucal (CEARÁ, 2007b).

A 2ª Microrregião de Saúde está representada conforme o mapa a seguir:

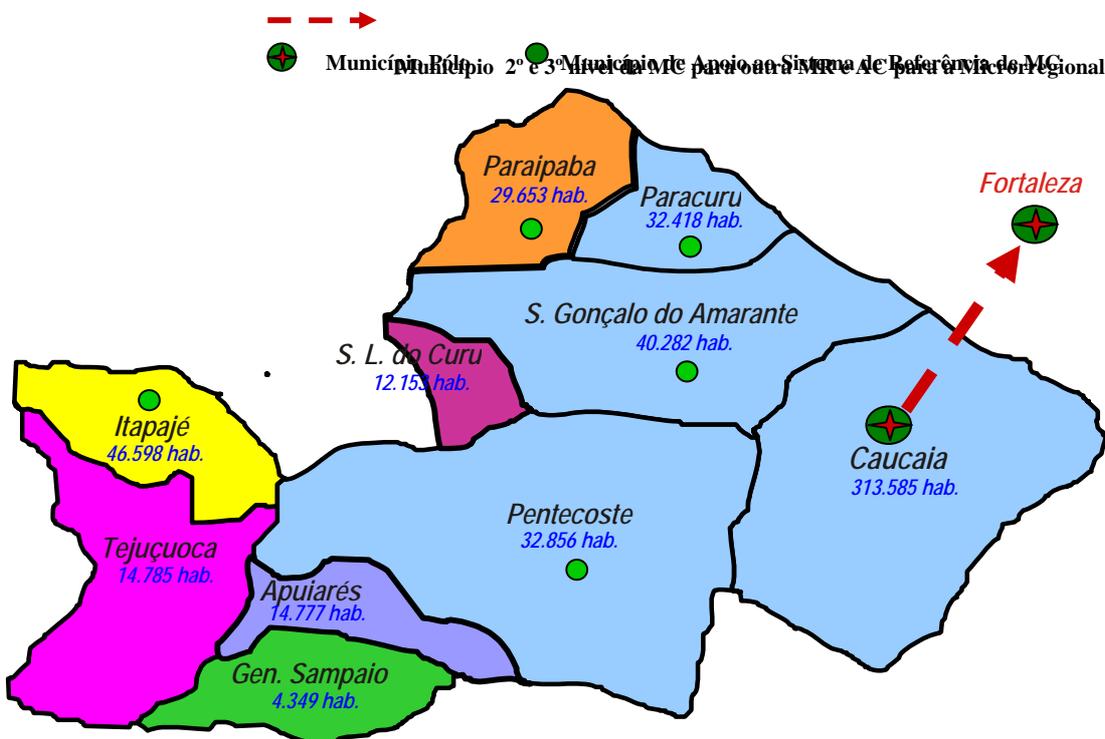


Figura 7 - 2ª Microrregional de Saúde PDR – 2006

Fonte: Plano Diretor de Regionalização 2ª Microrregião de Saúde-Ce, 2006.

A definição do desenho da 2ª Microrregião possibilitou a conformação da rede de atenção à saúde nesta região delimitada, através da pactuação entre os gestores, da organização da atenção básica em cada município, de forma autônoma e das ações complementares, ou seja, aquelas incluídas como prioridade da atenção secundária em saúde que devem viabilizar a resolubilidade e a integralidade do acesso.

O desenho das redes de serviços para pactuações pretendeu planejar o acesso integral da população, reconhecendo a importância do elo entre planejamento e gestão. Nesse sentido, pode-se afirmar que a regionalização demanda municípios com capacidade de gestão fortalecida, capaz de desenvolver estratégias consistentes para a gestão do SUS no âmbito regional, tais como alternativas de financiamento, planos regionais, controle social, instâncias de negociação e pactuação. Viabilizando ainda o desenho do mapa da regulação do acesso quanto a referências intermunicipais desta microrregião de saúde.

A efetivação da assistência torna-se possível, somente, com o fortalecimento e a viabilização do acesso da população a serviços especializados. Ao se discutir a reestruturação da atenção básica, com vistas à resolubilidade, é fundamental ordenar o acesso dos usuários aos serviços especializados de média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, por meio dos complexos reguladores.

No sentido de viabilizar uma assistência digna e integral à população e, especificamente, da que compõe a 2ª microrregião de saúde foi construído o desenho da assistência, integrando os municípios em rede, com comando único em cada esfera de governo e responsabilização dos gestores pela organização e coordenação dos serviços de saúde públicos e contratados existentes em seu território, de acordo com seu nível de complexidade.

A garantia dessa integralidade requer a ampliação da capacidade dos gestores municipais de coordenar esta rede de forma a assegurar o acesso do cidadão, devendo ser compreendida nos âmbitos municipal, regional e microrregional, haja vista que nem todos os municípios dispõem de serviços de média e alta complexidade adequados à necessidade da população, tendo os gestores que se solidarizarem a fim de construir uma rede integrada em assistência. O desenho dessa rede possui a seguinte conformação:

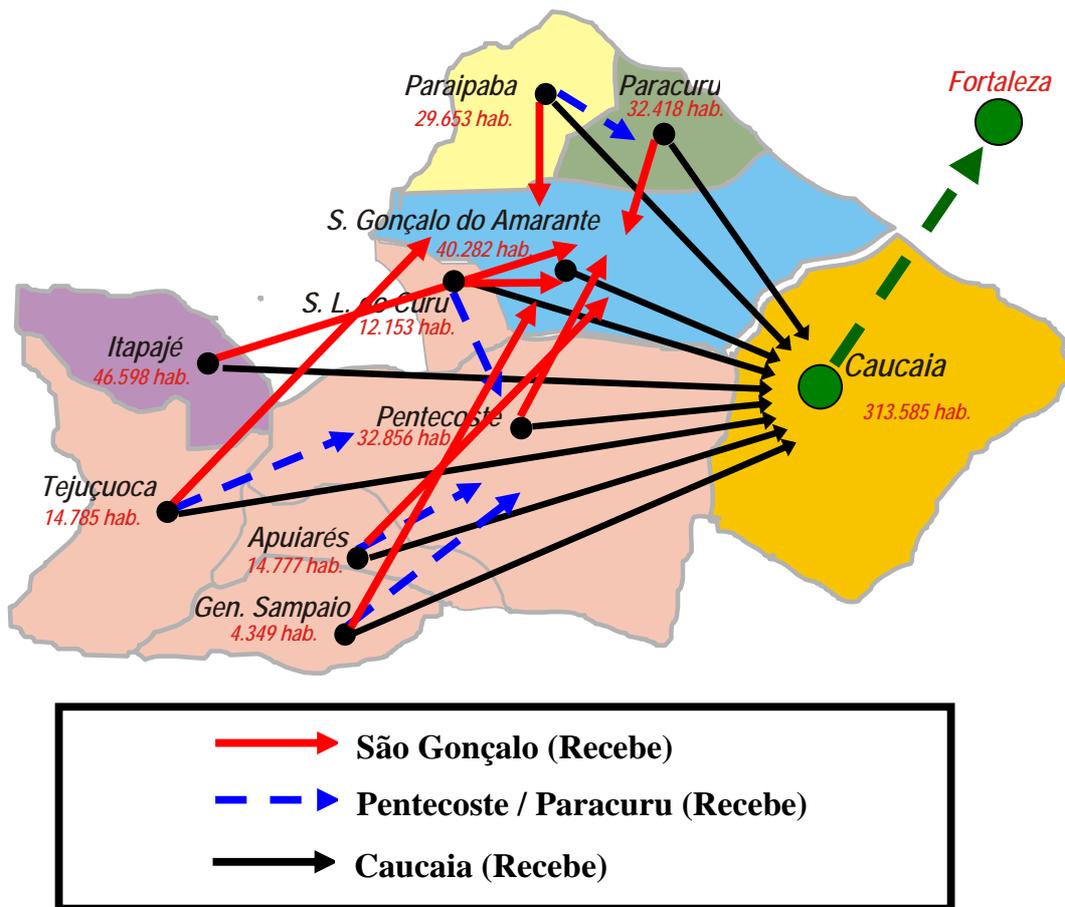


Figura 8 - Rede de atenção à saúde na 2ª microrregional

Fonte: Plano Diretor de Regionalização 2º Microrregião de Saúde-Ce – PDR – 2006

A concretização da integração dos serviços de saúde na 2ª microrregião é fundamental para as reformas das políticas públicas, construídas a partir da atenção primária, por meio da coordenação e cooperação entre provedores de serviços de saúde para a criação de uma rede integrada de assistência. Dessa forma é imprescindível a organização de redes assistenciais para conquista da qualidade, eficiência, eficácia e uso racional dos recursos no cuidado à saúde.

A seguir apresenta-se a rede assistencial dos dez municípios que compõem a 2º CRES e o desenho da referência intermunicipal entre estes:

Quadro 1 – Rede assistencial e referência intermunicipal – Paracuru/Paraipaba

Município de referência	Município que referencia	Procedimentos	Unidade	
			Amb	Hosp
Paracuru	Paraipaba	Laboratório	X	
		Oftalmologia	X	
		Cirurgia Geral		X

Referências para Paracuru: Oftalmologia, cirurgia geral e laboratório.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização – PDR – 2006

O Município de Paraipaba oferta a sua população diversas especialidades médicas, tais como pediatria e otorrinolaringologia, ginecologia e obstetrícia com atendimento ambulatorial nesta área por especialista, no entanto, o serviço hospitalar desta especialidade é realizado por médico generalista. Possui como referência para laboratório, cirurgia geral e oftalmologia os serviços ofertados pelo município de Paracuru, tendo em sua rede 08 equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF e Saúde Bucal, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), que presta assistência em saúde mental à população de Paraipaba e Paracuru, e um Hospital municipal no projeto hospital de pequeno porte, que oferece internações nas clínicas básicas contando com 24 leitos, sendo 04 obstétricos, 07 pediátricos e 13 em clínica médica. Garante, também, urgência e emergência 24 horas e eletrocardiograma (ECG) e o radiodiagnóstico, considerados serviços de apoio diagnóstico (CEARÁ, 2006).

Ao se avaliar a oferta de serviços neste município verifica-se que a média de atendimento dos especialistas, no ambulatório, é de 08 a 12 horas por semana, o que é insuficiente para atender a necessidade da população municipal, proposta pela portaria 1101/2002.

Quanto ao município de Paracuru, tem em sua rede 09 equipes da ESF e 09 equipes de Saúde Bucal, sendo 08 na Modalidade I e 01 na modalidade II, o qual possui como principais diferenciais a inclusão do Técnico em Higiene Dental - THD e o recurso financeiro recebido pelo município; possuindo também um Centro Odontológico que realiza procedimentos de média complexidade. Apresenta-se ainda neste município um Hospital filantrópico, credenciado ao SUS, a Santa Casa de Paracuru, que conta com 45 leitos, dos quais 23 são de clínica, 10 de pediatria, 12 de ginecologia e obstetrícia, com atendimento

médico de urgência e emergência nas 24hs. Dispondo também de apoio diagnóstico, tais como ultra-sonografia, eletrocardiograma, raio X e um laboratório de análises clínicas.

Ao analisar o Município de Paracuru verifica-se que este é melhor estruturado que o município anterior, tanto na área de atenção básica como na oferta de serviços especializados, inclusive sendo um dos municípios da região que apresenta melhor estrutura no setor de saúde bucal.

Quadro 2 – Rede assistencial e referência intermunicipal – Pentecoste

Município de referência	Município que referencia	Procedimentos	Unidade	
			Amb	Hosp
Pentecoste	São Luis do Curu	Cirurgia Geral		X
	General Sampaio	Ultra-sonografia	X	
	Tejuçuoca	Fisioterapia	X	
	Apuiarés	Colposcopia Inserção do DIU	X	

Referências para Pentecoste: Cirurgia geral, ultra-sonografia, fisioterapia, colposcopia e inserção do DIU.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização – PDR – 2006

Outro município que faz parte desta rede é Pentecoste, que possui em sua rede assistencial 10 equipes da ESF e de Saúde Bucal, um Hospital Municipal com 52 leitos, mas apenas 46 cadastrados pelo SUS, funcionando 24 horas. Realiza atendimento médico de urgência/emergência, cirurgias ambulatoriais especializadas, internamento nas clínicas médica, pediátrica, cirurgia geral e obstétrica. Dispõe de serviço de patologia clínica, exames ultra-sonográficos, serviço de radiodiagnóstico e um Centro de Especialidades Médicas, que oferta consultas especializadas apenas para sua população, com as seguintes especialidades: pediatria, cardiologia, psiquiatria, nutricionista, geriatria e ortopedia.

A avaliação proposta identificou que o Município de Pentecoste, apesar de apresentar em sua estrutura consultas especializadas não referencia este serviço, no entanto, é um dos municípios mais referenciado dentro da microrregião com relação à atenção secundária no que diz respeito ao atendimento ambulatorial hospitalar, fisioterapia e

serviço de apoio diagnóstico, cumprindo o que preceitua o Pacto pela Saúde, com relação à regionalização solidária e cooperativa.

Quadro 3 - Rede assistencial e referência intermunicipal – São Gonçalo do Amarante

Município de referência	Município que referencia	Procedimentos	Unidade	
			Amb	Hosp
São Gonçalo do Amarante	Apuiarés	Proc. Esp. em Odontologia	X	
	Gal.Sampaio		X	
	Itapajé	Outros Serviços Centro de Esp. Odontológica (CEO)	X	
	Paracuru		X	
	Paraipaba		X	
	Pentecoste		X	
	São Luís do Curu		X	
	Tejuçuoca		X	

Referências para São Gonçalo: Procedimento especializado em Odontologia

Fonte: Plano Diretor de Regionalização – PDR – 2006

Com relação ao Município de São Gonçalo do Amarante, apresenta 13 equipes da ESF e 13 de Saúde Bucal - 11 em modalidade I e 02 em modalidade II, um Centro de Especialidade Odontológica – CEO, que atende pacientes referenciados da microrregião, na área de endodontia, prótese, cirurgia, ortodontia, radiologia, periodontia e estomatologia bucal.

Há em sua estrutura um Hospital municipal que oferece internação nas clínicas: médica, 16 leitos; pediatria, 07 leitos; cirurgia, 04 leitos e obstetrícia, com médicos generalistas e especialistas, 06 leitos. Dispõe de urgência e emergência 24hs nas especialidades citadas e uma emergência odontológica, além de consultas de ginecologia e obstetrícia, traumatologia, ortopedia, cardiologia, neurologia e otorrinolaringologista. Oferece, também, radiodiagnóstico, ultra-sonografia, patologia clínica, ECG e realiza pequenas cirurgias.

O Município de São Gonçalo do Amarante, apesar de possuir uma estrutura satisfatória na área da atenção básica, encontra-se incipiente com relação à cobertura de oferta de consultas especializadas, pois oferta os especialistas supracitados, mas não atende

a real necessidade da população, uma vez que sua cobertura atinge apenas 28,7% de acordo com a PPI-2006, comprometendo o acesso de forma integral da sua população.

Quanto ao Município de Itapajé, tem em sua estrutura 13 equipes da ESF e 10 Equipes de Saúde Bucal; um Centro Municipal de Fisioterapia, ofertando fisioterapia respiratória e motora, além do serviço de fonoaudiologia; um Centro Odontológico, ofertando endodontia e atendimento básico nesta área, no período noturno; uma clínica de oftalmologia com oferta de consultas especializadas, cirurgia de cataratas com implantação de lente, exame de fundo de olho e realização de pequenas cirurgias, sendo referência neste serviço para os municípios de São Luís do Curu, Apuiarés, Tejuçuoca e General Sampaio. O hospital municipal realiza internação nas clínicas: médica, 13 leitos; pediatria, 12 leitos; cirurgia de pequeno porte, 02 leitos e obstetrícia, parto normal e cirúrgico, 08 leitos, com médico generalista e especialista.

Nessa avaliação, identificou-se ainda que a rede de atenção à saúde da 2ª microrregião apresenta, também, os municípios de São Luís do Curu, Tejuçuoca, General Sampaio e Apuiarés, estes são municípios menores que apenas referenciam atenção secundária e terciária, compondo o módulo assistencial. Possuem em sua estrutura além de cobertura de Estratégia Saúde da Família satisfatória, Hospital de Pequeno Porte – HPP, instituído pela Portaria GM/MS nº 1044 de 1 de junho de 2004, cuja proposta tem como base o critério de adesão voluntária.

A política nacional para os pequenos hospitais faz parte de um conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, objetivando fortalecer e aprimorar o Sistema Único de Saúde, com vistas à reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro. A adesão destes municípios a esta política foi de grande relevância para a microrregião, qualificando e humanizando a assistência, atendendo aos objetivos de aprimorar a gestão e descentralização, além de gerar informações que fortalecem o monitoramento, a avaliação e controle das ações e recursos empregados pelo SUS nesta região.

Com base no desenho da rede de atenção à saúde desta região, visualiza-se Caucaia, como maior município da rede considerado pólo microrregional, contando com dois hospitais, um municipal e o outro filantrópico, com acesso aos serviços especializados nas áreas ambulatoriais e de internação e capacidade para receber referências de média e alta

complexidade. Esses hospitais fazem parte da política estadual para melhoria da prestação de serviços hospitalares de nível secundário, que objetiva ofertar assistência em saúde o mais próximo da residência do cidadão, sendo apenas os casos mais sérios transferidos para os hospitais da Macrorregião de Fortaleza, da qual Caucaia faz parte.

O Município de Caucaia dispõe de 67 equipes da ESF e 39 de Saúde bucal, dois Centros de Atenção Psicossocial CAPS II e CAPS AD, sendo o primeiro uma unidade de apoio na atenção a pessoas em sofrimento psíquico-social e o segundo de atendimento a usuários de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares.

Sua estrutura é composta ainda pela Clínica São Judas Tadeu, uma filantropia, com nível de referência 02 e 03, que é unidade de apoio da microrregião e presta serviço nas áreas de oftalmologia, fonoaudiologia, mamografia, endoscopia, traumato-ortopedia, ultrasonografia básica, citopatologia e patologia clínica; e pelo Centro de Nefrologia de Caucaia, unidade particular de apoio à microrregião com serviços de hemodiálise, consultas especializadas em nefrologia, com patologia clínica de especialidade.

