



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Marlucia Reis Valente Maia

**Caminhos da Integralidade: Dispositivos para monitorar e assegurar a
acessibilidade no SUS em Piraí- RJ**

Rio de Janeiro

2012

Marlucia Reis Valente Maia

**Caminhos da integralidade: Dispositivos para assegurar e monitorar
a acessibilidade no SUS em Piraí-RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Roseni Pinheiro

Co-orientador : Prof. Dr . Aluísio Gomes da Silva Junior

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M217 Maia, MarluCIA Reis Valente.

Caminhos da integralidade: Dispositivos para assegurar e monitorar a acessibilidade no SUS em Piraí-RJ / MarluCIA Reis Valente Maia. – 2012.

87 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Marcação de consultas. 2. Consulta médica – Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 4. Integralidade. 5. Acessibilidade. I. Pinheiro, Roseni.. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253.618.1

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marlucia Reis Valente Maia

**Caminhos da integralidade: Dispositivos para assegurar e monitorar
a acessibilidade no SUS em Piraí-RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de pós-graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2012.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Márcia Guimarães de Mello Alves
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2012

RESUMO

MAIA, MarluCIA Reis Valente. *Caminhos da integralidade: Dispositivos para assegurar e monitorar a acessibilidade no SUS em Pirai-RJ*. 2012. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2012.

Este estudo analisa os diversos mecanismos adotados pela Central de Marcação de consultas da Secretaria Municipal de Pirai, para operacionalização do complexo regulador municipal, considerado como importante estratégia de regulação do acesso, da circulação e do acompanhamento dos usuários entre os diversos níveis de atenção, tanto na rede própria quanto na privada. A implantação dos complexos reguladores vem sendo fortemente articulada pelo Ministério da Saúde, no sentido de formar uma rede integrada de informações relativas à oferta disponível de serviços e proporcionar maior agilidade no atendimento à população. Os dispositivos utilizados no setor de marcação municipal têm influenciado de forma comprometedora a acessibilidade dos usuários, o que determinou uma reorganização do processo de trabalho, tendo sido adotado recentemente o Sistema de Gerenciamento de Agendas, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o Sisreg, para marcação de consultas e exames de média complexidade da rede hospitalar própria. Este sistema vem se confirmando como um importante instrumento de gestão, o que possibilitará a distribuição equânime dos recursos de saúde para a população com vistas à melhoria do acesso e da integralidade.

Palavras-chave: Regulação. Acessibilidade.

ABSTRACT

This study analyzes the various mechanisms adopted by the Central of Appointment Booking of Pirai's Municipal Secretariat, for the operationalization of the municipal regulatory complex, considered an important strategy of the regulation of access, circulation and follow-up of users among the several attention levels, in its own network as well as in the private network. The implantation of the regulatory complexes has been strongly articulated by the Ministry of Health, in the sense of forming an integrated network of information concerning the available supply of services and providing greater agility in the assistance to the population. The mechanisms used at the municipal booking sector have been influencing in a compromising way the accessibility of users, which has determined a reorganization of the work process, having recently been adopted the Schedule Management System, developed by the Ministry of Health, the Sisreg, for the booking of appointments and medium complexity exams of its own hospital network. This system has been confirming itself as an important management tool, which will enable the equanimous distribution of health resources to the population, aiming to improve access and integrality.

Key-words: Regulation. Accessibility.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1- Figura e fluxogramas

Figura 1	Mapa de localização do município de Pirai na região Médio-Paraíba	43
Fluxograma 1	Agendamento na SMS Pirai	61
Fluxograma 2	Agendamento direto no Hospital Flavio Leal	64
Fluxograma 3	Agendamento pelo Sisreg	66

2- Quadros

Quadro 1	Capacidade instalada do HFL no período de 2008 a 2011	45
Quadro 2	Rede de serviços de diagnose realizados no HFL em 2010 e 2011.	46
Quadro 3	Distribuição do total de Recursos Humanos atuantes no setor público de Saúde do Município de Pirai - Secretaria Municipal de Saúde e Hospital Flavio Leal no Ano de 2011 - SMS / Pirai	47
Quadro 4	Oferta de consultas programadas em 2010 e 2011 para o ambulatório de especialidades do Hospital Flavio Leal	48
Quadro 5	Oferta de exames programadas em 2010 e 2011 para o Hospital Flavio Leal	49
Quadro 6	Número de agendamentos realizados em 2010 e 2011 para consultas de especialidades no HFL	51

Quadro 7	Agendamentos realizados em 2010 e 2011 para exames de média complexidade no HFL	52
Quadro 8	Produção de consultas médicas totais realizada em 2010 e 2011 no município de Pirai	53
Quadro 9	Comparativo da produção de consultas médicas básicas comparadas à recomendação da PT.1.101 , para o ano de 2010 e 2011	54
Quadro 10	Produção de consultas especializadas realizadas no HFL no período 2010/2011	56
Quadro 11	Produção de exames de média complexidade realizados no HFL em 2010 e 2011	56
Quadro 12	Demanda reprimida de consultas especializadas observada na rede municipal nos anos de 2010 e 2011	57
Quadro 13	Demanda reprimida de exames de média complexidade observada na rede municipal nos anos de 2010 e 2011	57
Quadro 14	Número de encaminhamentos para consultas especializadas a partir da produção realizada e das demandas reprimidas nos anos de 2010 e 2011	58
Quadro 15	Número de encaminhamentos para exames de média complexidade a partir da produção realizada e das demandas reprimidas nos anos de 2010 e 2011	59
Quadro 16	Análise da oferta e demanda de consultas especializadas observadas em 2010 e 2011 na rede municipal de Pirai	71
Quadro 17	Análise da oferta e demanda de exames de média complexidade nos anos de 2010 e 2011	72

Quadro 18	Análise dos agendamentos a partir da demanda de consultas especializadas em 2010 e 2011	73
Quadro 19	Análise dos agendamentos de exames de média complexidade em 2010 e 2011, a partir da demanda observada	73
Quadro 20	Comparativo dos modelos adotados para agendamentos pela SMS , em 2010 e 2011	74

3- Gráficos

Gráfico 1	Demonstrativo da oferta de consultas especializadas realizadas no HFL , comparada á recomendação da Portaria 1.101 nos anos de 2010 e 2011	50
Gráfico 2	Demonstrativo da oferta de exames especializados realizados no HFL , comparada à recomendação da Portaria 1.101 nos anos de 2010 e 2011	51
Gráfico 3	Demonstrativo da produção de consultas médicas básicas comparadas à recomendação da Portaria , para os anos de 2010/2011	55
Gráfico 4	Demonstrativo da produção de consultas médicas especializadas comparadas à recomendação da Portaria 1.101, para os anos de 2010 e 2011	55
Gráfico 5	Demonstrativo da produção de consultas de médicas básicas comparadas à recomendação da Portaria 1.101, para o ano de	69

	2010	
Gráfico 6	Demonstrativo da produção de consultas médicas especializadas comparadas à recomendação da Portaria 1.101 para o ano de 2011	69
Gráfico 7	Demonstrativo da produção de consultas de urgência na Atenção Básica comparadas à recomendação da Portaria 1.101 para o ano de 2010	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS	– Ações Integradas de Saúde
CAPs	– Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIB	– Conselho Intergestores Bipartite
CIT	– Conselho Intergestores Tripartite
CIH	– Central de Internação Hospitalar
CMC	– Central de Marcação de Consultas
CNS	– Conferência Nacional de Saúde
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	– Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	– Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
GM	– Gabinete do Ministro
IAPs	– Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	– Instituto Nacional de Previdência à Saúde
MPAS	– Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	– Ministério da Saúde
NOAS	– Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOBS	– Normas Operacionais Básicas
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OPAS	– Organização Pan Americana de Saúde
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNASH	– Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PSF	– Programa de Saúde da Família

PPI	– Programação Pactuada Integrada
POI	– Programação das Ações Integradas
RAS	– Redes de Atenção à Saúde
SAS	– Secretaria de Assistência à Saúde
SIA	– Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	– Sistema de Informação Hospitalar
SIOPS	– Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde
SISMARC	– Sistema de Marcação de Consultas
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
US	– Unidade de Serviço

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 REFERENCIAL TEÓRICO	16
1.1 Atenção Básica, Média e Alta Complexidade no SUS	16
1.2 Regionalização e Descentralização na Busca pela Integralidade	22
1.3 Integralidade	24
1.4 Oferta e Demanda de Serviços de Saúde no SUS	26
1.5 Regulação	29
<u>1.5.1. A Regulação no Sistema de Saúde Brasileiro</u>	30
<u>1.5.2.Mecanismos e instrumentos de regulação assistencial</u>	34
<u>1.5.3.Parâmetros Assistenciais do Sistema Único de Saúde : Portaria 1.101</u>	39
2 RESULTADOS DO ESTUDO	43
2.1 A Organização da rede de saúde de Pirai	43
2.1.1. <u>Rede de serviços de saúde municipal</u>	44
2.1.2 <u>Capacidade Instalada do Hospital Flávio Leal</u>	44
2.1.3 <u>Serviços disponíveis no Centro de Especialidades de Pirai</u>	46
2.1.4 <u>Recursos Humanos da rede municipal</u>	46
2.1.5 <u>Oferta de Consultas e exames especializados de média complexidade</u>	48
<u>na Unidade Executante Hospital Flávio Leal</u>	
2.2 Agendamentos realizados em 2010 e 2011	51
2.3 Produção ambulatorial 2010 e 2011 referente às consultas e exames	52
de média complexidade	
2.3.1 <u>Porta de Entrada- Atenção Básica</u>	52
2.3.2 <u>Produção das consultas especializadas realizadas no HFL no período</u>	56

<u>2010 e 2011</u>	
2.4 Demandas reprimidas	57
2.5 Número de encaminhamentos gerados pela rede de assistência do município para consultas e exames de média complexidade	58
2.6 Fluxo dos encaminhamentos	59
3 ANÁLISES E DISCUSSÕES	69
4 CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE	84

INTRODUÇÃO

O Complexo Regulador se apresenta como uma ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e integralidade da atenção, sendo instituído na Política Nacional de Regulação, através da Portaria GM nº 1.559 de 1º/08/2008, o que possibilitou a operacionalização das diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão (Brasil, 2006).

Segundo Giovanella (2000), define-se acesso pela entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde. Ainda de acordo com a mesma autora : a acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento; representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos; e ainda, é a possibilidade de obter serviços necessários em quantidade suficiente, sem obstáculos físicos e financeiros.

As ações de monitoramento, controle, avaliação e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), têm como finalidade a organização e o gerenciamento dos acessos e fluxos, estabelecendo uma relação de complementaridade e interdependência entre os diferentes níveis de atenção à saúde, possibilitando ao complexo regulador atuar como importante instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção (Brasil, 2000).

No contexto de saúde local, em Pirai – RJ, a Divisão de Controle, Avaliação e Auditoria, foi implantada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em 1990, tendo como setores, a Central de Marcação de Consultas e Exames, a Central de Contratos e Convênios e o setor de Avaliação e Auditoria. Em se constituindo, a Central de Marcação como alvo de críticas e motivo de vários questionamentos quanto à sua consolidação como instrumento de gestão e garantia de acessibilidade do sistema, a abordagem deste tema se concentra no processo de trabalho do setor, que se utilizava de dois mecanismos distintos de agendamento, um de forma centralizada na Secretaria Municipal de Saúde (utilizando um sistema de informatização próprio), e outro totalmente descentralizado, ou seja, marcado diretamente pelas unidades de saúde solicitantes com o prestador executante, sem utilização de sistema de informatização. As duas formas de marcação de serviços apresentavam problemas, tais como: falta de logística para alguns procedimentos, dependência em excesso de transporte para entrega do agendamento, falta de controle sobre vários exames e consultas (descentralizados)

demanda reprimida em várias especialidades e exames, queixa de usuários e profissionais, precariedade no sistema de informatização.