Faz parte de sua rede assistencial a Unidade Mista Santa Terezinha, com atendimento de urgência e emergência, e disponibilidade de 11 leitos de observação e serviço de laboratório de análises clínicas. Há ainda uma Policlínica que oferece consultas nas seguintes especialidades: cardiologia, neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, pneumologia, medicina do trabalho, hematologia, psicologia e pediatria. A seguir o desenho com as pactuações efetuadas pelos gestores municipais:

Quadro 4 – Rede assistencial e referência intermunicipal – Caucaia

Município referência	Município que referencia	Procedimentos	Unidade		Prestador
			Amb	Hosp.	
Caucaia	Apuiarés	Mamografia, RX Simples			Fun. São Judas adeu
			X		
		Gastroduodenoscopia	X		Fun. São Judas Tadeu
		Nefrologia	X		CENEC
		Neonatologia, Pediatria		X	Hosp. Paulo Sarasate
	Teste HIV, Obstetrícia		X	H.M.Abelardo Gadelha	
	General Sampaio	Gastroduodenoscopia	X		Fun. São Judas Tadeu
		Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria		X	Hos. Paulo Sarasate
		Nefrologia	X		CENEC
		Teste HIV		X	Hos. Abelardo Gadelha
		Mamografia	X		Fun. São Judas Tadeu
	Itapajé	Gastroduodenoscopia,	X		Fun. São Judas Tadeu
		Mamografia	X		Fun. São Judas Tadeu
		Nefrologia	X		CENEC
		Teste HIV		X	Hos. Abelardo Gadelha

Referências para Caucaia: Clínica médica, clínica cirúrgica, traumato-ortopedia, gineco-obstetrícia e pediatria, neonatologia, nas áreas de ambulatório e internação.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização – PDR – 2006

Município de referência	Município que referencia	Procedimentos	Unidade		Prestador
			Amb	Hosp.	
Caucaia	Paracuru	Mamografia, RX Simples			Fun. São Judas adeu
			X		
		Gastroduodenoscopia	X		Fun. São Judas Tadeu
		Nefrologia	X		CENEC
		Neonatologia, Pediatria		X	Hosp. Paulo Sarasate
	Teste HIV, Obstetrícia		X	H.M.Abelardo Gadelha	
	Paraipaba	Gastroduodenoscopia	X		Fun. São Judas Tadeu
		Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria		X	Hos. Paulo Sarasate
		Nefrologia	X		CENEC
		Teste HIV		X	Hos. Abelardo Gadelha
		Mamografia	X		Fun. São Judas Tadeu
	Pentecoste	Gastroduodenoscopia,	X		Fun. São Judas Tadeu
		Mamografia	X		Fun. São Judas Tadeu
		Nefrologia	X		CENEC
		Teste HIV		X	Hos. Abelardo Gadelha

Referências para Caucaia: Clínica médica, Clínica cirúrgica, traumato-ortopedia, gineco-obstetrícia e pediatria, neonatologia, nas áreas de ambulatório e internação.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização – PDR –

Município de Referência	Município que referencia	Procedimentos	Unidade		Prestador
			Amb	Hosp.	
Caucaia	São Gonçalo	Mamografia, RX Simples			Fun. São Judas adeu
			X		
		Gastroduodenoscopia	X		Fun. São Judas Tadeu
		Nefrologia	X		CENEC
		Neonatologia, Pediatria		X	Hosp. Paulo Sarasate
		Teste HIV, Obstetrícia		X	H.M.Abelardo Gadelha
	São Luís do Curu	Gastroduodenoscopia	X		Fun. São Judas Tadeu
		Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria		X	Hos. Paulo Sarasate
		Nefrologia	X		CENEC
		Teste HIV		X	Hos. Abelardo Gadelha
		Mamografia	X		Fun. São Judas Tadeu
	Tejuçuoca	Gastroduodenoscopia,	X		Fun. São Judas Tadeu
		Mamografia	X		Fun. São Judas Tadeu
		Nefrologia	X		CENEC
		Teste HIV		X	Hos. Abelardo Gadelha

Referências para Caucaia: Clínica médica, Clínica cirúrgica, traumato-ortopedia, gineco-obstetrícia e pediatria, neonatologia, nas áreas de ambulatório e internação.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização – PDR – 2006

Com a implantação do Pólo Microrregional, o Hospital Municipal de Caucaia, destinou ao pólo 105 leitos, sendo 30 para clínica médica; 30 para cirurgia geral e traumato-ortopedia e 45 em obstetrícia para atendimento da população própria. É importante ressaltar que no PDR-2006 esse município não apresenta perfil de referência para obstetrícia, apesar disso, este serviço é ofertado apenas para a sua população, entretanto, o atendimento em traumato-ortopedia, que deveria ser da responsabilidade deste município, não apresenta estrutura de atendimento adequada relativa principalmente a um número reduzido de profissionais e diminuição de ofertas de cirurgias nesta área, as quais são encaminhadas para hospitais da macrorregião.

O hospital filantrópico desse município destinou ao Pólo Microrregional 120 leitos, sendo 08 para neonatologia, 60 para obstetrícia e 16 para cirurgias obstétricas. O referido hospital dispõe de 36 leitos para pediatria. A definição do perfil dos hospitais pólos e suas respectivas referências foram aprovadas em reunião da CIB microrregional, no ano de 2003.

Nessa avaliação, verificou-se que o município de Caucaia apresenta uma rede de assistência ainda em construção para figurar como município pólo, pois não responde na totalidade às necessidades estabelecidas no PDR microrregional, haja vista o elevado número de transferências para a Macrorregião, apresentando forte fragilidade quanto à resolubilidade do atendimento não só dos seus munícipes, mas também das pactuações realizadas na microrregião.

O relatório de gestão de 2006, da 2ª Microrregião de saúde, reforça essas dificuldades revelando “nós” críticos na atenção secundária e na terciária, pela desintegração da assistência entre os níveis primários e secundários; assistência inadequada à parturiente e ao recém-nascido; inexistência de protocolos de normas e rotinas e condutas clínicas para atenção primária e secundária; deficiência na oferta dos especialistas (neurocirurgião, otorrinolaringologista, neonatologista, dermatologista, geriatria, cardiologista, urologista), acarretando a demanda reprimida nas centrais de marcação de consultas.

Dessa forma, ao se estudar as relações de regulação do acesso, é importante propor um desenho para indicar os componentes e as relações que se estabelecem nos sistemas de serviços de saúde microrregional. Neste estudo, a proposta tem como base para sua conformação uma adaptação da figura que representa o modelo de sistemas de saúde proposto por Mendes (2002).

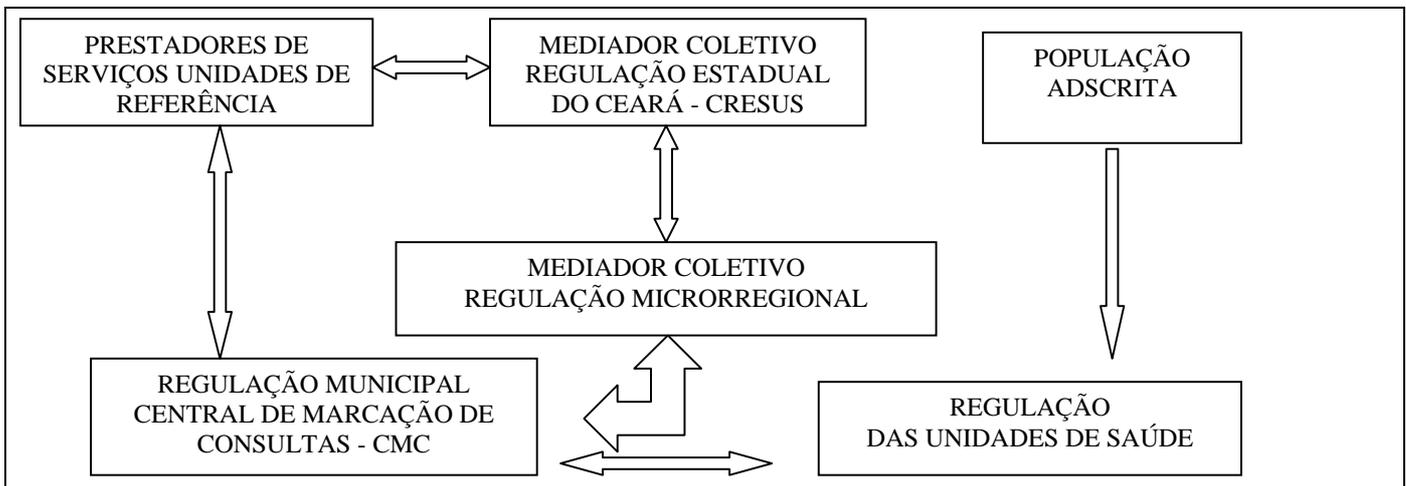


Figura 9 - Componentes e relações do complexo regulador do Sistema de Serviço para regulação do acesso. Fonte: Adaptação do modelo proposto por Mendes, 2002.

Observando-se essa proposta, verifica-se que o sistema de serviço de saúde microrregional ao regular o acesso possui componentes estruturais, tais como a regulação municipal e a estadual, os prestadores de serviços de saúde e a população que se

relacionam com a CMC de forma direta ou indireta a fim de viabilizar o acesso aos serviços de saúde de forma eficaz e eficiente.

Nesse sistema, a regulação inicia-se na unidade básica de saúde, a porta de entrada do sistema, e segue o fluxo que se estende da CMC para o mediador coletivo central, CRESUS-CE até os prestadores de serviços das unidades de referência. Ressalta-se que o desenho viabiliza a regulação e direciona a população, garantindo a regulação para o setor secundário e terciário o mais próximo de sua residência, não tendo que se locomover em busca da efetivação de sua referência até a CMC municipal.

Atualmente a 2ª Microrregião de Saúde apresenta a seguinte conformação:

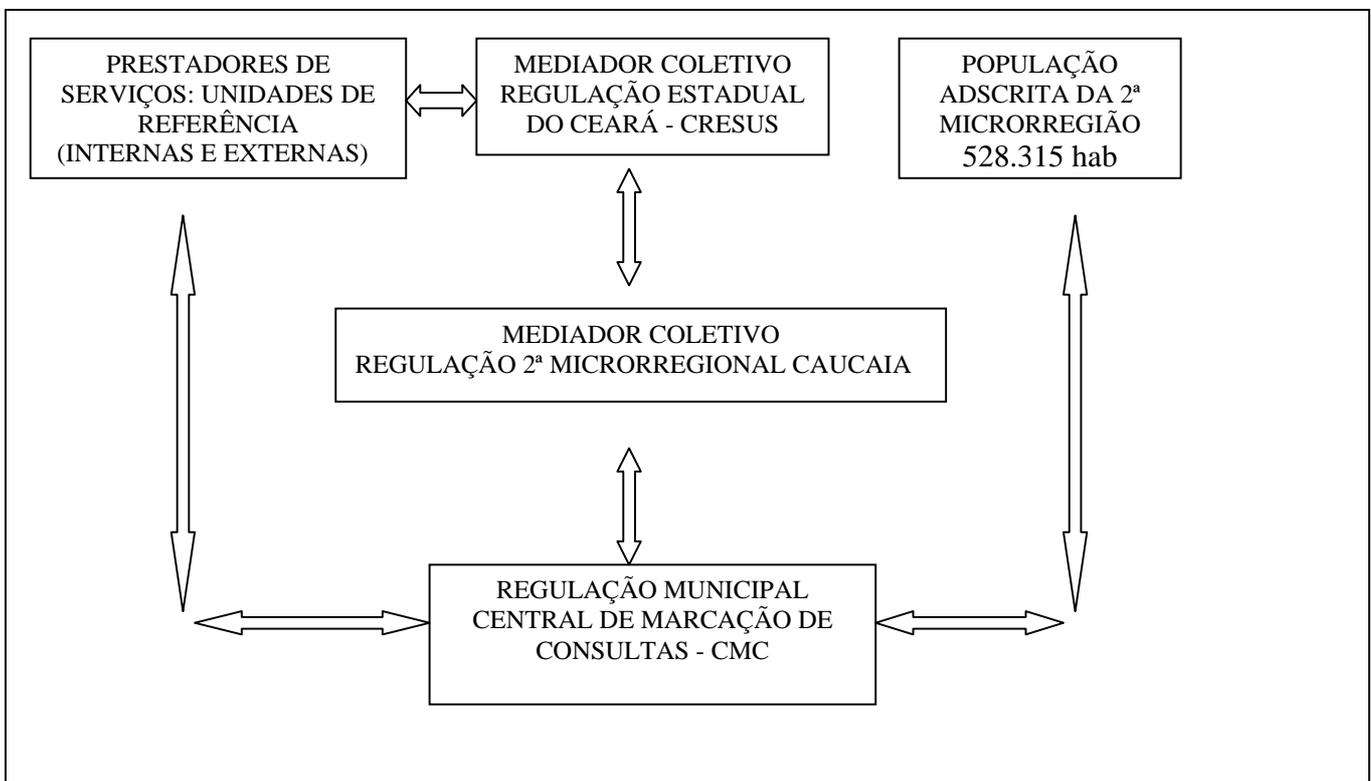


Figura 10 - Componentes e relações do complexo regulador do Sistema de Serviço da 2ª Microrregional de Saúde para regulação do acesso.

Fonte: Adaptação do modelo proposto por Mendes, 2002.

A figura acima indica que na 2ª Microrregião de Saúde, a regulação do acesso inicia-se nos municípios por meio das Centrais de Marcação de Consultas, que se localizam

nas Secretarias Municipais de Saúde. Nesta pesquisa, delinear-se-iam apenas a marcação de consultas e exames ambulatoriais definidos como módulo agendamento (Anexo F).

Na realidade da 2ª microrregião de saúde não foi incorporado no desenho da Central de Regulação o quadro “Regulação das unidades de saúde”, proposto no modelo da figura 3, por se compreender que não existe este nível de regulação, uma vez que se realiza apenas encaminhamento do paciente para a CMC, por meio da ficha de referência.

Portanto, na regulação municipal, o paciente portador da ficha de referência dirige-se à CMC, que realiza o agendamento caso tenha cota para o procedimento, ou insere o usuário em uma fila de espera e encaminha a demanda para a Central Microrregional que disponibiliza para a macro a fim de que seja regulada pelo médico regulador. Alguns procedimentos são liberados direto para o município de acordo com a PPI, outros são regulados pela macro e microrregional. Não existem procedimentos certos para liberação, pois dependem da oferta mensal dos prestadores de serviços, independente da programação realizada pelo município e o recurso mensal repassado pelo SUS.

A regulação do acesso assistencial na 2ª Microrregião de Saúde não se esgota na marcação de consultas ou no sistema de regulação UNISUS por meio do módulo agendamento, pois este é um sistema que gera relações entre os gestores municipais e os prestadores de serviços de saúde (pactuações, contratualizações), de gestores e prestadores com unidades de saúde, de gerentes com profissionais de saúde e de usuários com suas demandas e necessidades. A regulação do acesso implica uma governança eficiente, eficaz e efetiva através de relações políticas, técnicas e de cuidado, englobando um conjunto de tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o seu acesso (BRASIL, 2007a).

#### **4.2 Avaliação da organização técnica e operacional da regulação microrregional: roteiro de padrão de conformidade**

A central de regulação identifica o usuário como foco do sistema de saúde, garantindo a comunicação das unidades de referências com a Central de Marcação de Consulta - CMC, agilizando e racionalizando o atendimento na busca da qualidade da

atenção dos serviços de saúde, tornando fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial.

Nessa perspectiva, foi realizada uma avaliação por meio da aplicação de um roteiro de padrões de conformidade e do estudo de indicadores da CMC. Essa avaliação pretendeu favorecer a organização do serviço de regulação estruturado pelos gestores municipais a fim de fortalecer a oferta eficiente e eficaz do acesso da população à assistência à saúde no nível secundário. Os dados coletados foram explorados com a maior riqueza de detalhes para subsidiar o planejamento de ações necessárias à saúde na 2ª Microrregião.

Apresentou-se inicialmente o roteiro de padrão de conformidade com critérios previamente definidos e relacionados ao objeto da avaliação, ou seja, a regulação do acesso aos serviços de saúde no âmbito dos municípios que compõem a 2ª Microrregional de Saúde e de sua Central de Regulação. A esses padrões foram atribuídos escores convencionados de 1 a 3 de acordo com o grau de importância de cada critério que compõe o padrão. Inicialmente, avaliou-se o padrão liderança organizacional.

Quadro 5 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Liderança Organizacional. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.

Padrão/Critérios	Municípios											
	* Escore	** CMR	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Liderança Organizacional												
Estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado	03	-	03	03	03	03	-	03	-	-	03	-
Avalia a produção e gastos planejados.	03	03	03	-	-	03	-	-	-	-	-	-
Responsabilidades e competências da equipe estão definidas e descritas.	02	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Responsável para resolver situações adversas acessíveis durante todo o período de funcionamento.	01	01	01	01	01	01	-	01	-	-	-	-
Dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.	01	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-
Planeja estrategicamente de forma participativa.	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>04</b>	<b>10</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>08</b>	<b>0</b>	<b>04</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>03</b>	<b>0</b>

\*Escore (1- Dispensável; 2-Importante; 3-Fundamental) \*\*CRM – Central de Regulação 2ª Microrregional de Saúde

O padrão “Liderança Organizacional” investiga o grau de desenvolvimento da CMC quanto ao aspecto organização. Verificou-se que os resultados são significativos, denunciando a fragilidade das CMC. Com relação ao critério “Estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado”, a tabela acima demonstra que em apenas seis CMC há direção técnica habilitada para o serviço. Nos demais municípios, este setor fica sob a responsabilidade do videofonista, profissional que não possui perfil técnico para definir prioridades e necessidades de atendimento da população.

Das seis CMC que possuem coordenação, cinco são assumidas por enfermeiras. A 2ª coordenadoria de saúde apesar de não apresentar coordenação, dispõe de uma enfermeira no período de 20 horas. O profissional enfermeiro tem ocupado vários espaços na área de gestão do SUS, no entanto, enfrentando algumas dificuldades. De acordo com estudo de Mélo (1999), uma parcela significativa de enfermeiras que ocupam cargo de gestão desconhece os documentos técnicos que organizam o processo de trabalho do sistema/serviço que dirigem e até mesmo o perfil em saúde do município que atua. Este autor afirma que o enfermeiro quando possui essas informações é de forma fragilizada e não as utilizam para o desempenho do cargo.

Com base ainda no estudo de Mélo (1999), constatou-se a importância de a enfermeira atualizar seus conhecimentos sobre a gestão e principalmente utilizá-los, pois a coordenação da CMC deve ter responsabilidade global sobre o serviço, devendo observar as diretrizes e rotinas estabelecidas nas esferas federal, estadual e municipal. Segundo Brasil (2006c, p. 20), “instituir as escalas de trabalho e conduzir as relações de pactuações” são atribuições da coordenação e o coordenador é “o principal interlocutor entre a gestão, o complexo e a rede de serviços”.

É considerado neste estudo que o coordenador deve se munir de informações que irão subsidiar a organização da rede de serviços ofertados para o acesso em saúde da população adstrita do município, como o levantamento da população total, observando seus quantitativos em urbana e rural, sexo, faixa etária e sua distribuição por município, distritos ou bairros.

Além disso, é primordial que o coordenador utilize para o planejamento e a organização da CMC o mapeamento da rede de serviços básicos, de consultas e outros procedimentos e serviços de internação da área de abrangência de cada CMC, com o

detalhamento da localização, do tipo de serviço, da quantidade de profissionais e suas respectivas cargas horárias, bem como dos equipamentos existentes.

Ao realizar o planejamento o coordenador da regulação do acesso no município deve contemplar ações para implementar o serviço de regulação, agendamento, busca de vagas, encaminhamentos e autorização de procedimentos, detalhando toda infra-estrutura física e de recursos humanos existentes. A equipe de trabalho da CMC deve desenhar o fluxo demonstrativo do quantitativo de consultas e serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia - SADT e outros procedimentos ambulatoriais especializados, identificando procedimentos e estabelecimentos de saúde que estão sob regulação.

É fundamental nesse processo que a coordenação disponibilize mapas de referência e contra-referência e verifique se estes são seguidos, conforme estabelecido, identificando ainda situação contratual, ou seja, existência de contratos formais entre a gestão pública e os prestadores de serviços. Caso não tenha sido realizada contratação, a coordenação da CMC deve acionar o profissional responsável pelo setor de controle e avaliação para viabilizar a formalização dos contratos, com especial atenção para as ações de regulação implantadas. Segundo Schrader (2001, p. 161):

Cabe à Central de Regulação gerenciar a oferta de serviços, acompanhar os contratos e convênios, quantitativa e qualitativamente, em conjunto no processo de Programação Pactuada Integrada, estimulando a participação do usuário, no sentido de torná-lo um parceiro informado, ativo e influente na melhoria do atendimento que recebe.

Outra ação importante da coordenação de uma CMC é a assessoria ao gestor para celebração de contratos com os prestadores de serviços privados e filantrópicos, sendo um dos pontos fundamentais para a implantação da central de regulação. Para cumprir o princípio constitucional, de universalidade no atendimento à saúde, foi facultado aos gestores do SUS contratar serviços de saúde não estatais. Em seu art. 199, parágrafo 1º, a Constituição Federal define que:

[...] as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Brasil, 2007:1).

Entretanto, o coordenador qualificado deverá observar que a participação do setor privado só poderá ocorrer depois de esgotada a capacidade de toda a rede pública de saúde, federal, estadual e municipal, tendo como segunda opção a filantropia, sendo previsto no artigo 18º, inciso X, da Lei 8.080/90, a competência do Município para celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde bem como controlar e avaliar sua execução (BRASIL, 2007a).

O coordenador da CMC realiza ainda atividades complexas, tais como o acompanhamento das unidades de referências contratadas, devendo estar preparado para análise de relatórios tais como os de solicitações referenciadas. É importante observar as solicitações, os agendamentos, os cancelamentos e as demandas reprimidas, comparando o programado e o produzido da Programação Pactuada Integrada - PPI Municipal, visualizando aspectos físicos e financeiros; procedimentos programados na PPI e não solicitados pelo município, bem como as solicitações extra-PPI a fim de estudar a necessidade de reprogramação das pactuações.

Outro critério fundamental avaliado foi relativo a “Avalia a produção e gastos planejados”, que obteve pontuação muito baixa, pois apenas duas CMC, referiram realizar esta atividade. Uma disponibilizou relatório de análise dos procedimentos planejados versus executados do ano anterior ao da pesquisa, no entanto, observou-se que não apresentava um processo sistemático de avaliação, haja vista que não havia demonstração de planilhas de metas e resultados. Em outro município, foram recebidos mapas de acompanhamento do sistema consolidado do ano de 2006 que, segundo informações, são elaborados ao final do ano para atender a solicitação do relatório de gestão. A avaliação periódica e sistemática de produção e gastos foi observada apenas na CMR, tendo a finalidade de avaliar e divulgar a regulação microrregional para os secretários de saúde desta microrregião.

Em um dos municípios pesquisados, a coordenadora informou que está avaliando a produção e gastos, mas o material ficou em sua residência. Nos demais municípios, todos os pesquisados afirmaram considerar importante esse procedimento, mas informaram que não o realizavam por falta de tempo, de planejamento ou ainda por falta de recursos humanos suficientes para a sua realização. Alguns disseram que foram chamados para assumir a CMC e ainda estão aprendendo ou conhecendo as atividades do setor apesar de estarem já há dois anos na mesma. Nos discursos abaixo sobressaem relatos que reforçam essas afirmativas:

*Agora mesmo estamos fazendo esta análise, está entendendo? Mas assim? A Secretaria pediu pra gente saber, quantas consultas estão saindo ao mês? Consultas do tipo dermatologia, quantas saíram ao mês? Aí a gente vai ter uma reunião agora dia 12 com o PSF sobre os indicadores. Por isso ela pediu. (R06).*

*Estamos tendo dificuldade com relação à PPI hospitalar. Temos como ver a questão ambulatorial. Agora, por exemplo, eu não consegui puxar o relatório do estado do mês de setembro, outubro, novembro e dezembro do ano passado porque todas as vezes que eu vou lá, eles dizem que o município de Fortaleza não entregou, então não temos como avaliar (R04).*

Quando solicitados os comprovantes com relação às análises de produção e gastos realizados, obteve-se a seguinte resposta, em um dos municípios pesquisados:

*Levei ontem pra casa, para poder fazer, aqui não tenho tempo, porque a secretária quer também os retroativos a 2004, 2005, 2006 e 2007, só que por aqui não conseguimos tirar aqueles relatórios. Só consigo tirar a partir de setembro de 2005 até março de 2007, 2004 a gente não consegue tirar, aí eu tive lá em Caucaia, muito bom, mas a micro disse que não podia dar esses relatórios a não ser que eu levasse uma pessoa daqui pra eles ensinarem como puxam esses relatórios, e levasse o papel para tirar o relatório, porque são muitas páginas, só um ano era quatrocentas e tantas páginas (R06).*

Essa fala retrata as dificuldades que a coordenadora e sua equipe possuem em manusear o sistema de informação da CRESUS denominado UNISUS, dificultando a avaliação, o controle, o planejamento e a regulação no sistema local de saúde daquele município, neste caso específico a equipe buscou apoio da 2ª Central Microrregional - CMR, entretanto encontrou dificuldade, tendo em vista a falta de recursos humanos para assessorar nesta atividade.

Observou-se que o sistema UNISUS viabiliza para o nível municipal poucos relatórios, os quais muitas vezes não são consolidados, fazendo com que a coordenação da CMC tenha que consolidá-los de forma manual, dificultando o processo de avaliação do sistema. Outra fragilidade desse programa, observada nesta pesquisa, foi a indisponibilidade de dados referentes à variável faixa etária do paciente, inviabilizando uma avaliação criteriosa voltada para determinadas prioridades que devem ser consideradas, como as referências de idosos e crianças.

Um dos objetivos do sistema de saúde é a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, afirmando que os riscos de adoecer e morrer não são iguais na população, devendo-se proteger os grupos em situação de exclusão, por meio de

financiamento justo (MENDES, 2002). Considera-se a população idosa e a infantil como integrantes desses grupos, portanto é fundamental que o sistema UNISUS possa disponibilizar informações por faixa etária, no módulo agendamento, a fim de que as CMC municipais possam planejar melhor a assistência à saúde do idoso e da criança na atenção secundária.

Estudos realizados no Estado do Ceará identificam as fragilidades nos relatórios do UNISUS - CRESUS-CE, definindo: “[...] que estes ainda não são fornecidos para os técnicos de forma contínua e regular. Percebe-se, também, a necessidade de solicitar relatórios à Central de Regulação do SUS para ‘checagem’ de informações.” (PEREIRA, 2006, p. 48).

Albuquerque (2007) relata a dificuldade em analisar o acesso da população idosa, de crianças e outras à assistência à saúde por meio da CMC, pois a coleta de dados é feita de forma manual através da Ficha de Referência, porque o sistema de informação UNISUS não disponibiliza esses dados no módulo agendamento, utilizado pelo município.

Quanto ao terceiro critério apresentado no quadro “Responsabilidades e competências da equipe estão definidas e descritas”, verificou-se que apenas um município apresentou essas responsabilidades por escrito, no entanto, não estava de fácil acesso, pois um técnico do setor havia levado, sendo entregue a pesquisadora apenas no dia seguinte. Os demais deram os seguintes depoimentos:

*Temos as rotinas escritas, mas não está aqui, o coordenador levou e não entregou (R1).*

*A equipe é só eu e o videofonista e as atividades são definidas, mas nunca escrevemos. (R10)*

*Não aqui é assim. A gente faz. Não tem nada escrito. Cada uma sabe o que tem de fazer, mais não tem nada escrito. (R6)*

*[...] acabou inclusive de fazer a portaria nomeando os novos membros, tem portaria toda definida. Existe um fluxo. Não temos atividades escritas, o que temos é o fluxograma, na sala de situação, fica fixado lá, rotina competência não, a gente ta fazendo agora. (R4).*

*Este planejamento foi realizado com a gestão passada, atualmente não temos. A equipe muda muito (R9).*

A descrição das responsabilidades e competências dos profissionais que atuam na CMC é fundamental e sua condução é considerada um importante desafio, haja vista que os municípios se encontram ainda incipientes nesta área, dificultando o exercício eficiente e efetivo do papel da CMC.

Quanto ao critério “Existe pessoa responsável para resolver situações adversas acessíveis durante todo o período de funcionamento”, verificou-se que em todas as CMC que apresentou coordenação um profissional responsável foi identificado.

O critério “Dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional” refere-se à conduta moral, isto é, aos padrões de comportamento relativos ao usuário e aos colegas de trabalho. É fundamental que a equipe da CMC tenha boa capacidade de discernimento ético e moral e saiba como agir para chegar ao equilíbrio, devendo respeitar o sigilo das informações que o setor tenha por norma resguardar.

Os pesquisados referem à existência do critério supracitado, mas as observações apontaram que esses mecanismos limitam-se à guarda das fichas de referências. Nas CMC que apresentaram coordenação, segundo estas existe uma conversa informal com os funcionários, ressaltando alguns pontos, tais como preservar nomes e patologias de pacientes que dão entrada na CMC e são conhecidos na cidade, haja vista que a 2ª Microrregião de Saúde é formada por municípios de pequeno porte, em sua maioria, que abrigam características comuns a pequenas populações.

Mendes (2000), em estudo sobre a prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde, relata a existência de iniquidades praticadas por profissionais de saúde na concessão de privilégios quanto ao acesso a serviços, diagnósticos, internações ou tempo de espera para atendimento a indivíduos “melhor posicionados socialmente” ou que têm relações de parentesco e amizade. A autora refere que:

O estudo permitiu verificar que o referencial bioético da beneficência e não maleficência pode estar comprometido: por uma política social restritiva que faz importantes limitações financeiras para a assistência à saúde; pela necessidade de seleção de pacientes aos benefícios; por critérios inadequados de seleção de pacientes; e pela precariedade das adaptações e improvisações decorrentes da escassez de recursos (MENDES, 2000, p. 143).

Verificou-se que as questões éticas para os técnicos da CMC estão restritas ao sigilo de fichas de referência, entretanto este conceito é mais complexo e quando relacionado à CMC, envolve critério de prioridade dos pacientes, o quadro clínico

apresentado, o motivo da referência e o perfil geral do paciente, independente de raça, cor, parentesco, religião e classe social; observância da legislação que ampara grupos de riscos e que regula o próprio funcionamento da CMC, entre outros aspectos.

Como último critério desse padrão, analisou-se a seguinte questão, “Planeja estrategicamente de forma participativa”. O estudo revelou que apenas um município realiza esta atividade, não sendo comprovadas reuniões por meio de atas, oficinas ou grupos de trabalho. Os coordenadores relataram:

*“Não fazemos reunião, decidimos tudo entre nós, sabemos o que cada uma faz. “É basicamente só nós duas” (R4).*

*“Não, a gente ainda não sentou pra fazer uma reunião específica, mas estamos sempre se juntando, discutindo problemas. A doutora fez quando chegou aqui e perguntou: O que a gente pode fazer aqui? O que a gente pode melhorar? Tá entendendo? O que a gente pode trazer em dinheiro, o que você acha? Essa conversa tem, mas da forma a dizer fazer uma reunião e registrar, não.” (R6).*

*“Nunca fiz reunião, pois não existe equipe. Decido muitas vezes só.” (10).*

*“Fazemos reunião, conversamos muito, mas não temos ata de reunião. O setor é muito novo, ainda estamos organizando. O principal hoje é resolver o problema quanto à atualização do SCNES” (R2).*

A falta de planejamento na CMC acarreta desconhecimento da equipe quanto à realidade e à identificação das causas dos problemas, falta de objetivos e metas definidas.

O planejamento para a Central de Marcação de Consulta deve ser visto como parte do processo de gestão, sendo uma função gerencial contínua, com vistas a propiciar uma postura ativa da organização com a população. Para Almeida *et al.* (2001:258):

[...] não existem planos definitivos, fechados, que possam valer, sem alterações, por muito tempo. É preciso considerar as incertezas e deixar espaço para o imprevisto. [...] o planejamento constitui um instrumento aberto, que permite a uma organização explicitar os resultados que se deseja alcançar, como, em que tempo e quem é responsável.

Nesse sentido, o planejamento tem por objetivo definir os processos de mudanças, apontando bons resultados, na melhoria de saúde da população, na estrutura ou organização das CMC e nos processos de trabalho quanto aos serviços e recursos humanos. Mas para que ocorram mudanças é necessário um poder, gerado por meio da governança, ou seja, do

ator que detém a coordenação da CMC, administrativo e técnico, haja vista a necessidade de possuir conhecimento e práticas sobre a regulação municipal. Concorda-se com Almeida (2001, p. 73), quando afirma que “[...] o ato de planejar não deve ser exclusivo de quem governa deve ser compartilhado com outros atores pertinentes dentro do município”.

[...] a regulação do sistema de saúde é uma tarefa multipolar, requerendo uma articulação complexa entre várias instâncias e instituições e uma governação político-estratégica de grande qualidade. Será imprudente esperar que uma qualquer “entidade” isolada conseguirá cumprir este desiderato (RAMOS, 2003, p. 2).

A referência ao planejamento estratégico, nesta pesquisa, deveu-se ao fato de se compreender que a CMC está inserida em um Sistema Local de Saúde – SILOS, onde quem planeja é um ator social que é parte deste sistema, e com o qual se inter-relaciona mediante determinantes e condicionantes. O enfoque estratégico pressupõe a existência de sistemas sociais históricos, complexos, não bem definidos e incertos, características do SILOS (FEKETE, 2001).

Uma das prioridades do Pacto de gestão, um dos componentes do Pacto pela Saúde – 2006 é revigorar o processo de planejamento e de programação, racionalizando e integrando instrumentos e processos, objetivando o fortalecimento da capacidade de regulação da atenção à saúde.(BRASIL,2006)

Quadro 6 - Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Gestão de Pessoas. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.

Padrão/Critério	Municípios											
	* Escore	** CMR	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
O setor está completo, quanto ao número de profissionais.	03	-	-	03	03	-	-	03	-	-	-	-
São realizadas reuniões.	02	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A Central de Regulação mede e avalia a satisfação e desempenho dos profissionais.	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	06	02	0	03	03	0	0	03	0	0	0	0

\*Escore (1- Dispensável; 2-Importante; 3-Fundamental) \*\*CRM – Central de Regulação 2ª Microrregional de Saúde

No primeiro critério deste padrão “O setor está completo, quanto ao número de profissionais”, identificou-se a falta de pessoal para o trabalho da CMC, pois em apenas três

centrais havia equipe completa, ou seja, apresentava pelo menos 02 videofonistas e um coordenador.

Esse indicador revela discordância com o parâmetro mínimo da CRESUS-CE, quanto aos requisitos para os municípios implantarem a CMC, pois é definido para os recursos humanos o quantitativo de 01 operador responsável pelo registro de solicitações, agendamentos de atendimentos ambulatoriais e acompanhamento de requisições da fila de espera ambulatorial. Ainda segundo a CRESUS-CE este profissional deve ser responsável também pelo fornecimento de informações gerenciais e estatísticas de uso do sistema para as secretarias municipais de saúde (CEARÁ, 2007a).

Além disso, considera-se que a formação do videofonista não o capacita para o exercício das atividades mais complexas realizadas pela CMC, pois não tem a formação técnica para articular o cuidado integral em saúde, o qual deve preconizar a articulação e integração das ações de contratação, controle, regulação do acesso e avaliação, além da grande demanda deste setor que gera um volume elevado de atividades.

A figura a seguir demonstra o quantitativo de profissionais que realizam a regulação no Estado do Ceará, segundo a CRESUS-CE – 2006:

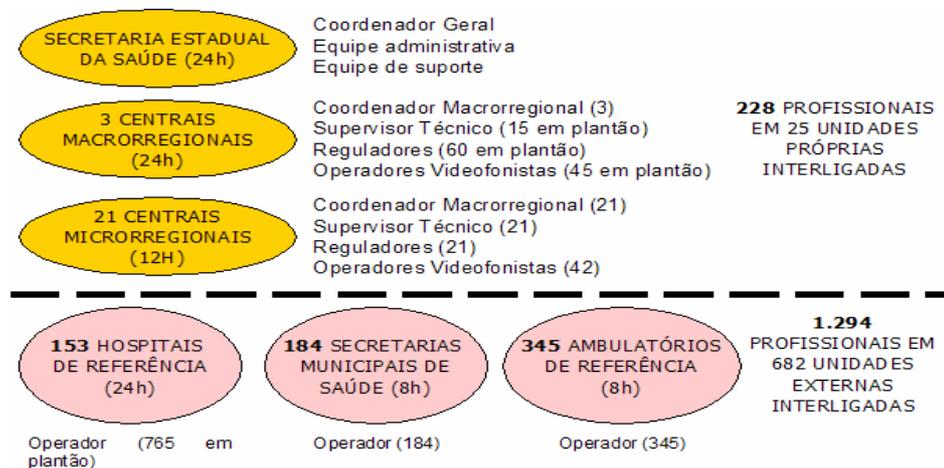


Figura 11 – Recursos Humanos do sistema operacional CRESUS

Fonte: Fortier, 2006.

Observa-se pelo desenho que nas Secretarias Municipais de Saúde no setor de programação só devem existir operadores também denominados de videofonista, não sendo

considerada a importância do processo de avaliação e controle da regulação municipal, ações que devem ser realizadas por um coordenador.

O planejamento do número de profissionais que devem atuar na complexa rede da regulação, nos municípios, conforme a figura apresentada, não condiz com a real necessidade do quantitativo que atua neste sistema, de acordo com as observações realizadas no estudo.

O reduzido número de profissionais é considerado uma falha por dificultar a organização deste setor, já que exige atividades diversas tais como participação do processo de contratualização da rede credenciada pelo SUS, elaboração da PPI, priorização dos pacientes utilizando o critério de risco ou outros já legalizados, priorização do idoso, criança, gestantes e deficientes físicos, e de outras atividades que devem ser desenvolvidas na regulação do acesso do município.

O eficiente desenvolvimento da regulação do acesso à assistência em saúde na 2ª microrregião depende principalmente da quantidade e qualidade dos recursos humanos que estão operacionalizando seu funcionamento, haja vista que essa regulação possui uma organização em rede descentralizada, onde cada unidade operacional é responsável por atividades específicas. Sua relevância reside no fato de reunir idéias, experiências e diversas atividades, fundamentais para a garantia de acesso da população microrregional em estudo.

Outra situação que chama atenção na figura que define os recursos humanos da regulação estadual é a apresentação das unidades interligadas, pois neste formato as unidades básicas não estão incluídas. Atualmente, na maioria dos municípios, o fluxo da marcação de consultas e exames pela CMC ocorre através do paciente que recebe a Ficha de Referência do profissional da atenção básica e deve buscar a CMC para marcar o procedimento ou ficar em uma fila de espera na CRESUS.

Durante as visitas realizadas, observou-se que os pacientes após receberem a ficha de referencia da equipe, dirigem-se à CMC para entregar a ficha de referência. É questionável a facilidade do acesso para a atenção secundária, haja vista que o paciente agenda a consulta na unidade básica e ao ser referenciado vai para uma fila na CMC, depois para uma fila virtual, passando dias, meses e até um ano para ser atendido, podendo ser agendado ou cancelado, como foi verificado neste estudo e está demonstrado, na figura abaixo:

Quadro 7- Distribuição do número de usuários cancelados, por período, na fila de espera.

Municípios	Período para cancelamento					
	Dias	1mês	2 meses	3 meses	4 meses	1 ano
M1	39%	54%	4%	3%	-	-
M2	29%	64%	2,5%	2,7%	1,7%	0,1%
M3	30%	70,%	-	-	-	-
M4	32%	65%	0,1%	2%	-	-
M5	46%	50%	-	4%	-	-
M6	35%	59%	1%	5%	-	-
M7	11%	85%	-	4%	-	-
M8	31%	69%	-	-	-	-
M9	35%	64%	-	1%	-	-
M10	49%	49%	-	2%	-	-

**Fonte:** Central de Regulação 2ª Célula Regional de Saúde-2006

Neste estudo, evidenciou-se a quantidade de dias que os pacientes aguardam na fila de acesso até que seja cancelado, fato que dificulta o acesso do cidadão a consultas e exames especializados. Verificou-se na figura que é significativa, em todos os municípios, o número de pacientes que esperam até um mês na fila de acesso para ser cancelada sua demanda, sendo ainda preocupante o fato de alguns pacientes ficarem até quatro meses nesta fila. A figura abaixo expõe os motivos de cancelamentos desses pacientes:

Quadro 8 - Motivo de cancelamentos de procedimentos inseridos na fila de acesso.