Sendo uma grande parte dos serviços agendados diretamente pelas unidades de Saúde da Família na unidade solicitante, Hospital Flávio Leal, o complexo regulador da SMS não tinha o controle das demandas e necessidades locais reprimidas, bem como não exercia sua função de regular, ordenar e avaliar o sistema.

O sistema de marcação desenvolvido pelo município, o SISMARC, apresenta algumas limitações, tais como dificuldades na geração de relatórios administrativos e gerenciais, centralização do agendamento no setor, dificuldade de inserção de novos procedimentos da tabela SUS, sistema de entrada de dados demorado e pouco prático.

Em contrapartida, por decisão do gestor local, iniciou-se a implantação no município, do Sistema de agendamento desenvolvido pelo DATASUS, o Sisreg III.

Ao se propor uma análise do processo de trabalho da Central de Marcação, identificando-se os caminhos percorridos pelo usuário desde sua entrada no sistema até a efetivação de sua consulta ou exame especializado, tem-se a possibilidade de percepção dos entraves organizacionais, administrativos e operacionais nos agendamentos, visando o alcance do aprimoramento e fortalecimento das ações de regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde.

Este estudo tem como Objetivos:

Geral

Analisar o processo de trabalho da Central de Marcação de serviços de média complexidade, visando identificar os entraves organizacionais, administrativos e operacionais que dificultam o acesso dos usuários aos sistemas mais complexos de saúde, considerando a importância da relação entre Atenção Básica e Complexo Regulador.

Específicos

- Descrever a capacidade instalada da rede de Atenção Básica e da rede própria de Média Complexidade;
- Analisar a relação entre a oferta de consultas e exames especializados, e a demanda das unidades de Saúde da Família, utilizando como parâmetros os critérios da Portaria 1.101 do MS.
- Identificar e analisar os processos de trabalho utilizados na marcação de serviços de média complexidade da rede e sua contribuição na acessibilidade dos usuários.

A metodologia utilizada foi a realização de uma pesquisa descritiva e exploratória, visando o conhecimento da dinâmica de trabalho da Central de Marcação da SMS Piráí, através das seguintes técnicas:

- Fluxograma Descritor: conhecer e compreender a realidade do processo de trabalho do setor, fluxos e rotinas;
- Análise de documentos: Análise do Plano Municipal de Saúde (2010-2013), do Plano Municipal de Controle e Avaliação (2010- 2013), do Relatório de Gestão Municipal (2009-2010), dos protocolos administrativos e clínicos existentes e validados, portarias ministeriais, Contratos de Convênios, Processos de Licitação;
- Utilização das bases dos sistemas de informação: DATASUS (SIA, SIH), SIAB, CNES, SISREG.

Detalhando:

Análise documental:

Foi utilizada como fonte primária de informações o Relatório de Gestão 2009 e 2010, para caracterização do município, bem como descrição de sua rede de serviços em saúde e capacidade instalada (recursos humanos e físicos), e por fim a estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde.

Ainda como fontes de informações foram utilizados o Plano Municipal de Saúde e o Plano de Controle e Avaliação, ambos do quadriênio 2009-2013, onde se coletaram dados referentes às ofertas programadas de consultas de atenção básica realizadas nas Unidades de Saúde da Família (consultas médicas básicas, pediatria e ginecologia), consultas de média complexidade e exames de apoio diagnóstico da rede, realizados no Hospital Flávio Leal, unidade hospitalar municipal .Assim foram analisadas as consultas e exames ambulatoriais abaixo, por serem as especialidades ofertadas na rede própria do município:

- Oftalmologia
- Ortopedia
- Urologia
- Otorrinolaringologia
- Angiologia
- Neurologia
- Nefrologia

Com relação à diagnose, foram analisadas:

- Diagnose em cardiologia - Teste ergométrico

- Ultrassonografia
- Diagnóstico em gastroenterologia – Endoscopia
- Diagnóstico em Otorrinolaringologia – Audiometria

O universo da pesquisa foi assim delimitado em vista da enormidade de variáveis e fatores que poderiam representar dificuldade nas informações e impedimento na obtenção dos dados em tempo hábil para finalização do processo, sendo analisados os períodos do 2º semestre de 2010 e 1º semestre de 2011, visando contemplar os diversos mecanismos adotados, para agendamento nestes períodos.

Para complementação dos dados foram analisados também os protocolos administrativos e clínicos instituídos na rede de serviços de saúde do município, observando principalmente como foram construídos e validados.

Os processos de contratação de serviços, relacionados acima, relativos a Contratos ou Convênios, realizados no hospital local também foram analisados, para entendimento do vínculo, responsabilização e da programação efetuada..

Utilização de Sistemas de Informação:

Como fonte secundária foram pesquisadas as bases de dados do SIA - SUS e relatórios anuais de estatísticas ambulatoriais apresentados pelo Hospital Flávio Leal, a produção obtida para estas consultas e exames, no período de julho de 2010 a junho de 2011, com o objetivo de se estabelecer uma série histórica que permitisse a avaliação da produção de consultas e exames, de acordo com os parâmetros da Portaria 1.101 do Ministério da Saúde.

O sistema CNES foi consultado para verificação de cadastro de unidades de saúde, carga horária alocada por profissional e capacidade instalada de equipamentos e espaço físico.

O SIAB foi pesquisado para avaliação de indicadores apresentados na Estratégia Saúde da Família, relacionando a Atenção Básica da rede com a média complexidade, bem como para coleta de dados relacionados ao percentual de encaminhamentos.

Outro sistema importante foi o SISMARC (Sistema de Marcação de Consultas da SMS Pirai) onde se verificou os agendamentos, produção realizada, histórico de pacientes, filas de espera e demandas reprimidas por especialidades.

A implantação do SISREG, sistema de agendamento criado pelo Ministério da Saúde, foi acompanhada e monitorada, para observação de sua funcionalidade, comparado ao sistema local.

Fluxograma descritor:

Os dados foram coletados através de entrevista fechadas (roteiro em anexo) com cinco operadoras da Central de Marcação da SMS, após aprovação do projeto pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, o CONEP, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde se buscou saber: como chegam as solicitações de consultas e exames, qual sistema ou mecanismo utilizado para agendamento, tempo gasto em cada método de trabalho adotado, quais as facilidades e dificuldades observadas em cada método, o caminho percorrido pelo usuário desde sua entrada no PSF, existência ou não de critérios de regulação e priorização dos agendamentos. Foram ainda complementados pela análise das quantidades de fichas de referência, no setor de marcação, bem como nas unidades de saúde, uma vez que existiam ainda duas formas de fluxo em funcionamento, ou seja, o agendamento realizado diretamente pelas unidades de saúde no hospital local e no centro de saúde, e outro através de encaminhamento para a SMS, setor de marcação.

Também foram coletados dados, tais como: logística de chegada e envio dos agendamentos para as unidades, critérios de autorização dos exames e consultas, prazos para marcação e porcentagem de absenteísmo observado nas especialidades.

Entendendo o fluxograma descritor como uma dinâmica de ações em movimento, sua utilização permitiu um olhar de operacionalização do trabalho cotidiano da marcação de consultas e exames, bem como na ação de observar, relatar e analisar o serviço de saúde do ponto de vista macro e micro-estrutural. Contribuiu ainda na apropriação dos processos vividos pelos funcionários, possibilitando um começo de mudança no modelo de trabalho, a partir das análises realizadas. Com este instrumento foi possível também interrogar a organização do funcionamento da marcação de consultas, revelando-se as relações estabelecidas entre os trabalhadores e destes com os usuários, os nós críticos da dinâmica dos agendamentos e do acesso (Merhy et al, 1997).

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Atenção básica, média e alta complexidade no SUS

A Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define assim a atenção básica em saúde, em seu anexo:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (...).

A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Portanto, a atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, ou seja, a porta de entrada do usuário, que permite o acesso empregando minimamente tecnologia de baixa densidade, representada por procedimentos mais simples e baratos, com capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde da população, embora possa demandar serviços de maior complexidade (Brasil, 2006).

A mesma portaria refere como equipe multiprofissional mínima para atuação neste nível de cuidado, em uma unidade básica de saúde ou em Saúde da Família, o médico, o enfermeiro, o cirurgião-dentista, o auxiliar em saúde bucal, o técnico em saúde bucal, o auxiliar ou técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde.

Em Starfield (2002), descreve-se a Atenção Básica como “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Percebe-se que as unidades de atenção básica em saúde, na medida em que dialogam com a comunidade na qual estão inseridas, tornam a pessoa participativa em seu próprio processo de cuidado, numa efetiva caminhada na promoção da vida. A autora define que:

“A atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento” (p. 20)

Contudo, aponta que existem em menor escala proporcional profissionais qualificados em empreender cuidados em atenção básica do que especialistas, como cardiologistas, obstetras, etc. Segundo a mesma autora, tal fato deve ser repensado, na medida em que a prevenção transcende enfermidades específicas. Além disto:

“A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (...) oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela [atenção primária] integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (p. 28)

A partir do atendimento das necessidades básicas da saúde local, deve-se garantir “fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”.

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao usuário.

Ao definir que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, a Constituição Federal e a Lei nº 8080/1990, traçaram como princípios, entre outros:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (...).

Assim, surge o grande desafio de proporcionar acesso à população, historicamente desassistida em saúde, e ainda garantir continuidade desta atenção nos diversos níveis de complexidade, ampliando redes e reduzindo as desigualdades.

Importante ressaltar a relação entre a atenção básica e a média e alta complexidade.

Por outro lado, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), define média e alta complexidade em saúde, conforme se segue “A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática

clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento”.

No material de apoio conhecido como O SUS de A a Z, fornecido pelo Ministério da Saúde, construído conjuntamente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), temos em acréscimo a esta definição, uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos traumato-ortopédico;
- ações especializadas em odontologia;
- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;
- radiodiagnóstico;
- exames ultra-sonográficos;
- diagnose;
- fisioterapia;
- terapias especializadas
- próteses e órteses;
- anestesia.

No mesmo material de apoio, encontramos a seguinte definição de alta complexidade:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são:

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- assistência ao paciente oncológico;
- cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- procedimentos da cardiologia intervencionista;

- procedimentos endovasculares extracardíacos;
- laboratório de eletrofisiologia;
- assistência em traumatologia-ortopedia;
- procedimentos de neurocirurgia;
- assistência em otologia;
- cirurgia de implante coclear;
- cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos em fissuras lábio-palatais;
- reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- cirurgia reprodutiva;
- genética clínica;
- terapia nutricional;
- distrofia muscular progressiva;
- osteogênese imperfeita;
- fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A fragmentação dos procedimentos em níveis de atenção tem uma conotação fortemente definida pelos custos e densidade tecnológica envolvida, ou seja, determinados procedimentos são inviáveis de serem realizados na atenção básica pelo aporte que necessita.