Motivos de Cancelamento/ Municípios	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	Total
1- Solicitação expirada – 30	33	46	41	45	17	44	25	216	41	26	534
2- Dados insuficientes	2	484	6	75		3	1	1	63	13	648
3- Referência Incompatível (sugestão para novo encaminhamento)	7	5	4	7	4	317		3	5	10	362
4- Demanda não ofertada				1	1	1		1		2	6
5-Teste		1									1
6- Dados digitados errados	1103	1		2					3		1109
7- Referência inserida incorretamente	8	2	2			1	1		1		15
8- Paciente não compareceu ao exame	1										1
9- Piora no quadro clínico (Realiza outra transferência)	4										4
10- Aparelho com defeito	1		1								2
11- Desistência do paciente pela demora no agendamento (Busca por meios particulares)	3	1		3							7
12- Paciente viajou	1										1
13- Paciente não encontrado em sua residência	1										1
14- Solicitação enviada com duplicidade		1	8	1	7	1			1	13	32
15- Paciente já agendado			243	2	1	2			2	5	255
16- Falta realizar exames			2	1		2					5
17- Não autorizado agendamento para a Unidade			1								1
18- Agendamento com tempo indisponível para avisar a paciente						1					1
Total	1164	541	308	137	30	372	27	221	116	69	

Fonte: Central de Regulação da Coordenadoria Regional de saúde-2006

O quadro acima apresenta alguns motivos de cancelamentos que foram motivados pelos pacientes, tais como os relativos aos itens ‘pacientes com piora no quadro clínico’, ‘paciente viajou’, ‘paciente não encontrado em sua residência’ e ‘desistência do paciente’. Alguns itens foram considerados como falha de responsabilidade do sistema de informação do âmbito estadual, ou seja, ‘solicitação expirada com 30 dias’, ‘desistência do paciente pela demora no agendamento’ e ‘agendamento com tempo indisponível para avisar a paciente. Entretanto os cancelamentos mais significativos são aqueles que remetem a uma falha de registro e operacionalização do sistema de informação no âmbito das CMC, que são de responsabilidade do município, sendo as principais referentes a dados insuficientes, referências incompatíveis, dados digitados errados e pacientes já agendados.

Diante do exposto, uma possível solução para o enfrentamento desses problemas seria a descentralização da marcação de consultas para as unidades básicas de saúde, viabilizando, assim, o acesso de forma mais ágil e rápida ao paciente. Já existem no Brasil e no Estado do Ceará experiências de regulação e marcação de consultas, de referência local, na unidade básica de saúde, seja por meio do sistema de informação, por meio de ligação telefônica ou por mala direta em municípios como Vitória da Conquista na Bahia, Juazeiro do Norte, Maracanaú e Fortaleza no Ceará.

Nos municípios em que há descentralização do acesso à marcação de consultas, cada equipe da ESF tem uma cota mensal de consultas e procedimentos especializados para a população por ela coberta. É importante lembrar que mesmo na marcação de consultas descentralizada faz-se necessária uma equipe para coordenar e organizar este setor de forma centralizada na CMC.

Esse modelo seria o ideal, em sua operacionalização, para otimizar o acesso, uma vez que dessa forma os pacientes atendidos nas unidades da ESF teriam as solicitações de consultas e exames especializados marcadas a partir da própria unidade básica onde foi atendido, não precisando se deslocar até a CMC para agendar o atendimento ou ser avisado que sua demanda foi cancelada. Entretanto, compreende-se que não existem modelos perfeitos, e mesmo este pode apresentar algumas dificuldades, no entanto é importante avaliar e inovar.

A busca do ideal ou imagem objetiva deste desenho organizacional pressupõe a informatização das unidades básicas para que tenham acesso à CMC, sendo importante que a base de dados empregada nesta unidade tenha integração com outros sistemas, como o cartão SUS, viabilizando um cadastro único dos pacientes residentes no município.

A descentralização facilita o acesso dos usuários e aumenta o potencial de utilização do sistema, sendo esperada, nesta experiência, uma redução da perda de vagas por não comparecimento, haja vista que o contato direto do paciente na unidade básica, facilita o remanejamento de vaga quando necessário, podendo esta ser utilizada para outra pessoa (SOLLA, 2001).

No segundo critério do padrão gestão de pessoas refere-se a “realiza reuniões mensais”, observou-se que não há uma prática presente no cotidiano dos profissionais da CMC, conforme relatos:

*Não, a gente ainda não sentou pra fazer uma reunião especifica, mais a gente esta sempre se juntando discutindo problemas. (R04)*

*Não realizamos reunião, somos duas e sabemos o que cada uma vai fazer. (R 06)*

*As reuniões acontecem, mas eu não posso lhe afirmar que tem algo registrado em ata, com certeza. (R08)*

*Geralmente não realizamos reunião interna, participamos da reunião com o PSF. (R 03)*

O fato de não ocorrerem reuniões sistemáticas nas CMC, fragiliza o processo de trabalho, demonstra desorganização e empirismo na execução das ações.

Quanto ao critério “Mede e avalia a satisfação e desempenho dos profissionais”, as CMC pesquisadas não realizam esta atividade com a equipe de trabalho. Os coordenadores da CMC em sua maioria não se preocupam com a estruturação da equipe, demonstrando desconhecimento sobre o desempenho, motivação e o perfil dos profissionais que atuam na regulação do acesso, conforme se pode verificar nos depoimentos:

*É preciso um clima organizacional, aqui no setor. Eu acho que o setor mais harmonioso aqui é o da saúde. (risos). Quando a videofonista tem dificuldade vai à micro. Não fizemos curso, só no início a videofonista fez, foi a uma reunião, por que ela está desde a implantação. A ultima reunião que fomos foi a do cartão. Eles mostraram os cartões, falaram das dificuldades (R06).*

*Não, os profissionais não estão satisfeitos, não fazemos avaliação de desempenho. Educação permanente não temos, pedimos a micro, mas não tivemos resposta. Quando precisamos, ou tem algum problema no sistema a micro vem ou mandamos o computador (R04).*

*Ainda não temos, mas vamos organizar, acabei de assumir o setor (R02).*

*Não avaliamos a satisfação, e a educação permanente nunca existiu. Quando temos dúvida recorremos à micro ou estudamos (R03).*

Para Motta (2001, p. 29):

A qualidade resulta de uma mudança planejada do desempenho da equipe de saúde e de seus integrantes, permitindo a superação dos problemas, através de sua identificação, explicação e ação sobre os mesmos.

Analisar o desempenho é verificar se a equipe atingiu o máximo resultado, com qualidade e o mínimo de esforço e custo, conhecendo o resultado do trabalho da equipe. A avaliação de desempenho deve promover o aumento da responsabilidade e do controle na gestão da CMC, pois um de seus objetivos é produzir informações para o redirecionamento das ações da equipe.

Motta (2001, p. 93) define desempenho como “Um conjunto de resultados produzidos em determinado período de tempo”. Ressaltando que analisar o desempenho é produzir informações sobre o processo de trabalho de uma equipe.

A importância da satisfação e desempenho do trabalho em equipe para a CMC é devida à possibilidade de vários atores codificarem, interpretarem e avaliarem as informações produzidas coletivamente na busca de novas informações e conhecimentos, promovendo a construção de valores compartilhados e estabelecendo novas formas de relação na equipe de saúde do município, bem como com o usuário.

A organização da CMC deve ser considerada pelos gestores como uma ferramenta básica da saúde, geradora de recursos financeiros e não como um setor que vai gerar custos. Nesse sentido, a equipe da CMC deverá ser estruturada e organizada através de uma visão estratégica, haja vista a complexidade dos serviços ofertados e a busca da qualidade para um acesso eficiente e eficaz.

No entanto, não se pode deixar de ressaltar que a regulação na área da saúde apresenta diferença quanto à regulação em outros setores, pois não é apenas uma regulação econômica, mas principalmente uma regulação social. Dessa forma, a regulação em saúde busca garantir a equidade do acesso, impedir que pacientes com patologias mais graves não sejam priorizados ou não atendidos pelo sistema de saúde, garantindo a privacidade dos pacientes, o direito à informação, dentre outros (NUNES, REGO; NUNES, 2004). Portanto este setor requer profissionais habilitados, capacitados e qualificados, satisfeitos com o processo de trabalho.

Quadro 9 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Apoio Técnico e Logístico. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.

Padrão/Critérios	Municípios											
	* Escore	** CMR	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
As Centrais de Regulação são estruturadas, conforme Ministério da Saúde e normas estaduais.	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tem impressora	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
Tem acesso à Internet.	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
Telefone exclusivo para a Central de Regulação.	03	03	03	-	03	-	-	-	-	-	-	-
O Município oferece carro para condução dos pacientes.	02	-	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
Existe sala exclusiva para a Central de Regulação.	01	01	-	01	-	01	01	01	-	-	-	-
Realiza manutenção corretiva de computadores.	01	01	1	1	1	1	1	1	1	-	1	-
Há manutenção preventiva dos equipamentos.	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>09</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>08</b>

\*Escore (1- Dispensável; 2-Importante; 3-Fundamental) \*\*CRM – Central de Regulação 2ª Microrregional de Saúde. **Fonte:** adaptação do PNASS-2006

Quanto ao critério “As Centrais de Regulação são estruturadas, conforme Ministério da Saúde e normas estaduais”, verificou-se que todas as CMC estão incompletas e não atendem ao perfil desejado, ou seja, não estão de acordo com a solicitação da CRESUS-CE, conforme se confirma nos depoimentos das coordenadoras:

*Você vai no manual e eles pedem, telefone, computadores, a gente tem linha própria de telefone em nosso município estamos mais ou menos no padrão, não vou dizer perfeitamente, mais dentro da realidade do município. Realizamos manutenção preventiva, mas não tem registro não. A corretiva com certeza. Temos impressora matricial e a outra do computador. Fax não tem, utilizamos o da secretaria da saúde. O acesso à internet é banda larga. O município oferece carro para a condução dos pacientes (R04).*

*Acho que é. A impressora não é matricial é essa daí. Tem fax, acesso a internet, banda larga. O telefone é exclusivo, por que ele fica aqui. Mas é ramal, na realidade ele é da central municipal. Oferecemos carro para todos os pacientes O município oferece carro pra condução dos pacientes. Existe a corretiva e tem a preventiva. Certo. Ele trabalha mais a corretiva, porque ele só vem quando esta com problema (R06).*

*Temos o mínimo de equipamentos apenas um computador, internet discada, impressora comum e fax quando necessário vamos passar na prefeitura. Oferecemos carro para os pacientes ir para Fortaleza e Caucaia (R10).*

*Penso que não estamos estruturadas de acordo com a CRESUS, assumi agora, não tenho certeza, mas o telefone é compartilhado, temos ramal, manutenção somente a corretiva quando estamos já sem funcionar por que o rapaz atende a toda prefeitura, fax é o da secretaria de saúde que é utilizado por todos os setores. O município oferece carro para os pacientes, é o mínimo, pois tem muitos atendimentos que não realizam aqui, na verdade somente consulta do PSF (R09).*

Percebeu-se que em quatro (4) CMC a coordenadora ou o responsável pela unidade não sabia definir o modelo ideal proposto pela CRESUS-CE para estruturação da central de regulação municipal. Ao implantar a regulação municipal dentre as solicitações da CRESUS-CE estava sala exclusiva e telefone, impressora matricial para impressão de boleto, podendo ser utilizada outra impressora e acesso à internet.

A infra-estrutura exigida para a regulação de consultas e exames na CMC é proporcional às ações regulatórias que são desenvolvidas neste nível, bem como à quantidade de recursos humanos necessários. As CMC são estruturas básicas que compõem o complexo regulador, devendo funcionar 08 horas por dia, com sala exclusiva para o desenvolvimento dos trabalhos e preservação das fichas de referências e encaminhamentos realizados de forma ética, resguardando as informações dos usuários.

A operacionalização do software UNISUS para suporte à CRESUS-CE para a regulação do acesso no Estado do Ceará gerou um leque de necessidades para os gestores, sendo necessário no mínimo um computador e outros equipamentos de informática para viabilizar a conectividade entre as unidades operacionais.

Foram criados dois modelos de interligação: a Conectividade dedicada entre as unidades internas, centrais macro e microrregionais - para isso as 21 Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES, locais sede das centrais de regulação, foram integradas à Intranet da SESA, através de links TELEMAR® de 64kbps; e a Conectividade via internet para as unidades externas, para as secretarias municipais de saúde e os estabelecimentos de saúde - neste caso foi viabilizado o acesso via internet para troca de informações e a CRESUS-CE possibilitou o uso de linhas discadas e *MODEMs* via provedores de acesso de qualquer natureza (FORTIER, 2006).

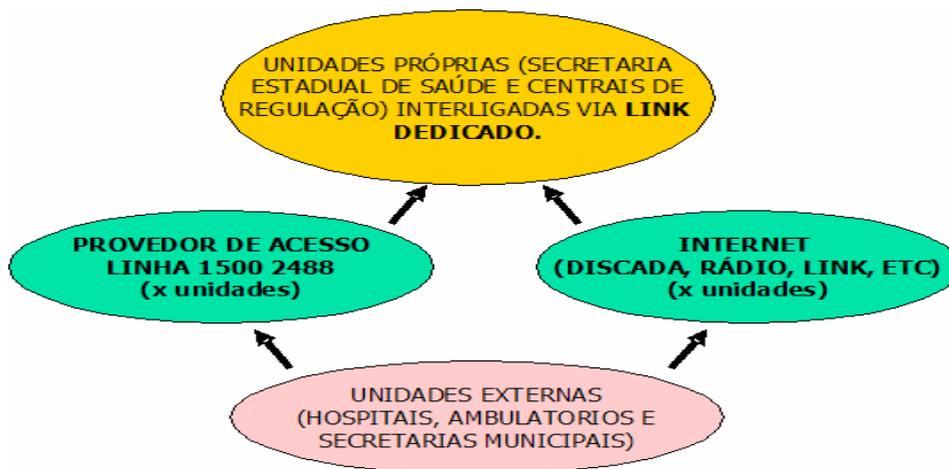


Figura 12 – Modelo de comunicação de dados e os equipamentos utilizados, respectivamente pela CRESUS - CE.

Fonte: Fortier, 2006.

Quanto à comunicação, todos utilizam o modelo descrito na figura 8, apresentando acesso à internet e impressora matricial. No entanto, apenas (3) três CMC apresentavam sala exclusiva e somente (2) duas confirmaram telefone exclusivo. A falta deste equipamento na maioria das CMC pode dificultar a comunicação com prestadores e usuários. Telefone exclusivo é ferramenta fundamental para o funcionamento da CMC, uma vez que as transferências, a marcação de consultas e o contato com os pacientes são inviabilizados quando a Secretaria de Saúde utiliza uma única linha para atender a todos os setores como foi identificado em quatro (4) dos municípios pesquisados.

O critério “oferta de transporte para condução dos pacientes” é positivo em todas as CMC da 2ª microrregional de saúde, haja vista que oferecem carro para condução dos pacientes às unidades de referência agendadas. Porém, há uma discussão sobre o “acesso real” que produz vários questionamentos por parte dos gestores, pois o acesso seria só o agendamento da consulta? E como o paciente iria chegar à unidade de saúde para realização do atendimento? Não existe lei específica que obrigue o gestor a ofertar este transporte, mas a compreensão do conceito de integralidade com acesso universal remete à garantia desse direito.

O art.196 da Constituição de 1988 assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, com garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para promoção, proteção e recuperação. O art. 7 da lei 8080/90 no inciso I - universalidade de

acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência - reforça a obrigatoriedade de o gestor cumprir este princípio (BRASIL, 2007). Para Rezende e Trindade (2003, p. 65):

É tarefa do gestor do sistema de saúde providenciar as condições, não só para a prestação de serviços de saúde, mas também condições que ofereçam dignidade aos seus usuários. Estas condições vão desde a garantia de acesso, até o modo pelo qual os serviços de saúde acolhem aos seus usuários.

O agendamento da consulta deve ser ofertado com a garantia do acesso, sendo importante a avaliação rigorosa das Secretarias de Saúde sobre o sistema de referência, inclusive com exigência da contra-referência dos serviços de saúde a fim de que seja identificado se realmente ocorreu o acesso do paciente ao serviço ofertado. A falta de condições necessárias para o encaminhamento e atendimento da população pode ocasionar agravantes para a saúde do usuário, tornando-se um problema social (REZENDE; TRINDADE, 2003).

A definição do direito à saúde pública e a garantia do acesso à assistência estão caracterizadas pelo preenchimento dos princípios básicos da supremacia do interesse público sobre o particular e da indisponibilidade do direito público, sendo fundamental a participação da promotoria pública para a garantia deste direito (REZENDE; TRINDADE, 2003). No entanto, concorda-se com Santos (2006, p. 35), ao observar os limites que o poder judiciário deve ter com relação à legislação em saúde:

[...] o poder judiciário na saúde poderá ser um grande aliado contra os abusos e as evasivas do executivo, mas não pode decidir quanto gastar, nem como gastar, uma vez que isso já está definido em leis, sendo essa competência do legislativo e do executivo. Não tem o judiciário legitimidade para alterar leis orçamentárias, percentuais de tributos vinculados, critérios legais do planejamento da saúde.

Vasconcelos e Pasche (2006, p. 544) referindo-se à abrangência e à dimensão do SUS afirmam que:

[...] apesar da magnitude da rede de serviços e da normalização sobre o seu funcionamento constata-se dificuldades de integração entre eles e problemas de qualidade na atenção ofertada à população em muitas unidades, com prejuízo à integralidade do cuidado e repercussões negativas sobre a legitimidade do sistema.

Assis, Villa, Nascimento (2003, p.12), ao estudar o acesso aos serviços de saúde como uma possibilidade a ser construída na prática, referem que os depoimentos dos

usuários apontam cenário de desalento no acesso aos serviços de saúde. O seguinte depoimento foi transcrito de seu estudo:

Se precisamos de qualquer serviço que é encaminhado pelo centro de saúde, é uma dificuldade para receber o atendimento, se chega num laboratório que tem convênio com o SUS, tem de pagar uma taxa por fora para ser atendido e tem de chegar 4 horas da manhã, ou até dormir na porta, ou então depender de algum político para conseguir o atendimento. O centro oferece alguns serviços, mas quando precisamos de um serviço mais complexo não temos acesso, só quem paga plano de saúde (Entrevistado nº 5).

No entanto, vale ressaltar que a oferta do transporte ao paciente deve ser acompanhada por uma avaliação do processo de referência e contra-referência, pois apenas a garantia do transporte não assegura a integralidade da atenção. Concorde-se com Santos e Andrade (2007, p.88), quando ressaltam o vácuo normativo do SUS, o qual penaliza condutas de gestores e muitas vezes os condenam a devolver aos cofres públicos recursos gastos indevidamente. Sobre a integralidade, esses autores fazem a seguinte referência:

Sem definição do padrão de integralidade que vai ser colocado à disposição da população, do conseqüente critério de incorporação tecnológica e de seus parâmetros de custo, o SUS não sobreviveria conforme concebido constitucionalmente.

A integralidade da assistência deverá pautar-se por regulamentos técnicos e científicos, protocolos de condutas, limites para incorporação de tecnologia, protocolos farmacológicos. A integralidade da assistência, sob esse ponto de vista, não é um conceito que admite toda e qualquer terapêutica existente ou demandada por um paciente ou profissional de saúde.

Quanto ao critério “manutenção de computadores e equipamentos”, de acordo com os coordenadores e responsáveis pelas CMC, esta atividade é realizada em sua maioria de forma corretiva. Em apenas um município foi relatada a forma preventiva, porém não foi apresentado mapa com agendamento de visitas para este tipo de manutenção. Segundo a funcionária da CMC este mapa fica com o Secretário de Saúde do município.

Quadro 10 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Gestão da Informação. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.

Padrão/Critérios Gestão da Informação	Municípios											
	* Escore	** CMR	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Há registros dos atendimentos, evoluções e intercorrências.	03	03	03	-	03	03	03	03	-	-	03	-
Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da Central de Regulação.	03	03	-	-	03	03	-	-	-	-	-	-
Mantém o Sistema de Informação Gerencial atualizado em relação a controle de custos e produção de serviços.	03	03	03	-	-	03	-	-	-	-	-	-
Assegura a guarda das referências e os mantêm disponíveis em local de fácil acesso.	01	01	-	01	01	01	01	01	01	01	01	01
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>06</b>	<b>01</b>	<b>07</b>	<b>10</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>04</b>	<b>01</b>

\*Escore (1- Dispensável; 2-Importante; 3-Fundamental) \*\*CRM – Central de Regulação 2ª Microrregional de Saúde **Fonte:** adaptação do PNAS-2006

O padrão gestão da informação apresenta como primeiro critério “Há registros dos atendimentos, evoluções e intercorrências”. Nas unidades pesquisadas apenas seis realizam esta atividade. Considera-se a informação uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento adequado dos trabalhos na CMC, desta forma sua produção e gerenciamento fortalecem a oferta do acesso a consultas e exames de forma eficiente e eficaz, no entanto, verifica-se que nas CMC que realizam estas ações o registro da informação ainda é deficiente. Conforme os relatos:

*Recente a mãe com a criança deveria ir ao Albert Sabin, não foi por que a consulta foi marcada para o hospital geral, chegou lá o médico disse não vou lhe atender por que não tenho seu prontuário, não sei nem qual é o seu problema. Isso consideramos uma intercorrência e a gente tem que atuar, a gente leva o caso a Secretaria de Saúde do Estado.(R06)*

Na verdade a gente tem o livro, o controle de entrada e saída de pacientes da CMC. A questão da evolução é que eu acho que poderia ser melhorada. Ocorrências a gente até tem como saber, quando o paciente não foi atendido a gente normalmente faz um relatório, e anexa.

Temos todas as entradas em livros, este é de entrada e esse de saída, mas intercorrências, não sei, colocamos algumas observações, como mudança de endereço, quando somos comunicados. (R05).

O registro de informações e intercorrências pode ser realizado por meio informatizado através do sistema de regulação ou de forma manual, através da implantação de um livro de ocorrência. No entanto, a opção pelo fluxo informatizado requer atenção especial, pois o fluxo da informação é diário, exigindo uma avaliação sistemática por parte da equipe a fim de que as demandas pendentes sejam solucionadas e o usuário atendido em tempo hábil, quanto a sua necessidade em saúde.

O segundo e o terceiro critérios relacionam-se respectivamente a “cria, compara, analisa e divulga os indicadores da Central de Regulação” e “mantém o Sistema de Informação Gerencial atualizado em relação a controle de custos e produção de serviços.” Verificou-se que em apenas duas CMC pesquisadas estas ações ocorrem. Esse fato foi considerado, neste estudo, como uma deficiência do sistema, pois como tornar o setor eficiente e eficaz sem conhecer o produto gerado por este? O ideal é que os coordenadores das CMC possam produzir, processar e organizar a informação em saúde, haja vista que esta é uma ferramenta de fundamental importância para a tomada de decisão.

A importância da divulgação dos indicadores da CMC é devido ao suporte que este setor deve fornecer à gestão municipal, haja vista que após o conhecimento da situação, a CMC deverá propor ao gestor municipal nova oferta de serviços, elaborando propostas de intervenção com reorientação da estrutura, ampliação e oferta de ações estratégicas necessárias para a população.

O Coordenador da CMC deve conhecer vários sistemas de informações, tais como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, o Cartão Nacional de Saúde – cartão SUS, o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, o Sistema de Informação Hospitalar – SIH, a Programação Pactuada Integrada. Além disso, deve tornar este último instrumento de gestão acessível a todos os profissionais de saúde. Para atuar de forma eficaz, o coordenador deve, ainda, integrar a equipe de controle, avaliação e auditoria. Peixoto (2001, p.307) define o serviço de controle e avaliação como:

Instrumento para integrar o diagnóstico situacional de saúde no município, os problemas detectados, as prioridades estabelecidas e as alternativas de solução, as ações realizadas e sua coerência com aquelas propostas, realimentando os gestores e os conselhos de saúde e possibilitando a redefinição das prioridades e reorientação das práticas de saúde.

O último critério deste padrão diz respeito a “assegura a guarda das referências, no que se refere à confidencialidade e integridade, mantendo disponível e em local de fácil acesso”. Verificou-se que, na maioria das CMC, todas as referências, inclusive as de arquivo morto, estavam em local seguro, apresentando boas condições de conservação, organização e acessibilidade. É garantida a confidencialidade das informações contidas na ficha de referência, por meio de sistema informatizado (UNISUS) e em alguns municípios também de forma manual, em livro de entrada e saída de referência para controle da equipe da CMC, que verifica as intercorrências e pendências diariamente, inclusive da referência interna.

Sobre a guarda das referências e sua conservação, os sujeitos da pesquisa fizeram os seguintes relatos:

Arquivamos tudo no armário, pode ver, esse é o arquivo que chamamos de arquivo morto. Está aqui. Todo começo de ano, a gente pega as referências que não foram resolvidas e encaminhamos ao PSF, pra ele ver o que aconteceu, se o paciente resolveu por conta própria ou então se ele ainda não resolveu. (R06)

Guardamos as referências no armário só quem pega sou eu ou o videofonista. O arquivo morto são as referencias do ano que passou, mas só as que já foram atendidas, tem referencias que passam mais de 6 meses, por exemplo as de neurologia. (R09)

Guardamos todas as referencia em pastas separadas por unidades de saúde, quando foi atendido arquivamos. (R06)

Guardamos as referências, mas não temos livro para intercorrências fazemos tudo no sistema, colocamos todas as informações na ficha do computador lá na observação. (R10).

O fato das falas referirem que realizam adequadamente a guarda e conservação das referências produzidas é um aspecto de relevância, sendo positivo para a organização do setor.

Tabela 11 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Demanda Usuário e Sociedade. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.

Padrão/Critérios	Municípios											
	* Escore	** CMR	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Conhece os serviços de referência.	03	03	-	03	03	-	-	-	-	-	-	-
Dispõe de canais de comunicação.	03	-	03	03	-	03	-	-	-	-	-	-
Divulga a sociedade seus serviços e ações de melhoria.	01	-	01	01	01	-	-	-	-	-	-	-
Realiza pesquisa de satisfação com usuários.	01	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-
Total	08	03	04	04	04	04	0	0	0	0	0	0

\*Escore (1- Dispensável; 2-Importante; 3-Fundamental)\*\*CRM – Central de Regulação 2ª Microrregional de Saúde **Fonte:** adaptação do PNAS-2006

O primeiro critério “conhece os serviços de referência” deste padrão apresentou-se nas CMC pouco expressivo, haja vista que apenas duas conheciam os serviços de referência, inexistindo mapeamento da rede. Nas demais, os coordenadores ou responsáveis pelo setor guardam as programações de referência e não as utilizam como um guia e em algumas situações o documento não foi encontrado para verificação da pesquisadora.

Considera-se de fundamental importância que a equipe da regulação municipal conheça o mapa de referência do município, bem como a definição de sua rede de assistência à saúde, pois esta é uma ferramenta indispensável à regulação do acesso, devendo o médico do PSF apropriar-se dessa informação a fim de referenciar corretamente. Sobre este critério os sujeitos da pesquisa relatam que:

*Quando eles mandam o paciente não especificam a unidade e nem o que eles estão querendo, oftalmologia, por exemplo, aqui é que a gente completa a ficha. (R 04)*

*Mapeamento? Eu entrei em novembro e de novembro pra cá não fiz reunião com a comunidade, os médicos conhecem porque o PSF é atuante, mas mapeado não. (R02)*

*Conhecemos todas as unidades, mas não temos mapeadas. (R01)*

De acordo com as falas há desconhecimento sobre o mapeamento das unidades de referência, além disso, foi observada a inexistência de protocolos clínicos e operacionais, os quais são as bases para o sistema de referência e contra-referência. Conforme Brasil (2006f), o mapeamento subsidia a padronização do uso de recursos terapêuticos e propedêuticos estratégicos e os protocolos seriam a referência para a pactuação de situações específicas de uma região quanto a prioridades e critérios para o uso de recursos.

O segundo e o terceiro critérios “divulga a sociedade seus serviços e ações de melhoria” e “dispõe de canais de comunicação” retratam que estas atividades sobressaem-se em apenas três municípios, os quais o fazem por meio da rádio local, do agente de saúde, pela comunidade, pelos jornais locais e pelos setores de ouvidoria que estão implantados em três deles.

Destaca-se a ouvidoria da Saúde como um importante canal de comunicação entre a população e o município, que visa estabelecer um relacionamento democrático entre ambos, permitindo identificar necessidades e distorções no setor e buscar soluções para as manifestações apresentadas. Neste serviço o cidadão pode requerer seu direito, encaminhar sua reclamação e denunciar distorções do sistema, ou ainda fazer elogios e dar sugestões. A característica principal da ouvidoria é ser um instrumento de comunicação do povo com a administração pública. Esse serviço é democrático em razão do reconhecimento dos direitos fundamentais do cidadão.

O padrão “realiza pesquisa de satisfação com usuários” é realizado apenas por um município através da ouvidoria em saúde, o qual dispõe do “birô da cidadania”, das “caixas de ouvidoria” e de trabalhos específicos de pesquisa de satisfação através da equipe de PSF.

Quadro 12 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Gestão da Atenção à Saúde. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE. 2007.

Padrão/Critérios	Municípios											
	* Escore	**CMR	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Realiza ações pró-ativas, identificando necessidades.	03	-	03	-	03	03	-	-	-	-	-	-
Existem métodos que visam reduzir ou minimizar as filas.	02	-	02	-	02	02	02	02	-	-	-	-
Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm com prioridade no atendimento.	02	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-
Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.	02	02	02	02	02	02	-	02	02	02	-	-
Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização.	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>		0	07	04	07	07	02	04	02	02	0	0

\*Escore (1- Dispensável; 2-Importante; 3-Fundamental)\*\*CRM – Central de Regulação 2ª Microrregional de Saúde Fonte: adaptação do PNAS-2006

O último padrão avaliado apresenta critérios que em sua maioria não são atendidos pelas CMC dos municípios e também pela CMR, tais como o critério “existem métodos que visam reduzir ou minimizar as filas”, no qual foi relatado que esta atividade é realizada preferencialmente através do risco apresentado por cada referência, sendo este o critério de escolha para priorizar o atendimento. Não foi considerada na maioria dos municípios a prioridade na atenção a pacientes idosos, crianças e gestantes de acordo com o critério “os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm prioridade no atendimento”. De acordo com as observações, os dois municípios que atendem a este critério não apresentam placa ou cartaz informando a população sobre o atendimento prioritário para o público acima citado.

No Brasil, existem normas que garantem o atendimento prioritário a uma parcela da população, a exemplo da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que em seu Art. 1º diz: “As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei” e o Art. 2º “As repartições públicas e

empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas a que se refere o art. 1º.”

No entanto é sabido que o Acolhimento com Classificação de Risco na Central de Marcação de Consulta é um instrumento de fundamental importância, haja vista que é um dispositivo para opera concretamente os princípios da Política de Humanização, que tem como objetivo implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, baseado em critérios de risco. Esse processo visa orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução dos problemas da comunidade. Entretanto, esta convenção instituída pelas políticas públicas de saúde não pode substituir as leis que garantem prioridade para alguns atendimentos.

Quanto ao critério “utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde” de acordo com os municípios e a CRM o método de escolha para fornecer informações aos usuários sobre os profissionais que os atendem é a utilização dos boletos gerados pelo sistema UNISUS que são apresentados e explicados a todos que são referenciados.

O último critério avaliado neste padrão refere-se a “existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização”. Apesar de essa política ser prioridade para o SUS, os municípios ainda não estão sensibilizados quanto à sua implantação de forma efetiva, no entanto, uma das diretrizes da política de humanização é a redução das filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco. A Política de Humanização do SUS apresenta, ainda, como diretrizes e metas:

Organização do acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados, e buscando adequação da capacidade de resolubilidade; Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito; Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência. (BRASIL, 2006g)

A humanização como uma política de saúde deve estar presente em todos os municípios que pretendem oferecer um atendimento eficiente, eficaz e resolutivo. Para o

sistema de regulação é imprescindível que essa política seja efetivada a fim de colaborar para o cumprimento do princípio constitucional de integralidade.

### **4.3 Avaliação de indicadores da regulação do acesso na 2ª microrregião de saúde**

Avaliar indicadores que compõem a regulação do acesso de uma microrregião de saúde conduz à reflexão sobre o acesso aos serviços de saúde, o qual pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos. Essa avaliação parte do princípio de que a regionalização e a hierarquização das ações especializadas, no setor secundário de atenção à saúde, são fundamentais para se atingir a integralidade da assistência, sendo um recurso que indica a capacidade dos municípios de ofertar serviços de referência e contra-referência.

Para a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da atenção à saúde faz-se necessário um planejamento com base no estudo de necessidades em saúde da população, podendo gerar indicadores de cobertura assistencial. Este indicador pode ser avaliado através da utilização de parâmetros técnicos de necessidade e produtividade de serviços de saúde, o qual é definido pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº1101/2002, estabelecendo os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, tendo por objetivo analisar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população; auxiliar na elaboração do planejamento de saúde e no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a).

A portaria supracitada contempla um conjunto de parâmetros que são referência para indicadores de cobertura e de produtividade. Estes estimam a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços e as necessidades de atendimento a uma determinada população em um determinado período. Esse documento auxilia os gestores na organização da rede assistencial, tendo por base os parâmetros de necessidades e a disponibilidade dos serviços de saúde, devendo o município ajustar sua produção potencial à disponibilidade orçamentária e financeira.

Com o intuito de avaliar os indicadores de cobertura da 2ª microrregião de saúde, utilizaram-se, neste estudo, os parâmetros de cobertura da Portaria 1101, quanto à consulta especializada. Além disso, compararam-se os parâmetros mínimos por ano com a

Programação Pactuada Integrada-2006, local e de referência, dos municípios, e obtiveram-se os seguintes resultados:

Quadro 13 – Relação entre Parâmetro de cobertura de consultas médicas especializadas e % parâmetros de programação

Município	População Residente	Produção Estimada Parâmetro mínimo ano	Programação ano Por município	% Parâmetro de Cobertura
M 1	313.585	137.977	38.688	28
M2	46.598	20.503	18.468	90
M3	40.282	17724	5.100	28.7
M4	32.418	14264	12.960	90.8
M5	32.856	14557	7.656	52.9
M6	29.653	13047	7.656	16.7
M7	12.153	5347	720	13
M8	14.785	6505	1.428	21.9
M9	14.777	6502	2.244	34.5
M10	4.349	1914	4740	247.7

Fonte: Cálculo com base na necessidade mínima ano por município da Portaria 1101/2002 e PPI municipal - 2006 - Central de Regulação Microrregional.

A aplicação do parâmetro de cobertura demonstrado no quadro 16 permitiu identificar que os municípios apresentaram baixa cobertura de consultas especializadas para a população microrregional. Percebeu-se que entre os municípios apenas dois possuem mais de 90% de cobertura, nos demais, este parâmetro está aquém do estimado, tendo dois municípios apresentado 28% de cobertura e apenas um 13% de cobertura, representando o menor percentual. As baixas coberturas e também as que excedem o parâmetro máximo, como a do município dez com 247.7%, algumas vezes, são reflexos da falta de recursos humanos e de uma estrutura inadequada para o funcionamento da CMC, ocasionando falta de planejamento da PPI e um estudo das necessidades reais da população, inviabilizando o acesso a este procedimento.

A cobertura de mais de 100% de um dos municípios é um fato que chama atenção, principalmente porque se visualiza na sua PPI a não contemplação de exames suficientes para o número de consultas agendadas, tais como os de patologia clínica (parâmetro 4.349 exames/programado 360), anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico (parâmetro 696/programado 55) tomografia (parâmetro 26/programado 02) e exames ultra-sonográficos (parâmetro 43/programado7). Este é um dos municípios

menores da região quanto à população, não possuindo estrutura de controle, avaliação, regulação e auditoria e possuindo somente um profissional de saúde para coordenar todas as ações de saúde realizadas.

A situação encontrada permite inferir que a supervisão da PPI nos municípios ainda é uma atividade incipiente no âmbito das ações de controle, devendo esta atividade contribuir para a construção de possibilidades de melhoria do acesso com qualidade e adequação às necessidades dos usuários, bem como a construção de protocolos assistenciais.

O cálculo dos parâmetros de cobertura foi fundamental para a análise da produção dos indicadores de procedimentos agendados, cancelados e reprimidos gerados pela central de regulação microrregional. O quadro abaixo apresenta a situação da microrregião por município, fazendo um comparativo entre os três indicadores avaliados:

Quadro 14 - Distribuição das solicitações de procedimentos por município  
2006

Solicitações	Municípios										Total
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	
Agendados	2304	943	939	330	85	869	24	375	390	86	6345
Cancelados	1150	549	289	76	25	347	17	216	50	45	2764
Reprimidos	1835	49	131	69	3	69	14	36	26	19	2251
Total	5289	1541	1359	475	113	1285	55	627	466	150	11342

**Agendados** - Solicitação agendada através de um horário de atendimento ou pela fila de acesso; **Cancelados** - solicitação cancelada por motivos diversos; **Reprimida** - solicitação inserida no sistema UNISUS que não foi agendada ou enviada para a fila, não prevendo atendimento para este paciente.  
**FONTE:** Central de Regulação 2ª microrregional-2006

Considerando-se que a população microrregional possui população de mais de 500 mil habitantes, percebeu-se que os procedimentos regulados ainda são incipientes, haja vista que a soma destes é de 11342, sendo o número de procedimentos cancelados e reprimidos 5.015, aproximado dos agendados que é de 6.345. Em alguns municípios essa situação é bem nítida, mostrando a fragilidade da regulação local.

Quando se analisa esses indicadores a partir do tipo de procedimento verifica-se que os cancelados e reprimidos são mais freqüentes nas consultas de ortopedia, oftalmologia, reumatologia e nos exames diagnósticos de ecocardiografia bi, teste de

esforço, ressonância magnética e tomografia computadorizada. Conforme demonstrado no quadro abaixo:

**Quadro 15 - Percentual de solicitações de procedimentos agendados, cancelados e reprimidos - 2006**

<b>Código Procedimentos</b>	<b>Nº de Procedimentos Solicitados</b>	<b>Agendados %</b>	<b>Cancelados %</b>	<b>Reprimidos %</b>
CONSULTA EM ORTOPEDIA	989	39.5	31.9	28.6
CONSULTA EM DERMATOLOGIA	965	59	16.1	25
EXAME ANATOMO PATOLÓGICO	782	91.6	4.4	4
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	653	36	57.5	6.5
MAMOGRAFIA BILATERAL	520	89	2	9
GASTRO-DUODENOSCOPIA	513	85.7	9.7	4.6
CONSULTA EM NEUROLOGIA	486	75	9.5	15.5
CONSULTA EM REUMATOLOGIA	446	18.8	58.7	22.5
CONSULTA EM UROLOGIA	438	40	23	37
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	438	43	28.3	28.7
ECOCARDIOGRAFIA BI	408	8	34	58
CONSULTA EM CARDIOLOGIA	384	78.6	12.9	8.5
CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E	313	48	15	37
TESTE DE ESFORÇO OU TESTE	297	8	53	39
RESSONANCIA MAGNETICA DA	258	14.7	54.6	30.7
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	256	58	34	8
CONSULTA GASTROENTEROLOGIA	244	56.5	15	28.5
CONSULTA CIRURGIÃO VASCULAR	218	47.7	13.3	39
TRATAMENTO ENDODONTICO	205	93.2	1	5.8
CONSULTA CIRURGIA PEDIÁTRICA	194	66.4	25.5	8.1
CONSULTA EM PROCTOLOGIA	186	65.6	17.2	17.2
CONSULTA EM MASTOLOGIA	116	52.4	6.6	10.8
CONSULTA EM NEFROLOGIA	103	75.7	23.3	1
ELETROENCEFALOGRAFIA	103	90.2	4	5.8

FONTE: Central de Regulação 2ª microrregional-2007

Diante dessa realidade deve-se refletir se existe realmente o acesso assistencial, o qual deve conduzir à integralidade da assistência. Entretanto, é necessário ressaltar que o procedimento agendado não é garantia de atendimento, haja vista o relato ouvido durante a pesquisa que aponta para a não realização do procedimento devido à falta de transporte apesar de o agendamento ter sido efetuado. Por isso, atente-se para a relevância da contra-referência em saúde a fim de validar e produzir uma integralidade real a qual foi proposta pela constituição brasileira em 1988.