É difícil se fixar uma relação definitiva de média e alta complexidade, porém observa-se que o MS utiliza freqüentemente em suas normas o conceito de “redes de alta complexidade”, enquanto a literatura sobre o assunto aborda redes como organizações sistêmicas que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos, manifestados no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de

contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, por meio de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua à população – no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população. (MENDES, 2006).

No Brasil, a maioria destes procedimentos têm sido contratados e ou conveniados com os serviços de saúde, privados com fins lucrativos, filantrópicos ou universitários, de acordo com a disponibilidade de oferta da região. Verifica-se que culturalmente, a população brasileira procura acesso ao sistema de saúde, espontânea e voluntariamente nos hospitais de média complexidade e nos serviços de especialidades. Este fato gera uma enormidade de custos (gasto ineficiente), considerando que a verdadeira porta de entrada deveria ser a atenção básica.

Pior que esta inversão de relação, é a falta de articulação regional, gerando os altos custos em saúde, e perpetuando a desigualdade regional, com oferta de serviços desorganizados e ineficientes.

A proposta de construção das redes de atenção representa uma alternativa e ao mesmo tempo um desafio de se ofertar à população uma assistência de qualidade e de eficiência.

Segundo Mendes (2007), as redes de atenção à saúde, ainda que tenham suas origens na década de 20, no Reino Unido, toma forma, contemporaneamente, com os sistemas integrados de saúde, uma proposta surgida no início dos anos 90, nos Estados Unidos. Isso significa que foi gestada modernamente no ambiente de um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado. Dos Estados Unidos foi levada, com as adaptações necessárias, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países.

O mesmo autor ressalta que a atenção integrada deve ser compreendida como um meio de melhorar o acesso, a qualidade, a satisfação do usuário e a eficiência dentro de um quadro de melhoria da equidade. Enfatiza que a continuidade é de suma relevância, observando-se que ela contempla as experiências dos pacientes ao longo dos sistemas de saúde, apresentando três definições: a longitudinalidade ou continuidade do profissional (ver sempre o mesmo profissional todo o tempo); a continuidade através dos níveis primário e secundário (o plano de referência entre atenção primária e secundária); e a continuidade da informação (registros clínicos compartilhados).

Considerando o papel dos profissionais, a educação e a organização do trabalho, não se tem estímulos para a integração. Em geral os médicos são socializados para prestar serviços

peçoais e para ignorar a complexidade das organizações. São treinados para a fragmentação e para a especialização (OMS, 2003).

A seleção dos profissionais deve se dar não somente por conhecimentos, mas por valores sociais e pela capacidade de comunicação, criando sistemas de educação permanente ao longo de toda vida profissional.

Segundo Mendes (2007) considerando a crescente evolução das enfermidades crônicas, até 2020, as condições crônicas, incluindo lesões como as causadas por acidentes de trânsito que resultam em invalidez e os distúrbios mentais, serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento. Esse movimento será reforçado pela transição demográfica que aumenta a incidência e prevalência dos problemas crônicos de saúde. Além disso, mudanças rápidas nos padrões de consumo e nos estilos de vida favorecem as condições crônicas. Tabagismo, ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de álcool e drogas, práticas sexuais de alto risco e estresse social descontrolado, são as principais causas e fatores de risco para as condições crônicas. Dez milhões de óbitos irão acontecer a cada ano até 2030, devido ao tabagismo e 70% delas ocorrerão nos países em desenvolvimento. Certamente, esta situação é relativamente pior nos países em desenvolvimento, onde se manifesta a dupla carga das doenças e, em decorrência dela, o duplo risco porque esses países enfrentam, concomitantemente, duas importantes e urgentes preocupações de saúde: a persistências das doenças infecciosas e nutricionais e a escalada rápida das doenças crônicas como as cardiovasculares, diabetes, câncer, depressão etc.

Em contrapartida, os sistemas de saúde não estão preparados para enfrentar estes problemas, destacando o modelo hegemônico, voltado para as doenças agudas e emergenciais, mesmo nos países mais desenvolvidos. Ainda segundo a OMS, para aprimorar os sistemas de saúde é essencial uma mudança de paradigma desenvolvendo um sistema de saúde integrado, enfatizando a promoção e a prevenção das doenças, bem como valorizando a atenção às famílias e às comunidades.

Mendes (2007) cita alguns problemas que justificam o desenvolvimento das redes de atenção à saúde: listas de espera pela utilização inadequada da atenção especializada, capacidade instalada ociosa, sobre-utilização dos serviços, e a falta de resolutividade dos diversos níveis de complexidade do sistema. Para este autor a solução é a integração dos sistemas ofertando serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma coordenada, organizados por um sistema de informação contínuo, e com foco no usuário.

Neste aspecto, a atenção primária à saúde deve ser fortalecida, uma vez que a longitudinalidade supõe o acompanhamento pelo médico generalista, gerando ganhos de eficiência, evitando-se gastos com repetições desnecessárias de exames e coletas de histórias clínicas.

Mendes (2001) ressalta as dificuldades ocasionadas pela fragmentação dos sistemas de saúde, caracterizada por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, e ainda pela ausência de coordenação dos pontos de atenção à saúde. O ideal seria um sistema que ofertasse serviços de forma contínua por meio de vários pontos de atenção coordenados, com logística potente e resolutiva.

Para a Organização Pan Americana da Saúde (1998) ao se discutir as redes de serviços de saúde, deve se efetuar um diagnóstico dos recursos desta rede, e sua produção de serviços (oferta), identificar os principais fatores que afetam a produção de serviços, estimar a demanda da atenção de saúde da população, determinar as brechas de atenção (estudo da oferta e da demanda) e ainda identificar e propor alternativas de solução que permitam dar conta das necessidades de serviços não cobertos.

1.2 Regionalização e descentralização na busca pela integralidade

O Pacto pela Saúde (portaria GM/MS 399 de 22/02/2006) destaca os seguintes eixos prioritários: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida preconiza o fortalecimento da atenção básica, destacando a estratégia de Saúde da Família como ação prioritária, garantindo recursos materiais, insumos e equipamentos , bem como seu financiamento, promovendo a fixação dos funcionários, através do favorecimento do vínculo empregatício. Importante ressaltar a preocupação com o processo de monitoramento e avaliação das ações, com vistas á qualificação da gestão descentralizada.

Aprofundando as questões das dificuldades regionais com serviços de média e alta complexidade, O Pacto de Gestão dá ênfase aos processos de descentralização e regionalização, considerados essenciais para a promoção da equidade e da integralidade, uma vez que possibilitam a otimização dos recursos e a racionalização dos gastos em saúde:

“Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico

e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso e serviços de saúde existentes no país”.

A idéia da regionalização diz respeito à relação dos serviços de saúde e de um conjunto de serviços de saúde em vários níveis de atenção com determinado território, de modo que a unidade (ou conjunto de unidades) possa assumir a responsabilidade, por dar a resposta às necessidades dos serviços de saúde da população que vive nesse território (MATTOS, 2001).

Para Pinheiro (2001), as necessidades de saúde de uma população, para serem entendidas requerem a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural, social e de compreensão da saúde e da doença, bem como a possibilidade de se perceber e construir novos caminhos para este entendimento. Ainda ressalta a importância da livre escolha terapêutica dos usuários.

Neste mesmo sentido, e valorizando o entendimento de como ofertar serviços que atendam às necessidades dos usuários, a integralidade pode ser vista como uma ação social que resulta da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta, na produção do cuidado em saúde para garantia da vida em sentido mais amplo (PINHEIRO, 2003).

Neste processo de reorganização das demandas e ofertas de um sistema de saúde, contemplando os princípios da universalização, da equidade e da integralidade, inúmeros artigos revelam a importância de se valorizar a escuta qualificada, o acolhimento e a humanização. Para dar continuidade a este processo, tem-se a reflexão sobre o cuidado em saúde, que na visão de Silva Júnior, Almeida Alves e Melo Alves (2005); tem como característica o encontro entre pessoas que trazem sofrimentos, necessidades (usuários), e outras pessoas que dispõem de conhecimentos ou recursos que podem auxiliar na resolução destes problemas apresentados (profissionais). Seria um momento de trocas de sentimentos e emoções que podem auxiliar ou dificultar o entendimento entre as partes .

Para proporcionar o verdadeiro entendimento das relações entre demandas da atenção básica e média e alta complexidade torna-se imperativo ordenar o sistema, traçando as chamadas redes ou tramas, que conduzem o usuário a um começo, meio e fim. O problema é que as dificuldades de se proporcionar o acesso às vezes embaraçam de tal forma esta relação, que o usuário nem sabe mais onde começou e onde vai terminar sua peregrinação pelos vários serviços, que lhe são demandados, e nem sempre, verdadeiramente devidos.

É esperado que a atenção básica seja capaz de dar respostas à maioria dos problemas de saúde de uma comunidade, e a partir daí as necessidades não atendidas seriam

encaminhadas a outros níveis de atenção mais complexos, média e alta complexidade, estabelecendo um fluxo contínuo de atenção, a ser acompanhado e superado com envolvimento e responsabilidade. Nem sempre esta linha se completa, pela indisponibilidade de serviços ou pela desorganização dos sistemas.

Mattos (2001) ressalta na dificuldade do traçado deste fluxo de cuidado as questões que envolvem o território, a dificuldade de locomoção dos usuários, o local onde reside ou o local onde trabalha, onde passa a maior parte do dia deveriam ser consideradas na perspectiva de se eleger o melhor fluxo para seu atendimento. Cita o exemplo das pessoas que residem longe do local de trabalho, onde passam a maior parte de seu dia, sendo impossível seu vínculo com a equipe de PSF de sua comunidade adscrita (territorialização da vida social). Para garantir a continuidade do atendimento, a referência para demais níveis de atenção, deveria ser compatível com a facilidade de deslocamento deste usuário, considerando tempo de deslocamento, transporte, valores de passagens, entre outros. Porém na prática, as ofertas se concentram na disponibilidade dos serviços ofertados e não na conveniência do usuário. Assim pode-se entender que reordenar os fluxos para dar continuidade ao atendimento de um usuário nem sempre passa simplesmente pela tarefa de um gestor criar normas e rotinas, e talvez seja mais adequado trabalhar um fluxo que realmente responda às necessidades das pessoas (MATTOS, 2003).

Para Cohn et al. (1999), o critério de proximidade geográfica da moradia como facilitador do acesso da população aos serviços de saúde não garante o acesso real, pois outros fatores como informação, qualidade do atendimento, a identificação da clientela com o serviço, bem como as resistências colocadas pelas instituições, permeiam a relação acesso /utilização:

Acessibilidade, portanto não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade, tal como destacam os documentos das políticas de saúde neste país, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade pela presença física dos recursos das áreas onde residem. A acessibilidade requerida pela população usuária corresponde à relação funcional formulada entre as resistências que são oferecidas pelo próprio serviço que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores que se expressam nas razões para o bom atendimento por parte de quem é atendido e conforme seu perfil de demanda (p.22).

1.3 Integralidade

De acordo com Mattos (2004), na literatura existem várias associações entre acesso e integralidade, como sinônimos de garantia a todos os níveis do sistema de serviços de saúde. Segundo a Constituição brasileira é dever do Estado garantir “o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação”. Em se tratando de umas das diretrizes básicas do SUS, destaca-se no texto da Constituição uma aproximação de conceitos, já que fala em "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (Brasil, 1988, art. 198). O termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.