Para Pinheiro (2007), um sistema de referência e contra-referência para funcionar, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contra-fluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecno-científicas, sendo importante o reconhecimento de que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a qualidade do atendimento em saúde.

O gestor deve considerar ainda que para o sistema de informação funcionar adequadamente faz-se necessário viabilizar capacitação e desenvolvimento constante dos profissionais, inclusive com avaliação de desempenho da equipe que compõe a regulação.

Este estudo está em concordância com Hartz e Contandriopoulos, (2001, p.332) ao relatar que:

“O quase desconhecimento dessas tecnologias de microgestão, gestão da utilização de procedimentos, perfilização clínica, gestão da patologia, gestão de casos, lista de espera... protocolos clínicos e sistema integrado de informação – estaria dificultando a implantação nacional dos sistemas de referência e contra-referência dos pacientes, apesar de frequentemente enunciados”.

A descentralização proposta pelo SUS prevê a facilidade do acesso, a otimização do potencial de utilização do sistema e a redução das perdas de vagas pelo não comparecimento dos pacientes, no entanto os sistemas de saúde ainda não conseguiram se organizar dentro dessa lógica, tornando os sistemas de regulação utilizados frágeis, pois conforme seus indicadores não conseguem minimizar estes problemas (SOLLA, 2001).

Os fatores que agem na demanda por serviços de saúde são variados, tendo em vista a necessidade da população, citam-se: psicossociais, tais como a demanda de mulheres, devido a problemas obstétricos; pessoas com o grau de instrução elevado; a localização geográfica, confirmando a procura por serviços de saúde por parte da população urbana em detrimento da rural; o envelhecimento da população e, por fim, a estrutura e os processos que constituem a organização dos serviços de saúde que influenciam a busca pelo serviço de saúde, as quais foram geradas por meio da municipalização da saúde, que ofertou a assistência o mais próxima da população (ZUCCHI et al., 2000).

Outra questão importante é o fluxo de programação, dentro da lógica da regionalização solidária, que não é realizado com a intenção de favorecer o crescimento da microrregião, dificultando o desenvolvimento da rede assistencial que possui um fluxo cada

vez mais voltado para a capital do estado. Os dois hospitais pólo de referência da microrregião possuem capacidade instalada reduzida não podendo absorver a demanda da região a qual necessita urgentemente de um hospital regional a fim de favorecer uma rede assistencial forte para reduzir as iniquidades geradas por baixa renda, falta de escolaridade e deficiente infra-estrutura sanitária dos municípios.

Percebeu-se que as CMC dos municípios da 2ª microrregião estão com indicadores de oferta e demanda estrangulados, os gestores municipais não programam o suficiente para atender a demanda da população, e nem sempre o que tem programado alcança o objetivo de garantia do acesso à assistência em saúde porque o sistema não se encontra organizado o suficiente para minimizar os problemas que são gerados na rede assistencial, como a pressão da demanda, a utilização dos escassos recursos e o aumento dos gastos em saúde.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou avaliar a organização do serviço de regulação estruturado pelos gestores municipais da 2ª microrregião de saúde do Estado do Ceará, na perspectiva dos profissionais que atuam na área e por meio da análise de documentos e observações sobre a dinâmica de funcionamento destes setores.

Diante dos objetivos propostos pôde-se concluir que no período anterior à implantação da Central de Regulação microrregional não houve um processo de capacitação adequada dos profissionais que iriam atuar nesta área, bem como uma organização e um planejamento prévio das ações visando preparar a microrregião para que este setor pudesse funcionar de forma eficiente e eficaz. Por essa razão, a rede de saúde da microrregião não consegue atender a demanda de necessidades da população, ocorrendo distanciamento da regulação com os setores de controle, avaliação e auditoria, dificultando seu funcionamento.

O processo regulatório avaliado demonstrou deficiências no âmbito de sua organização, não permitindo resolubilidade de sua demanda nem favorecendo a resolução dos casos de forma eficiente, haja vista o desconhecimento da rede assistencial e a dificuldade dos funcionários do setor em identificar áreas críticas e necessidades de maneira ampliada.

O estudo verificou discrepâncias entre a situação real e a desejada do processo de regulação, sendo detectado as seguintes situações: as coordenações não planejam as ações e desconhecem os parâmetros de necessidades para estabelecimento de prioridades; inexistência de avaliação dos procedimentos programados e produzidos; desconhecimento da capacidade de oferta de serviços da rede assistencial; há distorções na programação de oferta de serviços; falta de equipe completa em alguns municípios e inexistência, em algumas Secretarias de Saúde, de ações de controle, avaliação e auditoria efetivas para subsidiar o setor de regulação, o qual deve possuir uma estreita interface com essas atividades na busca de garantir a assistência integral aos usuários do SUS.

No padrão “liderança organizacional”, a avaliação indicou que apenas seis Centrais de Marcação de Consultas - CMC estão sob direção técnica de profissional habilitado. Constatou-se que o profissional enfermeiro é o que mais assume o papel de coordenação da regulação nesta microrregião.

As ações das Centrais de Marcação de Consultas são realizadas em sua maioria pelos operadores ou videofonistas e naquelas em que se encontrou uma coordenação estabelecida esta acumulava diversas ações, tais como auditoria, controle, avaliação, coordenação do PSF, coordenação de epidemiologia, dentre outras. Em apenas três municípios, comprovou-se a presença de médico auditor/autorizador dando suporte à CMC, através da autorização de APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade).

Identificou-se falha na avaliação de produção e gastos planejados, pois apenas duas CMC referiram realizar esta atividade, mas não apresentavam um processo sistemático de avaliação. É importante que haja um melhor controle sobre os gastos em saúde, a utilização dos recursos e a qualidade da prestação destes serviços.

Quanto à garantia da ética profissional, verificou-se que as questões éticas para os técnicos da CMC restringem-se ao sigilo de fichas de referência. O critério "planeja estrategicamente de forma participativa" apresentou-se positivo em apenas um município, o que reforça a necessidade dos municípios programarem uma política regulatória mais eficiente.

Concluiu-se que no padrão gestão de pessoas, em todos os municípios e na central de regulação da 2ª Microrregional, falta pessoal em quantidade e qualidade para realizar o trabalho da regulação, dificultando o acesso do usuário à assistência em saúde. Chamou a atenção, neste estudo, a quantidade de dias que os pacientes aguardam na fila de acesso até que o cancelamento seja efetivado no sistema. Os cancelamentos mais significativos foram aqueles que remetem a uma falha de registro e operacionalização do sistema de informação no âmbito das CMC, ações de responsabilidades dos municípios. Quanto ao critério "realiza reuniões mensais", verificou-se que esta não é uma prática presente no cotidiano dos profissionais da CMC e o fato da maioria das CMC não apresentar uma coordenação definida é um agravante para a organização do setor.

A avaliação identificou que as Centrais de Regulação não estão estruturadas, conforme o Ministério da Saúde e as normas estaduais da regulação, pois todas as CMC estão incompletas quanto à estrutura e recursos humanos. No entanto, considerou-se que estas apresentam uma boa estrutura de transporte para a condução dos pacientes.

Verificou-se que em apenas duas CMC o Sistema de Informação Gerencial é atualizado em relação a controle de custos e produção de serviços, sendo identificado como deficiente o registro da informação em todas. Quanto ao critério “conhece os serviços de referência”, apenas duas Centrais conheciam estes serviços e inexistia mapeamento da rede e pouca divulgação dos serviços prestados pelo setor, havendo serviço de ouvidoria em três municípios. Não foi considerada na maioria dos municípios a prioridade na atenção a pacientes idosos, crianças e gestantes.

Como consequência os problemas referidos acima acarretaram desorganização da oferta de procedimentos, demanda reprimida e comprometimento do acesso de forma integral, equânime e com qualidade. Uma das dificuldades existentes está relacionada à Programação Pactuada e Integrada (PPI), que se traduz com insuficiente oferta e grande demanda. Essas dificuldades apontam que, atualmente, nesses municípios e na central de regulação da 2ª microrregião, o sistema de regulação não garante o acesso da população à rede de serviços públicos de saúde, concluiu-se, ainda, que a estratégia de organização da regulação, notadamente, neste sistema, não é suficiente para se fazer cumprir os princípios de integralidade e hierarquização propostos pelo SUS.

O estudo identificou a existência de lacunas na oferta de serviços de saúde, ausência de instalações físicas, equipamentos e recursos humanos necessários ao funcionamento da CMC e desenvolvimento da regulação do acesso na rede intermunicipal de assistência da 2ª microrregião, a qual representa um dos pilares da regionalização apresentada como uma perspectiva da autonomia de regiões marcadas por dinâmicas por vezes autárquicas de desenvolvimento, sustentadas por um pacto federativo instável e complexo.

O desenvolvimento da operacionalização do serviço de referência e contra-referência em nível regional ainda é um desafio para a realidade estudada, sendo importante que o sistema de informação da CRESUS-CE, o UNISUS, seja considerado pelas equipes que trabalham a regulação no Estado, como uma ferramenta que poderá apontar os problemas, os avanços e as dificuldades do acesso a uma assistência digna e de qualidade por parte do usuário, mas para isso é fundamental que em todos os níveis de atenção à saúde, estadual e municipal, haja profissionais analisando os indicadores, criando novos indicadores, comparando e divulgando seus resultados, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços e aumentar sua oferta.

A avaliação dos indicadores que compõem a regulação do acesso da microrregião de saúde revelou que no tocante a cobertura das consultas especializadas a maioria dos municípios apresentaram baixa cobertura. Ressalte-se que em um dos municípios a cobertura atingiu 247%, revelando falta de planejamento e excesso de gastos, que com certeza deverá fazer falta em outras áreas do sistema de saúde daquele município.

Os indicadores de oferta e demanda nos serviços estudados estão estrangulados, pois os gestores municipais não programam o suficiente para atender a demanda da população e nem sempre o que tem programado garante o acesso.

Fazendo uma análise crítica sobre os dois sistemas de informação de regulação estudados e disponibilizados pelo sistema de saúde, ou seja, Sistema de Informação de Regulação do Ministério da Saúde - SISREG 3 e o UNISUS-CRESUS-CE, percebeu-se que o primeiro apresenta melhor estrutura para as ações de regulação na 2ª microrregião, viabilizando a construção de uma regulação que conduza à integralidade do atendimento, haja vista suas funcionalidades, tais como o módulo fila de espera automático; relatórios para acompanhamento e avaliação do acesso em saúde; cotas demonstrando a capacidade de solicitação do Município sede, com base na PPI municipal e no PDR da região, visualizando o mês atual, o anterior e o próximo mês. Ressaltando-se ainda o fato deste ser disponibilizado pelo DATASUS de forma livre sem gerar ônus para o sistema de saúde.

A regulação estruturada nesta microrregião não cumpre o papel de otimizar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra municipais segundo os critérios das necessidades de saúde da população, sendo fundamental uma reorganização deste setor com a participação das três instâncias governamentais a fim de resgatar a credibilidade na regulação do acesso e fortalecer o seu desenho sobretudo para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Concluiu-se que para ocorrer integração dos cuidados de forma real e garantir o direito da população à regulação do acesso de forma eficiente e eficaz faz-se necessária a melhoria na qualidade dos gastos públicos a fim de que sejam asseguradas a continuidade e a globalização dos serviços de saúde ofertados. Os gestores necessitam lutar por mais recursos para a organização da rede assistencial, no entanto, devem considerar a existência de ineficiências e iniquidades a superar. Ou seja, a qualidade da regulação microrregional e das CMC municipais pressupõem uma integralidade regulada para superação das

ineficiências econômicas alocativas e gerenciais, e, conseqüentemente, a diminuição das iniquidades na alocação dos recursos financeiros do SUS.

## REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, Eduardo Martins. **Análise da assistência em saúde do idoso na central de regulação do Município de Bela Cruz**. Monografia: Escola de Saúde Pública-CE, Especialização em Geriatria, 2007.

ALMEIDA, E. S. VIEIRA, L.A.C. CASTRO, J. G. C. et al. Planejamento e programação em saúde. In: WESTPHAL, M.F. ALMEIDA, E. S. (orgs). Gestão de serviços de saúde. São Paulo: ed. Universidade de São Paulo, 2001. p273

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p.815-823, 2003.

BUY, A. **Técnicas de pesquisa**: observação, questionário e entrevista. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em : [www.users.rdc.puc-rio.br/imaq/site/metodologia/textos/anabuy.htm](http://www.users.rdc.puc-rio.br/imaq/site/metodologia/textos/anabuy.htm). Acesso em : 23 ago.2006

BRASIL. **Constituição 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 373/GM de 27/02/2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS01/02,. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle, regulação e avaliação**. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas **Diretrizes para implantação de complexos reguladores**. Brasília, 2006a. 27 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **“Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão - Diretrizes Operacionais”**. Brasília, 2006b. (Série Pacto Pela Saúde, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Regulação, Controle de Sistemas e Avaliação. “**Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**”. Brasília, 2006c. (Série Pacto Pela Saúde, v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 d.27 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 e.27 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mapa para implantação de protocolos assistenciais: necessidades, diretrizes e orientações gerais**. Departamento de regulação, avaliação e controle. Coordenação de regulação e avaliação. Brasília, 2006f. p108

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. BRASÍLIA: Editora do Ministério da Saúde, 2006g.52 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONNASS, 2007a.174p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no sistema único de Saúde**. 2. ed. Brasília, 2007b. 208p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Regulação - Sisreg**: manual do operador executante. Brasília, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: 2007d. (Série Pacto Pela Saúde, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Regulação - Sisreg**: manual do operador solicitante. Brasília, 2007e.

BRASIL. **Sistema de Regulação**: Sisreg - manual do operador administrador. Ministério da Saúde. Datasus, 2007f

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de orientações para contratação de serviços do SUS**. Brasília, 2007g. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **PNAS**: Programa nacional de avaliação de serviços de saúde: resultado de processo avaliativo 2004-2006. Brasília, 2007h. p 84.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência a Saúde**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/CgalP/regionalizacao.htm#texto#texto>. Regionalização. Acesso em: 10 jul. 2007i.

CEARÁ. Ministério da Saúde. **Complexo Regulado: CRESUS-CE**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/cresus/>. Acesso 10 jul. 2007.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. **Sistema microrregional de Serviços de Saúde**. Fortaleza, 2001. p. 1-78.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará**. Fortaleza, 1998.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Microrregiões de saúde**: uma opção do Ceará. Fortaleza, 2000. p.3-12.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Sistema microrregional de Serviços de Saúde**: uma estratégia de reorganização do SUS-Ceará. Fortaleza, 2002. p. 1-88.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Políticas de Saúde- regionalização/2007**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 10/02/2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Regulação em Saúde**. Brasília, 2007. 174p.

FORTIER, C. C. **Contribuições da Central Estadual de Regulação do SUS – CRESUS no acesso aos serviços públicos de saúde no Estado do Ceará.** Monografia (Especialização em Economia e Gestão em Saúde Pública) - Universidade Federal do Estado do Ceará, Fortaleza, 2006.

FEKETE, Maria Cristina. Planejamento e programação local em saúde: bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: BRASIL. **Gestão municipal de saúde.** Ministério da Saúde, 2001. p 2001-218.

GUEDES, M. T. S.; NASCIMENTO, M. A. L. Neoliberalismo, globalização e o trabalho de Enfermagem. **Rev. Téc-cient Enferm.**, v. 1, n.1, p. 66-71, 2003.

CONSENSUS. Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema de Informação para regulação de acesso .nº 22, jun./jul. 2006.

WOOD-LOBIONDO, G; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização.** Guanabara Koogan, 2001

GONDIM, L. M. O projeto de pesquisa no contexto do processo de construção do conhecimento. In: GONDIM, L. M.P (Org). **Pesquisa em ciências sociais: o projeto de dissertação de mestrado.** Fortaleza: Ed. UFC, 1999.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema em muros”.** Cad. Saúde Pública, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

LOOCKS, M.T.R. **Central de marcação de consultas da grande**

**Florianópolis:** um estudo de caso. 2002.95p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

LUZ, M.T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2003. 320p.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Unico de Saúde.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, H. W. B. **Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2000.

MENDONÇA, Claunara Schilling. REIS, Afonso Teixeira dos . MORAES, José Carlos de (orgs.). A política regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p. - (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto & Contexto Enferm.**, v.16, n. 3, p. 426-432, 2007.

MESQUITA, M.A.F. **A regulamentação da saúde suplementar**: legislação e contexto institucional, pp. 66-133. In: Regulação e saúde. Estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar. ANS. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. et al. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. 2º ed. Brasília, 2006 c. p. 45-82. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

NORÕES, N. M. R. **A saúde no Ceará**. Fortaleza, 2001. 175p.

NOVAES, H. M. D. "Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde." **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.

PEIXOTO, M.P.B. **Perspectivas do controle e avaliação no processo de construção do SUS.** In *Gestão Municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro. Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

PEREIRA, Rejane Maria. **O processo de regionalização e hierarquização do SUS:** estudo de caso: a central de marcação de consultas de Santana do Acaraú –ce. Monografia, Ratio Faculdade, Especialização em Auditoria de Serviços de Saúde Pública e Privada, 2006.

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

RAMOS, Vítor. **Regulação na saúde... qual o produto em causa. Observatório de português dos Sistemas de Saúde.** Disponível em : <http://www.observaport.org/NR/OPSS/> Acesso: 23/01/2007

NUNES, R.; REGO, G.; NUNES, C. **Regulating healthcare. The Portuguese Experience.** The 5th International Conference on Priorities in Health Care, 2004. Disponível em: <http://www.healthcarepriorities.org/4-10.html>. Acesso em: 23 nov. 2005.

REZENDE, C. A. P.; TRINDADE, J. Manual de atuação jurídica em saúde pública. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 2 v. (Série E. Legislação).

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS:** o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas; Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 161p.

SANTOS, L. O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **RADIS:** comunicação em saúde. Integralidade. n. 49, set. 2006. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis>. Acesso em: 10 jul. 2007.

SOLLA, Jorge José Santos. Descentralização das consultas e procedimentos especializados para as unidades básicas de saúde. In: BRASIL. **Experiências inovadoras no SUS relatos de experiência:** gestão dos serviços de saúde. 2001.p 275-300.

SCHRAIBER, L. B. Desafios atuais da integralidade em saúde. **J. Rede Feminista de Saúde**, n. 17, maio 1999.

TURATO, E. R. **Tratado de Metodologia da pesquisa clinico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; Pasche, Dário Fredterico. O sistema único de saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.531-562, tab, graf. (Saude em debate, 170).

ZUCCHI, Paola, NERO, Carlos Del, MALIK, Ana Maria. **Gastos em saúde**: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Saúde e Sociedade 9(1/2): 127-15

## ANEXOS

### ANEXO A - ROTEIRO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE

#### 1 GESTÃO ORGANIZACIONAL

##### 1.1 Liderança Organizacional

	Sim	Não
<p>1.1 O funcionamento do estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço. (Verificar a existência do responsável técnico pela Central de Regulação. Este quesito não se propõe a verificar a existência de chefes de serviços).</p>		
<p>1.2 Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento. (Verificar a existência de um responsável, seja administrativo ou não, para resolver qualquer situação não usual ou cotidiana. Esta verificação poderá ocorrer por meio de portaria, nota impressa, regimento, e outros;)</p>		
<p>1.3 O estabelecimento dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional. (Verificar as iniciativas implantadas ou em implantação sobre ética profissional)</p>		
<p>1.4 As atividades, responsabilidades e competências da equipe estão definidas e descritas. (Manuais de normas, rotinas, competências, etc, estão atualizados, disponíveis, de fácil acesso e em uso)</p>		
<p>1.5 Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa. (Verificar o envolvimento de todos os níveis hierárquicos nas tomadas de decisões através de reuniões com representantes de todas as categorias, grupos de trabalho, oficinas de discussão e outros).</p>		
<p>1.6 Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados. (Avalia periodicamente e sistematicamente a produção e gastos. Ex.: planejado X executado, disponibilização de planilhas de metas e resultados e outros).</p>		

## 2 Demanda, Usuário e Sociedade

	Sim	Não
2.1 Conhece os serviços de referência, e estes são utilizados visando à continuidade da atenção. (Observar se o estabelecimento tem mapeado os serviços e/ou estabelecimento de referência)		
2.2 Divulga a sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem. (Divulga por meio de impressos os serviços, compromissos públicos e ações de melhorias implantadas na Central de Regulação)		
2.3 Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas suas reclamações, sugestões e solicitações. (Verificar a existência de ouvidorias, caixas de sugestões e/ou outros meios de comunicação observando o período de apuração, os mecanismos de respostas e de intervenção)		
2.4 Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão. (Verificar a existência de pesquisa de satisfação com usuários, bem como a utilização destas nas tomadas de decisão)		

## 3 Gestão da Informação

	Sim	Não
3.1 Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências. (Verificar por amostragem a existência dos registros/anotações de todos os atendimentos do dia).		
3.2 Assegura a guarda das referências, no que se refere à confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso. (Verificar se todas as referências, inclusive as de arquivo morto, estão em local seguro, em boas condições de conservação e organização e acessível. Observar o fluxo das referências e a garantia da confiabilidade das informações contidas).		
3.3 Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da Central de Regulação, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços. (Verificar se a Central de Regulação cria, compara, analisa e divulga os indicadores de produção e busca melhorar a atenção conforme os resultados).		
3.4 Mantém o Sistema de Informação Gerencial atualizado em relação a controle de custos e produção de serviços.		