De acordo com Costa (2004), não há possibilidade de integralidade e equidade sem a garantia de acesso. Cecílio (2001) afirma que estes dois conceitos, integralidade e equidade constituem os objetivos da atenção à saúde, fortalecendo a importância da organização dos fluxos, articulações e processos de trabalho, bem como necessidade de gestão, planejamento e adoção de novas práticas em saúde.

Segundo Conill (2004), no Brasil a integralidade surgiu em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISMC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS. Percebe-se que no Brasil o conceito de integralidade está associado à oferta de vários serviços, em caráter contínuo e coordenado. Para este autor não basta o município ofertar uma gama variada de serviços, deve ser uma preocupação se a oferta realmente se remete a cuidados integrados e coordenados. Esta idéia é compartilhada por Hartz e Contadriopoulos (2004), que defendem as redes assistenciais organizadas, citando a necessidade de mecanismos de cooperação e coordenação responsáveis por uma gestão eficiente, que garanta a saúde dos indivíduos em âmbitos locais e regionais.

Ainda de acordo com Hartz (2004), o “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado, ligados por “corredores virtuais” que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação.

Para Giovanella (2000), segundo a NOB 01/96 a atenção integral é aquela que agrega “ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde” (Brasil, 1996). Para a autora integralidade é um requisito da efetividade/qualidade da atenção, levando em conta a estrutura

e processo de atenção à saúde, favorecendo assim melhor desempenho sob a forma de resultados. Segundo a autora, avaliar a integralidade de um sistema municipal é fundamental para se obter dados de efetividade deste sistema.

Assim, sob a ótica de diversos autores, ter claros e definidos alguns conceitos de integralidade e ainda considerar a importância da avaliação de sistemas municipais de saúde a partir desta diretriz, auxilia de forma considerável a confecção de instrumentos de avaliação, gestão e aprimoramento, uma vez que ofertar integralidade representa o atendimento às pessoas de forma global e holística, respeitando suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais. Então podemos definir integralidade como a garantia articulada, para os indivíduos e populações, de ações sanitárias de três tipos: ações de promoção da saúde, ações de prevenção de enfermidades e de acidentes e ações de recuperação (cura e reabilitação). No que concerne às ações de recuperação estas englobam os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária (ou básica, média e alta complexidades). Um sistema articulador de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em dupla dimensão: individual e coletiva.

Para alcançar este grande desafio de ofertar integralidade, Schaiber (1999), ressalta a dificuldade cultural para romper as ações médicas especializadas, tradicionalmente cristalizadas, e que segundo ele, produzem o isolamento do trabalho especializado nos serviços de saúde, em contrapartida com o ideal que seria o trabalho em equipe (multidisciplinar), difícil de ser alcançado segundo o autor.

1.4 Oferta e demanda de serviços de saúde no SUS

De um lado, a quantidade de um bem ou serviço que a população está propensa a adquirir e/ou disposta a 'pagar' por ele, demanda. Do outro, volume de serviços ou bens que fornecedores e/ou prestadores estão dispostos a vender, a um dado preço e determinada altura, denominado de oferta.

Esses conceitos clássicos da economia, demanda e oferta de bens e serviços do SUS, constituem importantes reflexões teóricas sobre o mercado em saúde no Brasil, principalmente no âmbito da economia da saúde, seja em nível macro ou micro (SANTOS,2002). Para este autor busca-se entender como os determinantes econômicos se comportam no setor saúde e quais as repercussões para a consolidação do SUS, em especial no que tange ao princípio da equidade, visto como expressão da justiça no acesso à saúde,

direito de cidadania. Importa entender como a demanda da população é percebida como expressão das exigências humanas mais essenciais para se ter ou conquistar saúde, considerando a relação subjetiva que se estabelece entre profissionais e usuários.

Parte-se da premissa que a desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas trazidas pelos usuários do SUS, calcada na dificuldade em se realizar melhor escuta às necessidades de saúde da população pelos profissionais, repercute em iniquidades no acesso e em ineficiência do sistema de saúde.

Nessa perspectiva, a concepção de oferta se insere e se expressa na produção de ações de saúde no âmbito da política pública, por meio da articulação contextual entre rede física e uso adequado de equipamentos, profissionais e tecnologias para atender às demandas da população.

Significa dizer que o sentido de oferta de serviços, para a saúde, imbrica-se nos determinantes do modelo de atenção, transcendendo o enfoque das trocas de mercado inerente ao ambiente econômico. Por demanda dos usuários ao SUS se entende a procura por determinados tipos de serviços e/ou profissionais para resolverem seus problemas de saúde. A dissonância entre as razões que levam as pessoas a buscarem os serviços de saúde e a capacidade dos profissionais em escutá-las adequadamente, respondendo de maneira satisfatória para ambos, ou o mais próximo possível disso, constitui aspecto central para a gestão dos sistemas de saúde (CAMPOS, 2006).

Ou seja, a condição de liberdade de escolha das pessoas que procuram serviços de saúde, em especial nas situações agudas de enfermidade, é restrita e vulnerável. São falhos ou inexistentes os determinantes clássicos da demanda para o caso da saúde, uma vez que os usuários não detêm informações suficientes para escolha racional dos bens e serviços, não são tidos como os melhores ‘juízes’ do seu próprio bem-estar e nem capazes de planejar sua demanda e consumo, principalmente no contexto do modelo biomédico de atenção à saúde (YUNES, 1998).

A ‘acessibilidade’ dos serviços de saúde, ou a adequação da forma de organização dos profissionais e tecnologias às necessidades dos usuários passa pela inversão na lógica com que os mesmos foram organizados no SUS. Ao invés de se criar demandas a partir da oferta indiscriminada e desigual de serviços, esses é que devem se estruturar a partir das exigências e demandas dos cidadãos. Nisso reside uma mudança de termos e sentidos no acesso ao SUS, onde o paciente deixa de esperar passivamente pelo que lhe é de direito, assumindo a perspectiva crítica de protagonizar a conquista de sua saúde e da comunidade a que pertence. Trata-se de se ampliar a equidade e a pluralidade que ela assume no âmbito do

SUS, ou seja, no tratamento igual para necessidades iguais, na igualdade de oportunidade na utilização de serviços, no uso igualitário e a partir das necessidades humanas, ou na saúde como bem público para todos. Tal premissa se traduz na redistribuição mais equitativa dos serviços voltada a garantir universalidade e democracia no acesso a esses, bem como melhor adequação da oferta às necessidades da população, sobretudo de autonomia, crítica e participação (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Considerando uma forte desarticulação entre atenção básica e a rede de média e alta complexidade, e ainda uma desestruturação das centrais de marcação da maioria dos municípios brasileiros, a fragilidade do sistema implica no estrangulamento da atenção, potencializada pelo sub-financiamento da saúde, com crônica insuficiência de recursos orçamentários destinados ao SUS, e pela inadequação na utilização desses recursos gerada pela falta de planejamento regional do sistema.

O aumento natural da demanda provocado sobretudo pelo envelhecimento da população e maior incidência das doenças crônicas exigem cuidados contínuos, que impactam cada vez mais o sistema de saúde. Este fator demanda um maior investimento na atenção básica e um redimensionamento nos serviços especializados. Ressalta-se a pouca ênfase às ações de promoção e prevenção, ausência ou precarização na utilização de protocolos clínicos, com baixa resolubilidade dos casos.

A falta de recursos humanos é outra fragilidade, com dificuldades nas contratações e precarização dos vínculos empregatícios, ocasionando a não fixação dos profissionais, principalmente médicos nas unidades de saúde, especialmente na atenção básica.

A instituição dos Colegiados de Gestão Regionais, atualmente Comissão Intergestores Regionais (CIR), prevista pela portaria que divulga o Pacto pela Saúde, 2006, no capítulo referente ao Pacto de Gestão, constitui-se de importante mecanismo de conquista da regionalização: “ O Colegiado de Gestão Regional constitui-se num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive.” (Brasil, 2006).

Mais recentemente com a publicação do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que prevê a regulamentação da Lei nº 8080 para o fortalecimento do SUS, regulando sua estrutura organizativa, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, destaca-se o papel das Comissões Intergestoras Regionais, que além de pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção, atuarão também em aspectos financeiros e administrativos da gestão

compartilhada, reafirmando esta posição através de outros capítulos da referida portaria, onde se verifica a preocupação em dar transparência e essa estrutura, garantindo maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos.

Este decreto reforça ainda a necessidade da integralidade da assistência aos usuários, garantindo seu referenciamento na rede regional e interestadual, citando a Relação Nacional de Ações e Serviços de saúde, a RENASES, relação esta a ser atualizada a cada dois anos pelo MS, onde se revelam todas as ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS. Complementando a garantia à assistência à saúde, estabelece as diretrizes gerais sobre as Regiões de Saúde, pela integração dos limites geográficos, referências e contra-referências.

Consolidando a proposta deste decreto, o documento cita ainda a organização do Contrato Organizativo de Ação pública da Saúde, o COAP, cuja finalidade é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Somam-se a estas diretrizes a definição dos Mapas de Saúde, ou seja, a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; as Portas de Entrada sempre ordenadas pela Atenção Básica; os Serviços de Acesso Aberto (serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial) e ainda o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

1.5 Regulação

Seguem alguns conceitos de regulação segundo Aurélio: sujeitar as regras a serem dirigidas, regular, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições,

regulamentar, estabelecer regras, regularizar, estabelecer ordem, acertar, ajustar, conter, reprimir, moderar, conformar, aferir, confrontar, comparar, dentre outros.

Considerando a necessidade eminente de se reorganizar e estruturar as ações de regulação, controle e avaliação para o fortalecimento de instrumentos de gestão que garantam integralidade, acesso equânime e qualificado aos serviços de saúde, o MS institui através da portaria GM nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2008).

Esta portaria dimensiona as ações da regulação em três diretrizes, a saber: Regulação dos Sistemas de Saúde, que tem como objetos os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos os gestores públicos, considerando os princípios e diretrizes do SUS para a definição de macrodiretrizes para a regulação da Atenção à Saúde, com ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; Regulação da Atenção à Saúde, a ser exercida pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, considerando a pactuação firmada no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, tendo como objetivos a garantia de uma adequada prestação de serviços à população, sendo seu objeto a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, aqui representados pelos prestadores privados e públicos, controlando a demanda e a oferta de serviços e por último a Regulação do Acesso à Assistência, ou Regulação do Acesso, que preconiza a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

Magalhães Jr. (2006) em sua análise das políticas de regulação, que estas buscam um equilíbrio entre três objetivos: 1) o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas; 2) a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; e 3) a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios.

1.5.1 A regulação no Sistema de Saúde Brasileiro

A regulação da saúde pelo Estado brasileiro tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços adotado ao longo do tempo. Entende-se, aqui, o processo de regulação como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva

do ato de saúde pelos serviços de saúde. A regulação já se fazia presente nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), na medida em que foram estabelecidas regras para a utilização de serviços e medicamentos, bem como ofertados serviços de saúde para seus beneficiários, estabelecendo regras de utilização. Nos IAPs, como o modelo adotado foi o da compra de serviços, em detrimento da sua prestação direta pela Instituição, essas ações se intensificaram. Todas se caracterizam como regulação dos serviços de saúde. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, esse processo se acelerou e a assistência médica prestada pelo Estado passou a ocorrer basicamente pela aquisição de serviços privados. Como o INPS necessitava de uma enorme rede de prestadores espalhada por todo o país, o processo de formação dessa rede poderia ser caracterizado como o primeiro e mais importante mecanismo regulatório praticado pela Instituição. Os critérios utilizados, bem como o perfil da rede credenciada, definiram inicialmente o tipo de assistência a ser praticado a partir daí. Portanto, esse modelo adotava um modo de regulação, junto aos seus prestadores, nos mais variados formatos: regulação comercial, administrativa, financeira e assistencial. A relação comercial e de pagamento com os seus credenciados definiu a relação e o padrão assistencial. Ao se optar pelo pagamento por procedimentos via Unidades de Serviços (US), direcionou-se toda a rede prestadora para uma lógica de produção de atos isolados e de maior custo. A operação administrativa oriunda desse formato comercial seria outro aspecto regulatório definidor da assistência. Os mecanismos e fluxos de controle e avaliação definidos passaram a induzir fortemente o tipo de assistência prestada pela rede credenciada. As revisões administrativas, glosas, autorizações definiram o que podia ou não ser feito e padronizaram a operação dos prestadores. Outro aspecto foi a regulação financeira, que ocorreu fundamentalmente pelas restrições orçamentárias e a definição dos valores em uma tabela de remuneração. A capacidade de pagamento de valores de procedimentos definiu quais ações seriam feitas em maior ou menor quantidade e que acesso seria permitido aos usuários do sistema. Esse processo se aprofundou com a expansão dos serviços privados de saúde pelo Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), em 1978, que atuava junto aos prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário, buscando controlar principalmente a produção e os gastos na assistência médica aos segurados. Era, portanto um modelo de controle de gastos, com excessiva normatização, regras e fluxos. O processo regulatório era tão intenso, com relação a custos, que limitava exames por percentuais das consultas, visando o controle da prestação de serviços (BRASIL, 1982). Este modelo de regulação se destacava pela excessiva centralização, verticalização das ações, decisões e normalização

centrais, e ainda pela dualidade advinda de diferentes culturas institucionais, que ocasionavam a fragmentação das ações de promoção da saúde. Então se verificava uma administração de controle e avaliação contábil-financeira, e ainda por métodos de organização de serviços e avaliação com base em programas verticais de saúde pública (MERHY, 1992). Observa-se que alguns conceitos advindos do núcleo central do extinto INAMPS se destacam tais como: A noção de "controle", que pode ser tomado como o acompanhamento permanente do processo de execução de uma ação, buscando sua conformidade com o que foi prescrito, e se o que está sendo realizado aproxima-se de um parâmetro, de um limite prefixado, ou se estão ocorrendo distorções. O controle pode ser prévio, concomitante ou *a posteriori* do processo em acompanhamento. A noção de avaliação como um processo de determinação, sistemática e objetiva, dá relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, na programação e tomada de decisão. Consiste, ainda, em um modo de aprendizagem pela experiência, levando a um melhor planejamento. E por fim a auditoria como um conjunto de técnicas destinadas a avaliar processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada com determinados critérios técnicos, operacionais ou legais. A finalidade da auditoria é comprovar a legalidade e legitimidade dos atos e fatos e avaliar os resultados alcançados quanto aos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade da gerência ou gestão orçamentária, financeira, patrimonial, operacional, contábil e finalística de unidades ou sistemas (Brasil, 2001).

Assim percebe-se que o Sistema de Saúde Brasileiro já vivenciou, em diferentes épocas, algum tipo de regulação imposto pelo Estado. Pode-se citar como impactante o surgimento do CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, em 1981, que tinha por finalidade racionalizar os serviços médicos prestados, tendo como estratégia a regulação das ações de promoção, preservação e recuperação da saúde da população.

Na ótica econômica, surge o controle e a racionalização dos serviços e gastos, com a inclusão de novo sistema de contas e reforço de estrutura de controle e avaliação. Na perspectiva assistencial, a estratégia é de reorientação do modelo, até então meramente curativo, para as Ações Integradas de Saúde – AIS. Os objetivos principais eram possibilitar o desenvolvimento do sistema estadual de saúde, estendendo progressivamente a cobertura dos serviços de saúde, buscando a universalização progressiva do acesso às populações urbanas e rurais, beneficiárias ou não da Previdência Social (BRASIL, 1983). Destaca-se neste período

a Programação das Ações Integradas (POI), e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Começa a se desenhar um sistema universal, integrado, regionalizado e hierarquizado. A liberação de verba do INAMPS para construção de unidades de saúde nos estados e municípios, oferecendo assistência gratuita a toda população foi uma grande conquista, de controle tripartite (MS/Inamps/Secretarias Estaduais).

Em 1986 com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), surge finalmente um modelo de saúde que proporcionará ao país a possibilidade do exercício pleno da sabedoria, pregando a saúde como direito, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. A VIII CNS também conquistou a possibilidade de formação de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que defendia o comando único para a saúde e um orçamento social unificado.

Após a conferência surge o SUDS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde como um prenúncio do SUS, dando prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização do sistema. mas que mantinha o INAMPS como controlador e financiador do sistema. Finalmente se firma o SUS com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) e a Lei Complementar 8.142, sendo ainda implementadas pelas políticas normativas sugeridas pelo Executivo, como as Normas Operacionais Básicas, as NOBS. As normas operacionais tinham como objetivo normatizar e organizar, definindo-se como instrumentos de regulação. A NOB SUS 01/91 favoreceu a participação dos municípios no sistema de saúde, mas tinha como ponto negativo a valorização da assistência em detrimento de procedimentos coletivos, e ainda a desvalorização do papel do Estado, perdendo-se a garantia dos fluxos de referências regionais. Como destaque da NOB 01/93 pode-se citar a transferência fundo a fundo para os municípios e a criação das CIBs, que garantem até hoje o relacionamento entre gestores, estados e União.

A NOB SUS01/96 proporcionou uma consolidação do papel do poder público frente à sua população, redefinindo responsabilidades dos estados, distrito federal e união. A Atenção Básica passa ser responsabilidade dos municípios, aumenta a transferência fundo a fundo com participação percentual, reduzindo o faturamento por produção. Grande destaque para o fortalecimento da gestão com a participação das CITs, CIBs garantindo espaço para pactuação e negociação, fortalece a pactuação entre gestores garantindo o acesso aos usuários nas referências (Criação da PPI), aprimora mecanismos de controle, avaliação e auditoria. Promove ainda a reorganização da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família e Pacs.

Em 2001, surge a edição da Norma Operacional da Assistência – NOAS, reafirmando a necessidade de organização de fluxos de referência e contra-referência, com a implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços. A regulação, então passa a ser entendida não pela assistência, mas pelas centrais de marcação, e ainda através de recursos gerenciais que atuam no acesso dos usuários aos serviços de saúde, como também pelo controle e a avaliação dos serviços prestados (Brasil, 2001). Este instrumento apresentado pela NOAS, para viabilizar a regulação, constitui-se no Complexo Regulador, ou seja, um conjunto de estratégias e ações definidas pelos agentes responsáveis pela formulação das políticas e pela produção dos serviços de saúde, necessários ao atendimento integral ao indivíduo.

Alguns autores, como Batista (2000), afirmam que a organização do complexo regulador, exercendo a função reguladora, permite ao sistema de saúde a superação da fragmentação da assistência. Entende-se esta organização pela relação estreita entre os vários níveis de serviços, ambulatoriais, hospitalares, formando uma rede de atenção e qualificando o fluxo de pacientes no sistema.

1.5.2 Mecanismos e instrumentos de regulação assistencial

Destacando-se como instrumento de fortalecimento da gestão, a regulação assistencial pode garantir ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática de respostas às demandas em saúde em seus diversos níveis e etapas de processo de assistência, integrando-as às necessidades sociais e coletivas. Assim pode atuar sobre o acesso dos usuários aos serviços, bem como sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para ampliar ou reajustar a oferta programada (CONASS, 2007).

Enquanto alguns instrumentos são úteis ao desempenho de mais de uma das funções – controle, regulação ou avaliação – outros são mais específicos, cabendo ao Ministério da Saúde promover apoio e estímulos à cooperação técnica para sua implementação nos estados e municípios (BRASIL, 2008).

Assim se tem os seguintes instrumentos de regulação:

Centrais de Regulação

As Centrais de Regulação consistem em estruturas de operacionalização da Regulação do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas, exames, internação atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, gestante de alto risco, etc.

Seu aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico dependerá, entre outros, de sua área de abrangência, de suas unidades de trabalho, da densidade das áreas assistenciais associadas e de sua interface com processos de gestão do SUS, em especial na área de controle e avaliação.

Para operacionalização das Centrais de Regulação poderá ser utilizado o SISREG-Sistema de Informação da Regulação ou outros instrumentos congêneres.

As Centrais de Regulação podem utilizar ainda de outros mecanismos, para operacionalizar suas atribuições, de acordo com a Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008):

1- Protocolos clínicos

Visam garantir a alocação do recurso terapêutico e propedêutico mais adequado a cada situação clínica considerada. Deverão ser empregados para padronizar o uso de recursos terapêuticos e propedêuticos estratégicos, seja pelo alto custo, disponibilidade inferior à demanda ou pela importância para a qualidade da assistência.

Os protocolos devem ser elaborados a partir das colaborações da comunidade acadêmica, do corpo técnico do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais, dos conselhos profissionais, da análise de experiências de outros países, dentre outras fontes. Importante ressaltar que esses protocolos ao serem construídos coletivamente, representarão a validação de um rico processo de trabalho em equipe..

2-Protocolos Operacionais

Os gestores estaduais e municipais utilizarão os protocolos como referências, a partir das quais os gestores farão as adequações às situações específicas, em termos de prioridades, recursos disponíveis, quadro epidemiológico, etc.

Os protocolos deverão ser pactuados entre os gestores, formalizados e implementados nas unidades de saúde e nas comissões autorizadas.

3- Centrais de marcação de consultas e exames

Forma organizativa de encaminhamento de pacientes para consultas e exames, garantindo o atendimento, o acompanhamento da PPI e das referências.

4- Centrais de leitos

Forma organizativa de garantir a internação do usuário, e de acompanhar a PPI e as referências.

5-Mecanismos de acompanhamento da PPI e da Programação dos Estabelecimentos

Nos planos de Controle Regulação e avaliação deverão estar previstos mecanismos que permitam confrontar o executado com o programado, através de análise da suficiência dos procedimentos ofertados e da alocação de recursos, realimentando o processo da programação pactuada.

6- Comissões autorizadoras/médicos autorizadores

Organiza os processos autorizativos dos procedimentos especializados, de alta complexidade e de internações que exigem uma análise clínica mais detalhada, subsidiada, quando necessário, por protocolos clínicos definidos.

7- Indicadores e Parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade

Padrões e medidas norteadoras do Planejamento, Programação, Controle e Avaliação Assistencial, adequados à realidade local e definidos pelo gestor com base em parâmetros Nacionais /Estaduais/ Municipais.

8- Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde – CNES

Cadastro atualizado dos Estabelecimentos de Saúde no país, normatizado pela Portaria MS/SAS 511/2000, o qual deve servir de base para a programação, controle, regulação e avaliação das atividades assistenciais.

9- Manuais dos Sistemas de Informações Hospitalares e Informações Ambulatoriais –SIH e SIA

Manuais de orientação disponibilizados aos gestores no site do Ministério da saúde www.saude.gov.br/mweb/homesas.htm , imprescindíveis para o conhecimento das comissões autorizativas /médicos autorizadores dos gestores.