#### 4 Gestão de Pessoas

	Sim	Não
4.1 O setor está completo, quanto ao número de profissionais ou conformidade com a finalidade e necessidade da Central de Regulação. (Verificar Plano de Trabalho da Central de Regulação).		
4.2 A Central de Regulação mede e avalia a satisfação e desempenho dos profissionais que trabalham neste setor. (Verificar a existência de pesquisa de clima organizacional, pesquisa de satisfação, avaliação de desempenho e outros. Existência de programa de educação permanente e o cronograma das realizações por escrito).		
4.3 São realizadas reuniões mensais com a equipe de trabalho da Central de Regulação. (Verificar ata das reuniões)		

#### 5 Apoio Técnico e Logístico

	Sim	Não
5.1 As Centrais de Regulação são estruturadas, conforme definido pelo Ministério da Saúde e por normas estaduais.		
5.2 Realiza manutenção corretiva de computadores e impressoras. (Verificar a existência de contrato ou convênio legal e registro das manutenções corretivas em documento específico).		
5.3 Tem impressora matricial.		
5.4 Tem acesso à Internet.		
5.5 Existe sala exclusiva para a Central de Regulação.		
5.6 Telefone exclusivo para a Central de Regulação.		
5.7 O Município oferece carro para condução dos pacientes às unidades prestadoras de serviços, quando necessário.		
5.8 Há manutenção preventiva dos equipamentos. (Verificar a existência de contrato ou convênio legal, registro e cronograma das manutenções preventivas em documento específico).		

## 6 Gestão da Atenção à Saúde

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
6.1 Existem métodos que visam reduzir ou minimizar as filas. (Uma das marcas da Política Nacional de Humanização é a redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso. O acolhimento com avaliação de risco, o código dos direitos dos usuários e a educação em saúde são estratégias que podem ser utilizadas).		
6.2 Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito garantido, com prioridade no atendimento. (Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puerperais têm assegurado, por norma, o direito de prioridade de atendimento).		
6.3 Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.		
6.4 Realiza ações pró-ativas, identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários. (Ações pró-ativas são aquelas que buscam se adiantar a possíveis problemas. Verificar a existência de Pesquisa de opinião, ouvidoria, serviço de atendimento ao usuário, caixas de sugestões e outros).		
6.5. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde. (Verificar as iniciativas implantadas ou em implantação sobre a Política Nacional de Humanização - PNH; (Presença do Grupo de Trabalho de humanização -GTH; com característica multiprofissional e interdisciplinar; aberto a gestores, trabalhadores e usuários).		

**ANEXO B - INDICADORES DE AVALIAÇÃO**

<b>Análise</b>	<b>Indicador</b>
Avaliação do processo de trabalho em saúde desenvolvido pela Central de Regulação	Produção por tipo de procedimentos (Consultas, exames laboratoriais etc.);
	Tempo de espera dos procedimentos cancelados para atendimento na fila de acesso; % Procedimentos agendados, cancelados e reprimidos;
	Cobertura alcançada por meio das ações produzidas; Concentração de procedimentos oferecidos;

**ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO INSTITUIÇÃO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (INSTITUIÇÃO)**

Fortaleza 1 de 10 de janeiro de 2007

Senhora Orientadora da 2º Microrregional de Saúde - Caucaia

Estamos realizando uma pesquisa sobre, a ORGANIZAÇÃO DA REGULAÇÃO EM SAÚDE MICRORREGIONAL: INSTRUMENTO DE GESTÃO E MELHORIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO IDOSA, elegendo a Microrregional de Saúde de Caucaia como propício para isso.

Desse modo, solicitamos a sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a realização desse estudo, uma vez que o mesmo, certamente, trará contribuições importantes para repensarmos a organização da Regulação em Saúde nessa microrregião.

A pesquisa será desenvolvida com profissionais que trabalham na estratégia Saúde da Família dessa Microrregião, com os coordenadores das centrais de marcação de consulta dos municípios e com profissionais que trabalham na Central de Marcação de Consultas do Município de Caucaia, devendo ser iniciada em março de 2007.

Informamos, ainda, que todos os participantes serão esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problematização, objetivos, metodologia e cronograma) e que o consentimento informado, tanto dos sujeitos pesquisados, quanto dos representantes legais da instituição envolvida, dá autonomia aos participantes para fazer parte ou não do estudo, podendo retirar-se a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Diante do exposto, solicitamos vosso consentimento para que possamos realizar esta pesquisa, a qual comporá nossa tese de Doutorado, comprometendo-nos a respeitar os aspectos éticos e legais definidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Contando com vossa colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Maria Verônica Sales da Silva

\_\_\_\_\_  
Orientadora da 2º Microrregional – Caucaia

Doutoranda – Enfermagem/UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (INSTITUIÇÃO)**

Fortaleza 1 de 10 de janeiro de 2007

Senhor Secretario de Saúde,

Estamos realizando uma pesquisa sobre, a ORGANIZAÇÃO DA REGULAÇÃO EM SAÚDE MICRORREGIONAL: INSTRUMENTO DE GESTÃO E MELHORIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO IDOSA, elegendo a Microrregional de Saúde de Caucaia como propício para isso e o Município de Caucaia para refinamento da pesquisa.

Desse modo, solicitamos a sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a realização desse estudo, uma vez que o mesmo, certamente, trará contribuições importantes para repensarmos a organização da Regulação em Saúde nessa microrregião.

A pesquisa será desenvolvida com profissionais que trabalham na Central de Marcação de Consultas do Município de Caucaia, devendo ser iniciada em março de 2007.

Informamos, ainda, que todos os participantes serão esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problematização, objetivos, metodologia e cronograma) e que o consentimento informado, tanto dos sujeitos pesquisados, quanto dos representantes legais da instituição envolvida, dá autonomia aos participantes para fazer parte ou não do estudo, podendo retirar-se a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Diante do exposto, solicitamos vosso consentimento para que possamos realizar esta pesquisa, a qual comporá nossa tese de Doutorado, comprometendo-nos a respeitar os aspectos éticos e legais definidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Contando com vossa colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

---

Secretario de Saúde do Município de Caucaia

Maria Verônica Sales da Silva  
Doutoranda – Enfermagem/UFC

**ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – DOUTORADO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Colega,

Estamos realizando uma pesquisa sobre ORGANIZAÇÃO DA REGULAÇÃO EM SAÚDE MICRORREGIONAL: INSTRUMENTO DE GESTÃO E MELHORIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO IDOSA, elegendo a 2º Microrregional de Saúde Caucaia como propício para a pesquisa.

Desse modo, solicitamos a sua valiosa colaboração, no sentido de participar desta pesquisa. Sua contribuição é de fundamental importância para repensarmos a organização da regulação em saúde na microrregião.

A pesquisa será desenvolvida com os profissionais da central de marcação de consulta do município de Caucaia, coordenadores das Centrais de Marcação de Consulta da Microrregião e profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família da Microrregião, devendo ser iniciada em Março de 2007, conforme agendamento feito com cada participante.

Informamos, ainda, que todos os participantes foram esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problematização, objetivos, metodologia e cronograma) e que o consentimento informado, tanto dos sujeitos pesquisados, quanto dos representantes legais da instituição envolvida, dá autonomia aos participantes para fazer parte ou não do estudo, podendo retirar-se a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Diante do exposto, solicitamos sua colaboração e empenho em suas respostas, de modo que as mesmas possam refletir a expressão real de seus pensamentos.

Comprometendo-nos a respeitar os preceitos éticos e legais definidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantido-lhe a preservação do anonimato e a devolução dos resultados obtidos.

Certo de sua colaboração, agradeço antecipadamente,

Fortaleza, \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_

---

Maria Verônica Sales da Silva  
 Pesquisadora/Doutoranda – Enfermagem/UFC

---

Entrevistado

---

Testemunha

**ANEXO E --CODIFICAÇÃO PROCEDIMENTOS SOLICITADOS EM 2006****2ª MICRORREGIÃO DE SAÚDE**

- 1.ALTERACOES DO EIXO DA COLUNA
- 2.ARTERIOGRAFIA INVEST DOENCA
- 3.BIOPSIA ENDOSCOPICA DE URETRA
- 4.CIRURGIA DE PTERIGIO
- 5.COLUNA CERVICAL : AP + LATERAL
- 6.COLUNA CERVICAL: FUNCIONAL OU
- 7.CONSULTA EM UROLOGIA
- 8.CONSULTA EM ANGIOLOGIA
- 9.CONSULTA EM CARDIOLOGIA
- 10.CONSULTA EM CIRURGIA GERAL
- 11.CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRICA
- 12.CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA
- 13.CONSULTA EM NEFROLOGIA
- 14.CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA
- 15.CONSULTA EM DERMATOLOGIA
- 16.CONSULTA EM MASTOLOGIA
- 17.CONSULTA EM NEUROLOGIA
- 18.CONSULTA EM OFTALMOLOGIA
- 19.CONSULTA EM ORTOPEDIA
- 20.CONSULTA EM PEDIATRIA
- 21.CONSULTA EM ONCOLOGIA SEM
- 22.CONSULTA EM PNEUMOLOGIA
- 23.CONSULTA EM PROCTOLOGIA
- 24.CONSULTA EM PSIQUIATRIA
- 25.CONSULTA EM REUMATOLOGIA
- 26.CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E
- 27.CONSULTA EM GINECOLOGIA
- 28.CONSULTA EM HEMATOLOGIA
- 29.CONSULTA EM INFECTOLOGIA
- 30.DESBLOQUEIO ENDOSCOPICO
- 31.ECOGRAFIA DE MAMAS - BILATERAL
- 32.ECOGRAFIA DE TIREOIDE
- 33.ECOCARDIOGRAFIA BI
- 34.HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA
- 35.EXAME PRE-OPERATORIO MUTIRAO
36. ABDOMEM SIMPLES
- 37.AORTOGRAFIA ABDOMINAL
- 38.ARTERIOGRAFIA DO MEMBRO
- 39.ARTERIOGRAFIA SELETIVA
- 40.AUDIOMETRIA TOTAL
- 41.BIOPSIA PERITONIAL
- 42.BRONCOSPIA
- 43.ELETROCARDIOGRAMA (C.N
- 44.GASTRO-DUODENOSCOPIA
- 45.MAMOGRAFIA BILATERAL
- 46.MAPEAMENTO DE RETINA
- 47.TESTE DE ESFORCO OU TESTE
- 48.TORAX : PA E PERFIL
- 49.TRATAMENTO DE FRATURA /
- 50.NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE
- 51.ORTESE CORRETIVO TORACO
- 52.RADIOGRAFIA OCLUSAL
- 53.RASPAGEM CORONO-RADICULAR
- 54.RESSONANCIA MAGNETICA DA

- 55.TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- 56.TRATAMENTO PERIODONTAL EM
- 57.CAMPEMETRIA COMPUTADORIZADA
- 58.CATETERISMO DE CAMAUS
- 59.CINTILOGRAFIA MIOCARDIO
60. CINTILOGRAFIA TIREOIDE
- 61.CINTILOGRAFIA ÒSSEA
- 62.CINTILOGRAFIA PESQUISA
- 63.CINTILOGRAFIA RENAL
- 64.COLONGIOPANCREATORAFIA
- 65.COLONOSCOPIA
- 66.CONSULTA PRÉ-NATAL
- 67.CONSULTA CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO
- 68.CONSULTA CIRURGIÃO VASCULAR
69. CONSULTA GINECO-OBSTETRICIA
- 70.CONSULTA EM NEUROCIRURGIA
- 71.CONSULTA EM ODONTOLOGIA
72. ELETROENCEFALOGRAFIA (VULOC)
73. ELETROENCEFALOGRAFIA EM
74. ELETRONEUROMIOGRAFIA
- 75.ESCANOMETRIA
- 76.ESTUDO RENAL DINAMICO
- 77.EXAME ANATOMO PATOLOGICO
- 78.HISTEROSSALPINGORAFIA
- 79.LARINGOSGOPIA DIRETA
- 80.LITIASE TOTAL
- 81.NEOPLASIA OVARIANA
- 82.PLACAS OCLUSAS
- 83.PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR
- 84.RENOGRAMA
- 85.RETINOGRAFIA FLUORESCENTE
- 86.RETOSIGNOMOIDOSCOPIA
- 87.TELERRADIOGRAFIA
- 88.SISTEMA HOLTER 24H
- 89.ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL
90. TRATAMENTO ENDODONTICO
91. ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL
- 92.ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR
- 93.URODINAMICA CAMPLIAR
- 94.UROGRAFIA VENOSA
- 95.ANTICORPOS ANTIHIV 1 E 2
- 96.ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA
- 97.BIOPSIA CIRURGICA DE MAMA
98. BIOPSIA DE PROSTATA
- 99.CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO
- 100.CITOMEGALOVIRUS
- 101.CONSULTA EM NEFROLOGIA
- 102.ESTRADIOL
- 103.GENGIVOPLASTIA POR HEMI-ARCADA
- 104.HISTEROSCOPIA CIRURUGICA PARA BIOPSIA
105. HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA
- 106.MANUTENÇÃO CONSERVATO DE
107. MANUTENÇÃO CONSERVATO DE
108. PROTESES PARACUS REMOVIVEIS
- 109.RENOGRAMA
110. RADIOGRAFIA PERIAPICAL
- 111.RUBÉOLA ANTICORPOS IGG
- 112.TIROXINA LIVRE E T4
- 113.TOMOGRAFIA RENAL

- 114.TOXOPLAMOSE IFI-IGG
- 115. CONS.TISIOLOGIA
- 116.CONS. ATENDIMENTO EM
- 117.CONSULTA OTORRINOLANGOLOGISTA
- 118.COLPOCOSPIA
- 119.DENSITOMETRIA OSSE
- 120.TESTES VESTIBULARES
- 121.TSH HORMONIO ESTIMULANTE

## ANEXO F - módulo agendamento CRESUS-CE



# Governo do Estado Ceará

## Secretaria da Saúde – SESA

### Central de Regulação do SUS - CRESUS

### Módulo de Agendamento

#### **Objetivo:**

O Módulo de Agendamento é utilizado pelas Secretarias Municipais de Saúde e tem como finalidade agendar atendimentos (ambulatoriais e internações hospitalares) eletivos de referência, ou seja, atendimentos marcados para um município distinto do município de origem. As internações de emergência, ao contrário, são operacionalizadas diretamente nas Unidades Hospitalares, através do Módulo Hospitalar e os atendimentos de emergência ambulatoriais não são tratados pelo sistema Unisus.

#### **Fluxos de Sistema:**

##### Fluxos Principais

1. Agendamento de procedimento ambulatorial
2. Agendamento de internação eletiva
3. Transmissão de dados

##### Fluxos Auxiliares:

4. Pesquisa e cadastramento de pacientes
5. Ferramenta de busca
6. Reimpressão de Boleto
7. Agendamento ambulatorial via fila de espera
8. Emissão de relatórios

### **1. Agendamento de procedimento ambulatorial**

**Objetivo:** Marcar o atendimento de um paciente vindo do atendimento ambulatorial básico, escolhendo uma cota específica (ou seja, um horário de atendimento) dentre os horários e profissionais disponíveis e encaminhando para a fila de espera quando não existirem cotas disponíveis.

**Descrição:** Este fluxo se inicia quando o paciente chega à unidade de marcação com a guia de solicitação de procedimento ambulatorial especializado, oriunda do atendimento básico. Em seguida, as seguintes etapas devem ser realizadas:

Registro da solicitação de procedimento ambulatorial especializado eletivo – O primeiro passo para a realização de um agendamento de procedimento ambulatorial é o registro da solicitação. Nesta etapa do fluxo é realizado o cadastramento dos dados do paciente (caso o paciente já tenha sido cadastrado anteriormente, o aproveitamento desses dados) e o preenchimento dos dados do atendimento.

1. No grupo de funções AMBULATORIAL, clique no ícone AGENDAMENTO. O sistema exibirá um formulário para preenchimento dos dados da solicitação;
2. Informe o paciente que está sendo internado. Você pode informar isto simplesmente digitando o **Registro Local de Paciente** ou seu número do **Cartão Nacional de Saúde**. Caso você não disponha destas informações, clique no botão PESQUISAR e o sistema irá exibir o formulário de pesquisa de pacientes (veja o fluxo auxiliar de “Pesquisa e Cadastramento de Pacientes”). Se o paciente não tiver cadastro no hospital, a ferramenta de pesquisa permitirá a inclusão dos dados deste paciente.
3. Informe a **Atividade Profissional** do profissional que realizará o atendimento. Essa informação constará na guia de solicitação;
4. Informe a **Subespecialidade** do profissional que realizará o atendimento. Caso informação não conste na guia de solicitação, informe a subespecialidade Geral;
5. Informe o código do **Procedimento Solicitado** e clique no botão SELECIONAR. Caso essa informação não conste na guia de solicitação, clique no botão SELECIONAR para ativar a ferramenta de busca (veja o fluxo auxiliar Ferramenta de busca);
6. Informe o código do **CID** e clique no botão SELECIONAR. Caso essa informação não conste na guia de solicitação, clique no botão SELECIONAR para ativar a ferramenta de busca (veja o fluxo auxiliar Ferramenta de busca);
7. Clique no botão CONFIRMAR para a inclusão da solicitação digitada. O sistema emite o número de solicitação e acrescenta uma aba AGENDAMENTO na parte superior do formulário.

Consulta de Horários Disponíveis – Uma vez efetuado o registro da solicitação, é necessária a busca por horários disponíveis (cotas específicas) para o atendimento do paciente. Essa busca é feita somente nos estabelecimentos de saúde que constam na PPI. Caso não haja nenhum horário disponível é necessário o encaminhamento para a fila de espera. Para agendar um atendimento faça:

1. Clique na aba AGENDAMENTO. O sistema exibirá todas as cotas disponíveis satisfazendo os filtros escolhidos.
2. Você pode filtrar as cotas por ESTABELECIMENTO DE SAÚDE e por PROFISSIONAL. Por exemplo, se desejar visualizar somente as cotas destinadas ao estabelecimento de saúde “HOSP DE MESSEJANA”, você deverá marcar **Filtrar por Estabelecimento de Saúde** e em seguida escolher a unidade de saúde em questão. Vale lembrar que, se você não marcar a opção **Filtrar por Profissional**, as cotas exibidas serão referentes a **todos** os profissionais daquela unidade de saúde;
3. Adicionalmente, é possível também exibir as cotas específicas de um determinado profissional, nas diversas unidades de saúde. Basta marcar **somente** o filtro **Filtrar por Profissional** e selecionar o profissional desejado;
4. Caso não haja nenhuma cota específica, o sistema informa que você deve encaminhar para a fila de espera ambulatorial para que o atendimento seja marcado pela Central Microrregional (para maiores detalhes, consultar fluxo auxiliar “Agendamento ambulatorial via fila de espera”)
5. Caso haja alguma cota específica, selecione a mais adequada clicando sobre a mesma. Você reconhecerá que a cota foi selecionada quando a mesma ficar com a cor branca. (É possível também encaminhar para a fila de espera mesmo quando há cotas disponíveis, clicando no botão FILA DE ESPERA. Para maiores informações, consultar fluxo auxiliar “Agendamento ambulatorial via fila de espera”);

6. Confirme o agendamento clicando no botão CONFIRMAR (você também poderá confirmar fazendo um clique duplo sobre a cota específica selecionada);
7. O sistema confirma o atendimento do paciente, no local e horário escolhidos, e acrescenta uma aba BOLETO na parte superior do formulário.