10- Sistemas de Orçamentos Públicos em Saúde- SIOPS

Sistema que padroniza informações de receitas e gastos em saúde das três esferas de governo, disponível no site do Ministério da saúde www.datasus.gov.br (produtos e serviços)

e importante para o conhecimento das áreas de controle e avaliação do SUS. Visa aperfeiçoar as políticas de financiamento e propiciar a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e eficiência dos gastos públicos em saúde.

11- Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários:

Instrumentos que propiciam a avaliação da qualidade da assistência e da satisfação dos usuários do SUS, os quais vem sendo operacionalizados por Estados e municípios, somando-se aos seus próprios instrumentos. Devem ser apropriados pelos componentes municipais /estaduais de Controle, Regulação e Avaliação. Tais como:

- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH
- Sistema de apuração de Cartas aos usuários,
- Disque Denúncia

12- Cartão Nacional de Saúde

Sistema informatizado de base nacional que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde. O sistema é constituído pelo Cartão do Usuário com um número único de identificação em âmbito nacional.

13- Portarias Técnicas

Normatizações oriundas dos Gestores sobre as áreas assistenciais que determinam condutas, procedimentos, estruturas, processos, etc., a serem seguidos no âmbito da gestão do SUS.

A seguir algumas definições ou considerações sobre as centrais de Marcação de Consultas, e as unidades ou atores diretamente envolvidos no processo de trabalho deste setor (objeto da pesquisa) , segundo CONASS, 2007:

As Centrais de Marcação de Consultas e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:

Destinam-se ao gerenciamento das ações de saúde ambulatorial que não tem resolubilidade na atenção primária à saúde, isto é, no encaminhamento do usuário que necessita de consultas com especialistas, de exames especializados ou de terapias.

Para garantir aos pacientes a melhor alternativa terapêutica, mesmo em situações de demanda reprimida ou de escassez de recursos do município, é necessária a presença do regulador. O regulador avalia a necessidade do caso pelo laudo médico, consulta a disponibilidade assistencial mais adequada nas unidades de saúde mais próximas e autoriza a

execução dos procedimentos necessários baseado nas evidências clínicas e na Programação Pactuada Integrada (PPI), se o caso envolver referências intermunicipais.

Unidade Solicitante:

A Unidade Solicitante pode ser qualquer estabelecimento de saúde (unidade básica , especializada ou hospital) que necessite encaminhar pacientes para internações , consultas , exames ou terapias especializadas , por insuficiência ou indisponibilidade da ação requerida.

Uma unidade solicitante pode ser também um centro especializado ou um hospital que trabalhe procedimentos de alta complexidade e que necessite encaminhar o usuário a diferentes especialistas, muitas vezes dentro do mesmo estabelecimento. Assim, esta unidade se comporta como unidade solicitante e executante ao mesmo tempo.

Unidade Executante

As unidades executantes são estabelecimentos que executam procedimentos de média e alta complexidade e que possuem profissionais médicos de diferentes especialidades clínicas e recursos diagnósticos e terapêuticos. Podem ser unidades executantes: os hospitais, os centros ou as clínicas especializadas.

As unidades solicitantes recebem usuários encaminhados por unidades básicas de saúde , de outras unidades especializadas e hospitais e até mesmo por profissionais do mesmo estabelecimento (solicitante – executante).

Reguladores

As atividades dos reguladores se situam na interface entre a rotina clínica e a gestão dos serviços, coordenada pela Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde. O regulador intervém tanto no agendamento de consulta e exames especializados (quando a agenda estiver lotada ou quando a oferta disponível não está prevista em determinada região) como também em situações de internações de urgência .Sua função é checar as evidências clínicas do caso e encaminhar o paciente , mesmo na ausência de agenda ou de recursos, a uma unidade executante a fim de garantir a melhor opção terapêutica possível.

Gestores :

A gestão deve ser exercida pelas Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde , ou conjuntamente, através de um sistema informatizado , e pactuado na CIB .

Coordenadores :

Deve ser nomeado pelo gestor para coordenar a operação da central da regulação. Sua tarefa inclui a administração dos serviços da central, a negociação com os prestadores de serviços e a relação com os profissionais de saúde (dos diversos níveis de atenção) não esquecendo os aspectos epidemiológicos da região.

Sistemas de informação :

O Ministério da Saúde (2001) , considerando a necessidade de estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, desenvolveu um sistema informatizado para apoiar as atividades do complexo regulador. Dessa forma, em 2001 a Secretaria de Atenção à Saúde , em parceria com o DATASUS, desenvolveu o Sisreg, que é um sistema de informação para apoiar os gestores na função de regulação do acesso.

O Sisreg é um sistema de informações on-line disponibilizado pelo DATASUS para o gerenciamento e operação das centrais de regulação. É um programa (software) que funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. O Sisreg é composto por dois módulos independentes : a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH).

O sistema é acessado pelo portal Sisreg, pertencente ao Ministério da saúde e cujo endereço é <http://www.portalsisreg.epm.br.php>. Esse sistema informatizado é destinado a facilitar a operação , o gerenciamento e obtenção de informações nos complexos reguladores , foi concebido de forma modular, permitindo o desenvolvimento e introdução de soluções de parâmetros locais. O primeiro módulo desenvolvido permite o gerenciamento da assistência ambulatorial (consultas e exames especializados). Os demais módulos envolvem a assistência hospitalar.

Trata-se de um sistema de utilização não obrigatória pelos estados e municípios, com manutenção assegurada pelo próprio DATASUS .

Novas versões do sistema foram desenvolvidas, aperfeiçoadas e disponibilizadas pelo DATASUS, sendo que atualmente o sistema é denominado Sisreg 3.

A Central de regulação de Piraí, em fase de reestruturação, implantou o sistema para gerenciar o agendamento das consultas e exames especializados de média complexidade, executados no hospital local.

1.5.3 Parâmetros Assistenciais do Sistema Único de Saúde: Portaria 1.101 (12 de Junho de 2002).

Criada com o intuito de revisar os parâmetros assistenciais em uso no SUS , e ainda de acordo com as necessidades de acompanhar os avanços verificados nos diversos níveis de atenção à saúde , considerando também as necessidades da população, esta portaria

ministerial estabelece parâmetros com a função de instrumentalizar o planejamento, o controle , a avaliação do sistema.

Segundo a portaria a possibilidade de ajustes e reordenação das ofertas varia de acordo com o perfil epidemiológico, sendo devidamente compartilhada pelo controle social , através de aprovação pelos Conselhos de Saúde .

Sua elaboração contou com a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, de profissionais de saúde , de gestores do SUS e da sociedade em geral , através da consulta pública Consulta Publica SAS/MS N° 01, de 08 de Dezembro de 2000.

No parágrafo único do artigo 1º revela-se que os parâmetros representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

O estabelecimento de parâmetros assistenciais possibilita entre outros, subsidiar:

- Análise da necessidade de oferta de serviços assistenciais à população;
- Auxílio na elaboração do Planejamento, da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI);
- Auxílio no acompanhamento, Controle, Avaliação e Auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS.

Foram ainda considerados na elaboração deste documento, parâmetros assistenciais internacionalmente reconhecidos, com dados da OMS e da OPAS; estatísticas de produção do SUS , incidências nacionais , por especialidades dos últimos 3 anos; e ainda o número de internações hospitalares , de consultas médicas , odontológicas , de enfermagem e outras , de serviços complementares, inclusive diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação , estudos do Ministério da Saúde , realizados com a participação de técnicos de demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país.

Ainda como subsídio foi utilizada a portaria MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) nº 3.046, de 20 de julho de 1982, instituída pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essa Portaria, cujos parâmetros foram por muitos anos utilizados pelos governos municipais, possibilitava o planejamento da assistência coordenado por essa instituição, aplicáveis às previsões orçamentárias e à análise de expansão assistencial, incluindo as propostas de contratos e de credenciamento de pessoas

físicas e jurídicas para a prestação da assistência médica. A retomada sobre os parâmetros assistenciais se deu em dezembro de 2000. Seguidamente, em fevereiro de 2001, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 1101/018, que apresenta uma revisão dos parâmetros assistenciais em uso no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portanto, a Portaria nº 1101/02 é o principal instrumento de avaliação da cobertura assistencial para o planejamento em saúde do SUS, em que se incluem parâmetros de cobertura para estimar a necessidade de atendimento à população e os parâmetros de produtividade para estimar a capacidade de produção de equipamentos, serviços e recursos humanos, físicos e orçamentários.

A organização se deu em parâmetros de cobertura (são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido; e de produtividade (são aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles, humanos, materiais ou físicos).

Em linhas gerais foram definidos os seguintes parâmetros de cobertura assistencial:

1. Parâmetros para o cálculo das consultas médicas e atendimentos odontológicos sobre a população;
2. Parâmetros conforme unidade de medida e por grupo de procedimentos da tabela SIA- SUS;
3. Detalhamento da cobertura das consultas médicas ambulatoriais;
4. Procedimentos para diagnose e terapia sobre consultas especializadas;
5. Número de exames de patologia clínica e radiodiagnóstico, por especialidade médica para cada 100 consultas ;
6. Fórmulas básicas para avaliação do atendimento ambulatorial;
7. Parâmetros para cálculo da necessidade da produtividade ou da cobertura de alguns equipamentos de diagnose e terapia.

Para a cobertura hospitalar foram detalhados:

1. Taxa de permanência hospitalar;
2. Número de internações /leito/ano, por especialidade variando por taxa de ocupação hospitalar;
3. Necessidade de leitos hospitalares;
4. Parâmetros para cálculo da necessidade de leitos hospitalares, por clínica , para cada 1.000 habitantes;

Faz ainda considerações sobre algumas especialidades, como Hematologia, Odontologia, Oftalmologia, Oncologia, Patologia e Radiodiagnóstico, Terapia Renal Substitutiva .

Apresenta a relação de alguns recursos humanos por habitante e sua capacidade de produção em consultas .

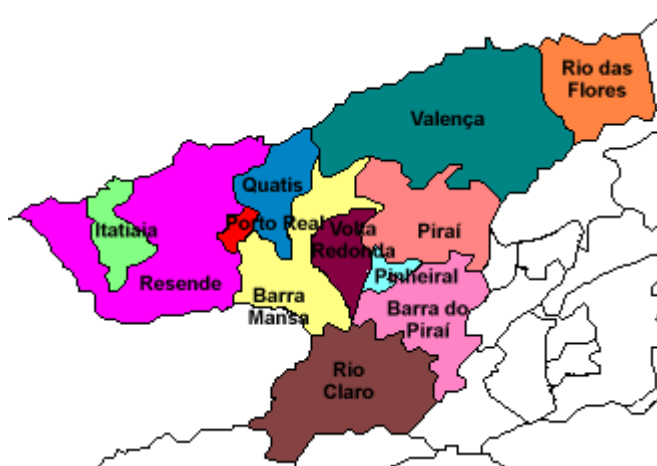
Em que pese a reconhecida obsolescência da portaria e suas recomendações, ainda se constitui atualmente, em um instrumento de planejamento e avaliação dos serviços de saúde do SUS, o que convém a este estudo analisar seus parâmetros e possivelmente criticá-los enquanto eixo orientador da reflexão a ser construída sobre seus parâmetros.