*Emissão de Boleto de Marcação* – O último passo do fluxo de agendamento é a emissão do boleto de marcação. O boleto de marcação de consulta representa a confirmação de que o atendimento foi marcado e deverá ser entregue ao paciente que, por sua vez, deve apresentá-lo no dia da consulta. Em caso de extravio, consultar fluxo auxiliar “Reimpressão de Boleto”. Para imprimir o boleto de marcação faça:

1. Clique na aba BOLETO. O sistema exibirá todos os atendimentos de um determinado paciente;
2. Selecione o atendimento que deseja imprimir o boleto e em seguida clique em IMPRIMIR BOLETO. Você também pode imprimir os boletos de todos os atendimentos do paciente clicando no botão IMPRIMIR TODOS;

## **2. Agendamento de internação eletiva**

**Objetivo:** Marcar uma internação eletiva para um paciente vindo de uma consulta médica de posse do Laudo Médico para Emissão de AIH devidamente preenchido.

**Descrição:** Este fluxo se inicia quando o paciente chega à unidade de marcação com o laudo médico para emissão de AIH, oriunda da consulta médica. Em seguida, as seguintes etapas devem ser realizadas:

*Registro da solicitação de internação eletiva* – O primeiro passo para a solicitação de internação é o registro da solicitação. Nesta etapa do fluxo é realizado o cadastramento dos dados do paciente (caso o paciente já tenha sido cadastrado anteriormente, o aproveitamento desses dados) e o preenchimento dos dados necessários (que constam no laudo médico) para a internação. Para registrar uma solicitação de internação eletiva, faça:

1. No grupo de funções HOSPITALAR, clique no ícone AGENDAMENTO. O sistema exibirá um formulário para preenchimento dos dados da solicitação;
2. Informe a **Clínica** e o **Tipo de Leito** da internação;
3. Informe o paciente que está sendo internado. Você pode informar isto simplesmente digitando o Registro Local de Paciente\* ou seu número do Cartão Nacional de Saúde\*. Caso você não disponha destas informações, clique no botão PESQUISAR e o sistema irá exibir o formulário de pesquisa de pacientes (veja o fluxo auxiliar de “Pesquisa e Cadastramento de Pacientes”). Se o paciente não tiver cadastro no hospital, a ferramenta de pesquisa permitirá a inclusão dos dados deste paciente.
4. Informe o **CPF** do médico solicitante e clique no botão LOCALIZAR. Essa informação constará no laudo médico (para maiores detalhes, veja fluxo auxiliar de ferramenta de busca);
5. Informe o **Caráter da Internação** e clique no botão LOCALIZAR. Essa informação constará no laudo médico (para maiores detalhes, veja fluxo auxiliar de ferramenta de busca);
6. Informe o **Procedimento Solicitado** e clique no botão LOCALIZAR. Essa informação constará no laudo médico (para maiores detalhes, veja fluxo auxiliar de ferramenta de busca);
7. Informe o **Diagnóstico Principal** e clique no botão LOCALIZAR. Essa informação constará no laudo médico (para maiores detalhes, veja fluxo auxiliar de ferramenta de busca);
8. Informe o **Convênio**. Essa informação constará na guia de solicitação;

9. Informe os **Recursos Necessários**. Clique ao lado de cada equipamento que será utilizado na internação. Essa informação constará no laudo médico;
10. Preencha as seguintes informações da mesma maneira que se encontram no laudo médico: **Principais Sinais e Sintomas Clínicos, Condições que Justificam a Internação e Principais Resultados de Provas Diagnósticas**;
11. Clique no botão CONFIRMAR. O sistema emite o número de solicitação que deverá ser anotado diretamente no laudo médico;

*Acompanhamento de agendamento de internação eletiva* – Após o registro da solicitação de internação, o próximo passo é o acompanhamento dessa solicitação. O operador deverá emitir diariamente (após as primeiras 48h) o relatório de Acompanhamento de Eletivas. Vale ressaltar que o relatório de Acompanhamento de Eletivas deve ser emitido **após** a Transmissão de Dados (para maiores detalhes consultar fluxo principal Transmissão de Dados). Para obter o relatório faça:

1. No grupo de funções HOSPITALAR, clique no ícone RELATÓRIOS;
2. Localize, na parte superior da tela o menu Relatórios Hospitalares e acesse o relatório Acompanhamento de Eletivas. O sistema exibirá uma tela na qual é possível definir os parâmetros para a exibição do relatório;
3. Em **Dados da Internação**, marque os filtros que deseja utilizar e em seguida escolha, para cada filtro marcado, um item para esse filtro. Por exemplo, se desejar ver somente as internações em cardiologia, marque o filtro Clínica Solicitada e em seguida selecione CARDIOLOGIA;
4. Em **CrITÉrios de Seleção Obrigatória**, informe o sexo do paciente e a Situação do Agendamento de Eletivas;
5. Em **Seleção do PerÍodo**, caso deseje estabelecer um período para exibição do relatório, marque a opção Selecionar PerÍodo das Solicitações e em seguida defina o período. Caso contrário, o relatório exibirá todas as solicitações (que satisfazem os filtros selecionados) existentes no banco de dados;
6. Em **Ordenação**, escolha a maneira que o relatório será estruturado. Você pode optar por estruturar o relatório pela Data Prevista para Internação, pelo Nome do Paciente ou pelo Procedimento Médico Solicitado;
7. Clique em EMITIR RELATÓRIO. Caso exista alguma solicitação satisfazendo os filtros escolhidos, o relatório será exibido. Caso contrário, informa que “Não foram encontrados dados dentro do perfil escolhido”.

*Emissão de Boleto de Marcação* – O último passo do fluxo de agendamento é a emissão do boleto de marcação. O boleto de marcação de internação eletiva representa a confirmação de que a internação foi marcada e deverá ser entregue ao paciente que, por sua vez, deve apresentá-lo no dia da internação. Lembre-se que a impressão do boleto de marcação apenas poderá ser feita quando existir a confirmação de que a internação foi marcada pela Central Microrregional (através da emissão do relatório de Acompanhamento de Eletivas). Para imprimir o boleto de marcação faça:

1. No grupo de funções HOSPITALAR, clique no ícone IMP. BOLETO;
2. Localize o paciente pelo seu **Nome** ou pelo seu **RLP**. Na parte inferior da tela serão exibidos todos os agendamentos do paciente. Selecione o agendamento e clique em IMPRIMIR BOLETO.

### 3. Transmissão de dados

**Objetivo:**

Trocar informações entre o módulo de agendamento e a Central de Regulação. Enviar todos os dados registrados no banco de dados local da unidade de marcação e receber dados de atualização do sistema.

**Descrição:**

Este fluxo é deve ser realizado periodicamente (pelo menos uma vez por dia), com o intuito de enviar os dados registrados pelo módulo de agendamento (marcação de consulta, agendamento de eletivas) e de receber dados atualizados da Central de Regulação. As informações enviadas pelas unidades de marcação são processadas uma vez por dia as 01:00h. Desta forma, é extremamente importante que o fluxo de transmissão de dados seja executado no final do expediente.

Envio e recebimento de dados – Para enviar e / ou receber dados para a Central de regulação, faça:

1. No grupo de funções SISTEMA, clique no ícone TRANSM. DADOS.
2. No menu que aparece no topo da tela, clique na opção correspondente a operação desejada: TESTAR COMUNICAÇÃO, ENVIAR DADOS, RECEBER DADOS, ENVIAR / RECEBER DADOS. O sistema executará o módulo de transmissão de dados para realizar a operação desejada.
3. **NÃO** interfira no processo, apenas acompanhe! O sistema informará se a operação for realizada com sucesso ou não.

**Observações:**

1. Caso você utilize linha discada para transferir dados para a Central de Regulação, certifique-se de que a linha telefônica está livre e conectada ao MODEM do seu computador.
2. Qualquer dificuldade entre em contato com a equipe da Central de Regulação da sua microrregião.

### FLUXOS AUXILIARES

#### 1. Pesquisa e cadastramento de pacientes

**Objetivo:** Localizar um determinado paciente através de seu número de Registro Local do Paciente (RLP), de seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou de seu nome, e, caso o paciente não se encontre cadastrado na base de dados, cadastrar esse paciente.

**Descrição:** Este fluxo se inicia quando é necessária a localização ou o cadastro dos dados de um paciente para preenchimento de uma solicitação de atendimento ambulatorial ou de um atendimento hospitalar eletivo.

Localização dos dados de um paciente – Para localizar os dados de um paciente, faça:

1. Caso você saiba o número do RLP ou do CNS do paciente, digite-o no campo correspondente e clique no botão LOCALIZAR;
2. Caso o paciente já esteja cadastrado no sistema, o sistema exibe o nome do paciente encontrado;
3. Você pode também pesquisar pelo nome do paciente (completo ou parte dele). Nesse caso, o sistema pode retornar mais de um nome de paciente. Utilize as demais informações (data de nascimento, nome do pai e da mãe) para definir qual é o paciente desejado.
4. Clique em CONFIRMAR para finalizar a pesquisa.

5. Clique em DADOS COMPLETOS para consultar as demais informações cadastrais do paciente.
6. Caso o paciente não esteja cadastrado, o sistema exibe uma mensagem de aviso e habilita o botão CADASTRAR PACIENTE.

Cadastramento do paciente – Para cadastrar um paciente, faça:

1. Na tela de pesquisa de pacientes, clique em CADASTRAR PACIENTE. O sistema exibe um formulário para preenchimento dos dados do paciente.
2. Digite o número do CNS do paciente, caso ele possua;
3. Digite o nome completo do paciente **sem** acentos;
4. Marque o **sexo** do paciente;
5. Digite a **data do nascimento** do paciente. Caso não seja possível colher essa informação, clique no botão IDADE APROXIMADA, digite ao lado desse botão uma idade coerente com a aparência do paciente e pressione a tecla ENTER. O sistema calcula automaticamente a data de nascimento aproximada do paciente;
6. Digite o nome da mãe do paciente **sem** acentos;
7. Para a seção “Dados Complementares” colha o máximo de informação possível do paciente;
8. Para a seção “Naturalidade/Nacionalidade” selecione o País, o Estado e o Município de origem do paciente;
9. Clique em CONFIRMAR. O sistema cadastra o paciente e retorna à tela inicial.

## 2. Ferramenta de busca

**Objetivo:** Pesquisar o código de um registro das tabelas auxiliares de sistema, tais como: procedimentos, CID 10, etc.

**Descrição:** Este fluxo se inicia quando você precisa informar o código de algum campo no sistema e não dispõe deste código. Nesse caso, o sistema permite pesquisar a tabela correspondente para localizar o código desejado.

Localização do CID – Para localizar os dados de, por exemplo, um CID, faça:

1. Clique no botão SELECIONAR mais próximo do campo onde deve ser informado o código. O sistema exibirá a janela de pesquisa;
2. Você tem duas opções, pesquisar por código ou pesquisar por descrição do CID. Escolha a opção clicando na aba correspondente. Digite a informação e em seguida, clique no botão LOCALIZAR;
3. O sistema exibirá uma lista com os registros da tabela pesquisada que correspondem à descrição informada. Lembre-se que você pode realizar a pesquisa com apenas uma parte da descrição. Além disso, é possível escolher se a pesquisa será realizada no início, no meio ou no fim do campo, selecionando dentre as opções disponíveis abaixo do campo descrição.
4. Selecione dentre os registros exibidos na lista aquele para o qual você deseja obter o código e então clique no botão SELECIONAR.

## 3. Reimpressão de boleto

**Objetivo:** Reimprimir o boleto de marcação de consulta de um paciente com o agendamento já marcado.

**Descrição:** Este fluxo se inicia quando é necessária a reimpressão de um boleto de marcação de consulta, seja por extravio do mesmo ou por qualquer outro motivo. Para reimprimir um boleto de marcação de consulta, siga os seguintes passos:

Localização do(s) boleto(s) de um paciente – Para localizar o(s) boleto(s) de marcação de um paciente, faça:

1. No grupo de funções AMBULATORIAL, clique no ícone REIMP. BOLETO;
2. Entre com as informações necessárias para localização do boleto de marcação de consulta. Você poderá localizar um boleto utilizando qualquer uma das seguintes informações: **RLP, CNS, Nome** (do paciente) e a **Data do Agendamento**. Vale ressaltar que é possível digitar apenas uma parte do nome do paciente. Neste caso, serão exibidos todos os pacientes que possuam a parte do nome digitada.
3. Após a entrada dessas informações, clique em PROCURAR. Na parte inferior da tela serão exibidos todos os agendamentos que se enquadram nas condições estabelecidas.
4. Escolha o agendamento procurado e clique em IMPRIMIR BOLETO.

#### 4. Agendamento ambulatorial via fila de espera

**Objetivo:** Acompanhar os agendamentos enviados para a fila de espera microrregional.

**Descrição:** Este fluxo se inicia quando é detectada uma incapacidade de ser efetuado o agendamento de uma consulta, seja por falta de cotas de atendimentos ou por uma incompatibilidade nos horários das cotas existentes com os horários disponíveis pelo paciente. Com a marcação do agendamento enviada para a fila de espera (conforme explicado anteriormente), você deve acompanhar o processo de marcação de consulta através da emissão do relatório de Solicitação de Procedimento Ambulatorial no qual você poderá acompanhar os agendamentos efetuados pela Central Microrregional (no prazo mínimo de 48h). Com a confirmação de que o agendamento foi marcado, utilize o fluxo auxiliar de “Reimpressão de Boleto” para imprimir o boleto de marcação de consulta e entregar ao paciente. Para acompanhar um agendamento ambulatorial enviado para a fila de espera, faça:

Confirmação do agendamento da consulta pela central microrregional – Para verificar se um agendamento enviado para a fila de espera foi marcado pela central microrregional, faça:

1. No grupo de funções AMBULATORIAL, clique no ícone RELATÓRIOS;
2. Na parte superior da tela, clique **Relatórios Ambulatoriais** e em seguida escolha **Solicitação de Procedimento Ambulatorial**;
3. Em **Seleção do Período de Atendimento**, informe uma data inicial e uma data final para exibição dos agendamentos;
4. Em **Fila de Espera**, marque a opção “Mostrar somente solicitações da fila de espera” se desejar ver somente os agendamentos encaminhados para a fila de espera.
5. Em **Selecione o critério de ordenação do relatório**, escolha a forma que o relatório será estruturado;
6. Clique em EMITIR RELATÓRIO. Será exibido um relatório com todos os agendamentos satisfazendo as condições determinadas. No relatório constará a informação se o atendimento foi

marcado ou não. Caso o atendimento tenha sido marcado, já é possível imprimir o boleto de marcação e entregar ao paciente. Anote o nome do paciente e siga o próximo passo:

Impressão do boleto de marcação de consulta – Para imprimir o boleto de marcação de consulta de um agendamento marcado pela fila de espera, faça:

1. No grupo de funções AMBULATORIAL, clique no ícone REIMP. BOLETO;
2. De posse do nome do paciente, basta seguir o fluxo auxiliar “Reimpressão de Boleto”.

## 5. Emissão de relatórios

**Objetivo:** Exibir e imprimir relatórios operacionais relativos às internações hospitalares registradas pelo módulo hospitalar do sistema UNISUS / CRESUS.

**Descrição:** Este fluxo se inicia sempre que é necessário consultar e / ou imprimir um relatório.

Emissão de Relatório Ambulatoriais – Para emitir um relatório ambulatorial, faça:

1. No grupo de funções AMBULATORIAL, clique no ícone RELATÓRIOS;
2. No menu que aparece no topo da tela, clique em RELATÓRIOS e então no nome do relatório desejado. O sistema exibirá o formulário digitação dos parâmetros do relatório (critérios de seleção e ordenação dos registros);
3. Clique em EMITIR RELATÓRIO para exibir os dados do relatório escolhido.

Os seguintes relatórios estão disponíveis no sistema:

- Cotas Específicas – Exibe os horários de atendimento disponíveis nas unidades de saúde definidas pela PPI em um determinado período de tempo, sendo possível também filtrar por Procedimento e por Situação (Agendada, Disponível e Expirada);
- Solicitação de Procedimento Ambulatorial – Exibe os dados das solicitações de procedimentos ambulatoriais, exibindo também a situação da solicitação (agendada ou não). É possível também exibir somente as solicitações que foram encaminhadas para a fila de espera.
- atendimentos Marcados – Exibe os dados das solicitações de procedimentos ambulatoriais já agendadas. É possível também exibir somente as solicitações que foram encaminhadas para a fila de espera.
- Demanda reprimida - Exibe os dados das solicitações de procedimentos ambulatoriais que não foram agendadas para acompanhamento de demanda reprimida.

Emissão de Relatório Hospitalares – Para emitir um relatório hospitalar, faça:

1. No grupo de funções HOSPITALAR, clique no ícone RELATÓRIOS;
2. No menu que aparece no topo da tela, clique em RELATÓRIOS e então no nome do relatório desejado. O sistema exibirá o formulário digitação dos parâmetros do relatório (critérios de seleção e ordenação dos registros);
3. Clique em EMITIR RELATÓRIO para exibir os dados do relatório escolhido.

Os seguintes relatórios estão disponíveis no sistema:

- Acompanhamento de Eletivas – Exibe os dados para acompanhamento das solicitações de internações eletivas, fornecendo também as informações do agendamento, caso este tenha sido realizado pelo estabelecimento de saúde.

### Observações Gerais

Caso haja algum problema de comunicação com a central microrregional, algumas medidas podem ser tomadas com o intuito de viabilizar essa conexão. Essas medidas são enumeradas abaixo, de acordo com o tipo de conexão que a unidade de marcação possui:

#### *Conexão via linha telefônica – Provedor CRESUS*

1. Certifique-se de que o cabo do modem está devidamente conectado ao computador;
2. Repita o fluxo de transmissão de dados;
3. Caso o erro persista e a unidade de marcação possua uma conta de acesso à Internet, é possível reconfigurar o Módulo de Agendamento para que utilize esta conexão;
4. Clique no grupo de funções SISTEMA e em seguida clique no ícone CONFIGURAÇÕES. O sistema exibe uma janela de configurações com duas abas CONFIGURAÇÕES LOCAIS e CONFIGURAÇÕES DE REDE;
5. Clique na aba CONFIGURAÇÕES DE REDE. Marque a opção **Utiliza Rede Dial-Up**. Em seguida, informe o **nome da conexão** de internet que a unidade de marcação possui seguido do **Login** e da **Senha** de acesso para esta conexão. (Para saber qual o nome da conexão, procure em Acesso à Rede Dial-Up, no painel de controle);
6. Mude o **IP do Servidor de Dados da Central** para: 200.253.234.130;
7. Clique em OK. O sistema pergunta se deseja salvar as alterações. Clique em SIM;
8. O sistema está configurado para utilizar a conexão de Internet especificada acima. Repita o fluxo de transmissão de dados. (Note que, desta maneira, é possível também voltar à conexão unisus)

#### *Conexão via link dedicado (rádio ou TELEMAR)*

- ⇒ Certifique-se de que o cabo de rede está devidamente conectado ao computador;
- ⇒ Repita o fluxo de transmissão de dados;
- ⇒ Caso o erro persista, entre em contato com o provedor para verificar a situação da conexão.