2 RESULTADOS DO ESTUDO

2.1 A organização da rede de saúde de Pirai

O município de Pirai está localizado no Estado do Rio de Janeiro, na região Médio Paraíba. Faz limite como os municípios de Barra do Pirai, Pinheiral, Rio Claro, Itaguaí, Mendes, Paracambi, Barra Mansa e Volta Redonda. Sua área geográfica representa 504,6 Km², (8,1% da Região Médio Paraíba).

Figura 1: Mapa de localização do município de Pirai na região Médio-Paraíba



Fonte : IBGE

Possui uma posição geográfica estratégica, estando localizada entre duas grandes metrópoles – Rio de Janeiro e São Paulo, numa extensão de 52 Km da Rodovia Presidente Dutra.

Possui uma população estimada pelo IBGE para o ano de 2011 de 26.114 habitantes o que lhe confere uma densidade demográfica de 51,7 hab/ Km². De acordo com o SIAB (2010), a população urbana representa 81,70% de sua população total., possui uma média de moradores por domicílio de 3,14 pessoas, e os idosos (população com mais de 60 anos) representam 12,5% da população do município, contra 13,00% de crianças entre 0 e 9 anos.

2.1.1 Rede de serviços de saúde municipal

Está representada por 13 Unidades de Saúde da Família com 13 equipes de Saúde Bucal, o que lhe confere uma cobertura de 100% em Estratégia Saúde da Família, com 100% também de equipes de Saúde Bucal da Família.

A rede de atenção básica possui 14 unidades de saúde no total, sendo complementada por uma unidade hospitalar local , o Hospital Flávio Leal e um Centro de Especialidades Ambulatoriais. As unidades de Saúde da Família, estão caracterizadas por atividades de prevenção, promoção , proteção e recuperação da saúde , desenvolvidas por equipes multidisciplinares, compostas basicamente de médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares em saúde bucal , técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde .Estas unidades possuem uma coordenação de Estratégia Saúde da Família, que compõe juntamente com demais coordenações de programas , o setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde .

Possui ainda 2 unidades de urgência e emergência, uma localizada na unidade hospitalar e outra no distrito de Arrozal (Pronto Socorro de Arrozal).

Há perspectivas para instalação de uma base do SAMU no município, bem como previsão para funcionamento de uma Sala de Estabilização, no Hospital Flávio Leal, ainda em 2011.

O município conta ainda com 02 laboratórios de Patologia Clínica, sendo 01 privado local e outro público.

A saúde mental vem representada pela unidade do CAPS (Centro de Assistência Psicossocial) , e a Odontologia possui duas unidades móveis que complementam a assistência em saúde bucal na atenção básica , principalmente nas escolas locais, sendo que para a realização dos procedimentos de média complexidade possui 01 Centro de Especialidades Odontológicas , o CEO , e ainda 01 Laboratório de Prótese Dentária.

2.1.2 Capacidade Instalada do Hospital Flávio Leal

Os seguintes serviços são ofertados na unidade hospitalar: Fisioterapia, Radiologia, Ambulatórios de Ginecologia, Oftalmologia, Urologia, Nefrologia, Ortopedia, Angiologia., Otorrinolaringologia e Neurologia.

Realiza também procedimentos cirúrgicos em média complexidade nas especialidades relacionadas acima .

Possui vários serviços de diagnose, que complementam a rede local de atenção básica sendo que os não ofertados são contratados em setor privado para garantia da integralidade das ações .

A partir de 2010, foi habilitado como referência regional em Oftalmologia para atendimentos em média complexidade. Os serviços incluem desde a consulta clínica especializada até cirurgias de glaucoma , catarata e estrabismo.

A seguir ,quadro 1 apresentamos a distribuição da capacidade instalada do hospital:

Quadro 1: Capacidade instalada do HFL no período de 2008 a 2011:

Especialidade	Leitos											
	2008		2009		2010		2011		2008		2011	
Clínica Médica	19		19		19		19					
Pediatria	04		04		04		04					
Obstetrícia	11		11		11		11					
Clínica Cirúrgica	15		15		15		15					
Total Leitos	49		49		49		49					
Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico -salas	4		4		4		4					
Unidade Transfusional	1		1		1		1					
Leitos de UI Neonatal	3		3		3		3					
Unidade de Urgência e Emergência	Box Consultórios				Leitos de repouso				Sala grande de emergência			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
	3	3	3	3	4	4	4	4	1	1	1	1

Ambulatórios (Consultórios)	2008	2009	2010	2011
	12	12	13	13

Fonte: Relatório de Gestão 2010 da SMS Pirá-RJ

Quadro 2: Rede de serviços de diagnose realizados no HFL em 2010 e 2011.

Especialidade	Exames realizados
Oftalmologia	Acuidade Visual, Retinografia , Tonometria, Mapeamento de retina, Ecobiometria, Fundoscopia, Teste ortóptico, Teste de adaptação para lentes de contato.
Gastroenterologia	Endoscopia digestiva , PH metria
Ginecologia	Citoscopia, Colposcopia, Exerese de zona de transformação do colo uterino
Otorrinolaringologia	Audiometria, Impedanciometria
Cardiologia	Teste ergométrico, Ecocardiograma, cardiotocografia

Fonte : Relatório de Gestão SMS Pirá 2010

2.1.3 Serviços disponíveis no Centro de Especialidades de Pirá:

Estão disponibilizadas consultas ambulatoriais de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Dermatologia, Urologia, Fonoaudiologia e Nutrição.

2.1.4 Recursos humanos da rede municipal

Quadro 3: Distribuição do total de Recursos Humanos atuantes no setor público de Saúde do Município de Piraí - Secretaria Municipal de Saúde e Hospital Flávio Leal no Ano de 2011 - SMS / Piraí

CATEGORIA PROFISSIONAL	SMS	HFL	TOTAL
Médico 20 horas	30	0	30
Médico 24 horas	7	3	10
Médico 30 horas	0	0	0
Médicos 40 horas – Saúde da Família	14	2	16
Médicos outras cargas horárias	0	35	35
Enfermeiro	32	10	42
Odontólogo 40 horas	11	0	11
Odontólogo 20 horas	18	0	18
Biólogos	0	2	2
Assistente Social	2	0	2
Psicólogo	10	0	10
Fonoaudiólogo	4	1	5
Nutricionista	4	1	5
Fisioterapeuta	7	4	11
Veterinário	1	0	1
Farmacêutico	3	1	4
Téc. de Enfermagem	24	37	61
Auxiliar de Enfermagem	25	30	55
Auxiliar em Saúde Bucal	08	0	08
Guarda Sanitário	14	0	14
Téc. de Radiologia	1	5	6
Téc. de Laboratório	11	6	17
Outras Áreas Assistencial	32	4	36
Outros Prof. Área de Apoio	108	98	242
Total geral	355	264	696

Fonte : Setor de Recursos Humanos da SMS Piraí e Hospital Flávio Leal- RJ

Os médicos especialistas que atuam nos ambulatórios apresentam carga horária diversificada, sendo : 01 nefrologista, 02 urologistas, 02 ortopedistas, 02 oftalmologistas, 02 angiologistas, 01 neurologista e 01 otorrinolaringologista .

2.1.5 Oferta de consultas e exames especializados de média complexidade na Unidade executante Hospital Flávio Leal:

Através de consulta ao Plano Municipal de Saúde e Plano Municipal de Controle e Avaliação (ambos da vigência 2010 a 2013) , foi verificada a programação da oferta de consultas e exames a serem pesquisados. O critério adotado para a programação, segundo o documento, foi a análise de série histórica de produção, juntamente com a demanda observada para cada especialidade e /ou procedimento, no setor de marcação de consultas através das referências originárias da atenção básica..

A Central de Marcação possui 13 especialidades médicas cadastradas, sendo 07 realizadas no Hospital Flávio Leal , a saber: Oftalmologia,Ortopedia,Urologia, Otorrinolaringologia, Angiologia, Neurologia e Nefrologia. As 06 demais são realizadas no Centro de Saúde de Piraí.: Gastroenterologia, Endocrinologia, Ginecologia, Pediatria, Dermatologia e Cardiologia .

A resolução do Conselho Federal de Medicina n ° 1.785 de 2006 define 53 especialidades médicas reconhecidas para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas. Assim, esta pesquisa se concentra em 13% destas especialidades, ofertadas pela rede própria municipal.

Quadro 4: Oferta de consultas programadas em 2010 e 2011 para o ambulatório de especialidades do Hospital Flávio Leal:

Especialidade	Quantidade 2010		Quantidade 2011	
	mensal	2º	mensal	1º
		semestre		semestre
Oftalmologia	500	3.000	510	3.060
Ortopedia	433	2.598	433	2.598
Otorrinolaringologia	106	636	224	1.344
Neurologia	104	624	108	648

Urologia	174	1.044	173	1.038
Angiologia	130	780	130	780
Nefrologia	49	294	71	426
Total	1294	9.318	1649	9.894

Fonte : Plano Municipal de Saúde e de Controle e Avaliação 2010-2013

Com estes dados esperou-se verificar os critérios utilizados para realizar a programação de consultas e exames de média complexidade da rede própria do município, a serem ofertadas na rede a fim de se observar problemas de acesso por falhas na programação ou na execução dos procedimentos, bem como os instrumentos utilizados para esta programação. Foram ainda pesquisados os contratos com os médicos especialistas que prestam atendimento no HFL, sendo identificado que a oferta obedece às necessidades apontadas pela secretaria de saúde, não prevalecendo na maioria das vezes a disponibilidade dos profissionais .

Quadro 5: Oferta de exames programados em 2010 e 2011 para o Hospital Flávio Leal:

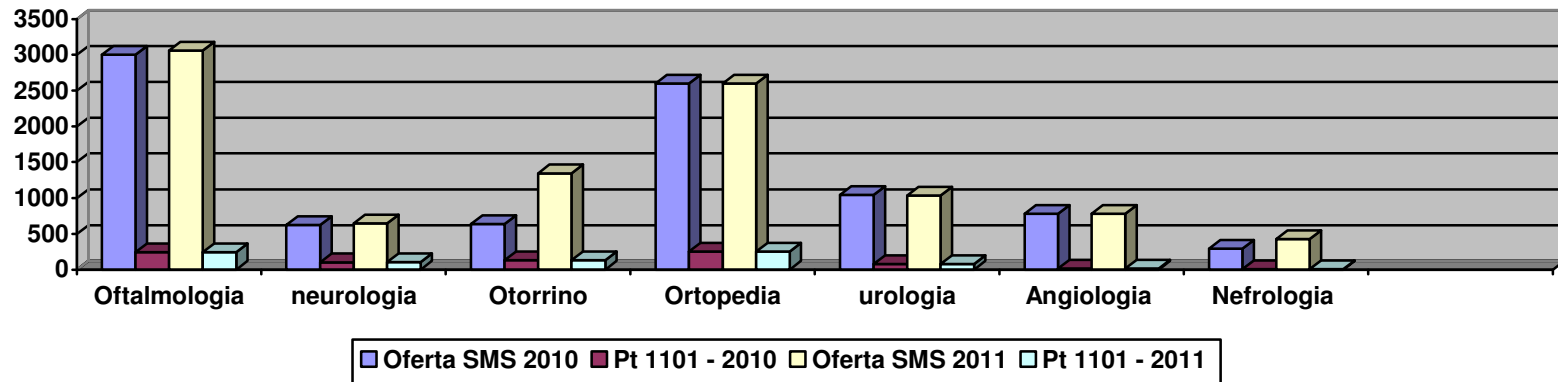
Exame	Quantidade programada 2010		Quantidade programada 2011	
	mensal	2°	mensal	1°
		semestre		semestre
Teste ergométrico	43	258	65	390
Ultrassonografias	360	2.160	404	2.424
Endoscopia	48	288	65	390
Audiometria	22	132	22	132
Total	473	2.838	556	3.336

Fonte : Plano Municipal de Saúde e de Controle e Avaliação 2010-2013

Utilizando também como referência a Portaria 1.101, que fornece parâmetros de programação para consultas e exames especializados , buscou-se analisar as ofertas recomendadas para complementação da análise desta programação.

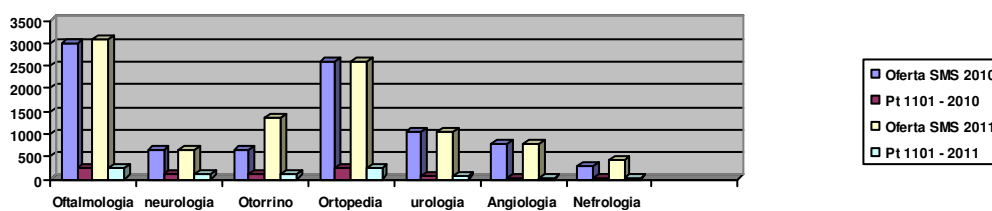
A seguir, gráfico demonstrativo das ofertas de consultas comparadas à recomendação da PT. 1.101 para o período analisado.

Gráfico 1: Demonstrativo da oferta de consultas especializadas realizadas no HFL , comparada à recomendação da Portaria 1.101 nos anos de 2010 e 2011 .



Fonte: Plano de Controle e Avaliação da SMS Pirai – Portaria 1.101

Gráfico 2: Demonstrativo da oferta de exames especializados realizados no HFL , comparada à recomendação da Portaria 1.101 nos anos de 2010 e 2011 .



Fonte : Portaria 1.101/MS –Plano Municipal de Controle e Avaliação 2010

2.2 Agendamentos realizados em 2010 e 2011

Para acesso às agendas a fonte foi o SISMARC (sistema de agendamento desenvolvido pela SMS) para as consultas de Nefrologia. As demais não passavam pela central de marcação. O fluxo era direto das Unidades de Saúde para o hospital, através de planilhas, entregues no ambulatório do HFL, onde eram repassadas para o sistema local de agendamentos (Wareline). A comparação dos agendamentos com a produção realizada pode auxiliar na análise de aproveitamento das marcações pelos sistemas utilizados.

Assim , apresentamos a seguir os agendamentos realizados :

Quadro 6: Número de agendamentos realizados em 2010 e 2011 para consultas de especialidades no HFL e percentual de produção alcançado:

Especialidades	2010		2011	
	Agendamentos	Produção em %	Agendamentos	Produção em %
Oftalmologia	1.846	108%	2.063	54%
Neurologia	404	94%	633	79%
Ortopedia	1.629	99%	1.636	92%
Angiologia	417	87%	595	72%
Urologia	593	118%	971	75%
Otorrinolaringologia	370	100%	571	70%
Nefrologia *	178	138%	404	68%
Total	5.437	105%	7.192	69%

Fonte: HFL, Datasus , Sisreg e Marcação de Consultas da SMS Pirai

Obs.: *marcados pelo SISMARC em 2010.

Quadro 7 : Agendamentos realizados em 2010 e 2011 para exames de média complexidade no HFL:

Exame	2010		2011	
	Agendamentos	Produção em %	Agendamentos	Produção em %
Teste ergométrico	330	32%	239	64%
Ultrassonografias	2.155	84%	2.421	91%
Endoscopia	208	96%	396	74%
Audiometria	130	81%	106	73%
Total	2.823	79%	3.162	86%

Fonte: HFL, Datasus , Sisreg e Marcação de Consultas da SMS Pirai

2.3 Produção ambulatorial 2010 e 2011 referente às consultas e exames de média complexidade

Nesta coleta de dados foram utilizados dados secundários, obtidos no banco de dados do Datasus (MS) e dados estatísticos do sistema utilizado pelo Hospital Flávio Leal (Wareline), Plano Municipal de Controle e Avaliação , Relatório de Gestão , Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) , SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e Caderno de Avaliação da atenção Básica Iniciamos pela porta de entrada no sistema, ou seja, pela produção apresentada pelas Unidades de Saúde da Família.

2.3.1 Porta de entrada - atenção básica

Considerando a cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família no município, buscamos conhecer a produção das Unidades de Saúde da Família,

responsáveis pela porta de entrada dos usuários no sistema de saúde do município, ou seja, das consultas médicas de Atenção Básica.

Pesquisando o Datasus em sua produção ambulatorial, e seguindo as orientações da Portaria 1.101 do MS, verificamos que para as consultas médicas totais, são consideradas as produções de: Consulta médica em atenção básica, consulta médica em atenção especializada, atendimento de urgência com observação até 24 horas na atenção especializada, consulta de urgência em atenção básica, atendimento de urgência em atenção básica com observação até 8 horas e ainda atendimento de urgência em atenção básica com remoção. Assim obtivemos:

Quadro 8: de Produção de consultas médicas totais realizada no 2º semestre de 2010 e 1º semestre de 2011 no Município de Piraí, comparadas à portaria 1.101.

Código tabela SUS	Procedimento	2010		PT 1.101	2011		PT 1.101
		realizado	%		realizado	%	
0301010064	Consulta Médica em Atenção Básica	20.179	82%	24.677	27.750	111%	24.866
0301010072	Consulta Médica em Atenção Especializada	9.837	114%	8.617	12.077	139%	8.683
0301060029	Atendimento de Urgência c/ Observação até 24 horas em Atenção Especializada	719	61%	1.175	1.205	101%	1.184
0301060037	Atendimento de Urgência em Atenção Básica	14.972	956%	1.566	24.477	1551%	1.578
0301060045	Atendimento de Urgência em Atenção Básica c/ Observação até 8 horas	22	1,40 %	1.566	60	3,8%	1.578
0301060053	Atendimento de Urgência em	235	15%	1.566	359	22%	1.578

	Atenção Básica c/ Remoção						
Total consultas médicas		45.964	117 %	39.171	65.928	167%	39.471

Fonte : Datasus- SIA

Para cálculo das consultas médicas totais programadas, pela PT 1.101, devemos considerar de 2 a 3 consultas por habitante /ano. A população estimada pelo IBGE para Pirai em 2010, foi de 26.114 habitantes.

Ainda seguindo a portaria, o total de consultas médicas divide-se em :

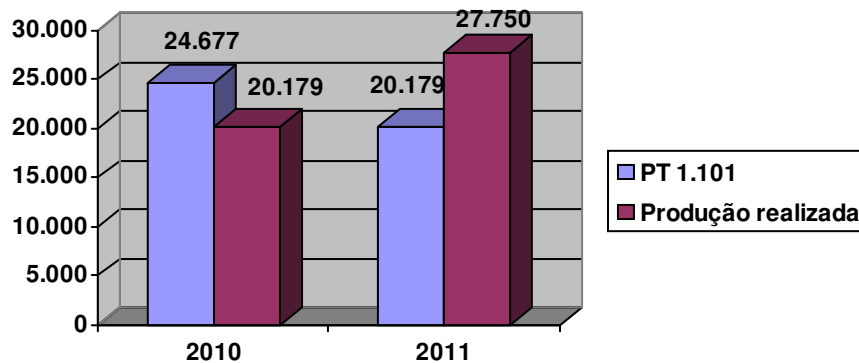
- 12% para consultas básicas de urgência (Atendimento de Urgência em Atenção Básica, Atendimento de Urgência em Atenção Básica c/ Observação até 8 horas, Atendimento de Urgência em Atenção Básica c/ Remoção);
- 3% para urgência hospitalar (Atendimento de Urgência c/ Observação até 24 horas em Atenção Especializada);
- 63% para consultas básicas;
- 22% para consultas especializadas.

Quadro 9: Comparativo das produções 2010/2011 realizadas comparadas à recomendação da PT 1.101.

Procedimento	Dados 2010/ 2º semestre			Dados 2011 /1º semestre		
	Portaria 1.101	Produção 2010	% Variação	Portaria 1.101	Produção 2011	% Variação
Consulta Médica Básica	24.677	20.179	82%	20.767	27.750	133%
Consulta Médica Especializada	8.617	9.837	114%	7.252	12.077	166%
Consulta de urgência na Atenção Básica	4.700	14.972	318%	3.955	24.477	618%

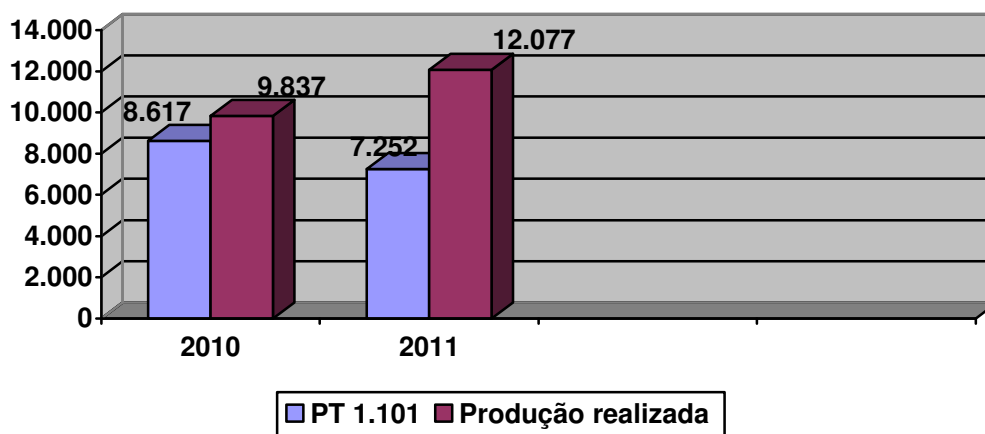
Fonte : Datasus- PT 1.101

Gráfico 3 : Demonstrativo da Produção de Consultas Médicas Básicas comparadas à recomendação da PT 1.101, para o ano de 2010 e 2011.



Fonte : Datasus- Portaria 1.101

Gráfico 4 : Demonstrativo da Produção de Consultas Médicas Especializadas comparadas à recomendação da portaria 1.101 para o ano de 2010 e 2011.



Fonte : Datasus- Portaria 1.101

2.3.2 Produção das consultas especializadas realizadas no HFL no período 2010 e 2011

Através dos relatórios estatísticos do Hospital Flávio Leal, identificou-se a produção das consultas ambulatoriais realizadas. Para o ano de 2011, contamos também com a confirmação das consultas realizadas através do sistema Sisreg , que passou a operar neste ano.

Assim foram coletados os dados abaixo:

Quadro 10: Produção de consultas especializadas realizadas no HFL no período 2010/2011:

Especialidade	Produção 2010	Produção 2011
Oftalmologia	2.006	1.119
Ortopedia	1.624	1.502
Otorrinolaringologia	371	401
Neurologia	379	500
Urologia	702	733
Angiologia	364	431
Nefrologia	246	275
Total	5.692	4.961

Fonte : Relatório de Estatística do HFL – Sisreg- Datasus

Para a produção dos exames de média complexidade, foi consultado o SIA-SUS (Datusus) , que mostrou como resultado :

Quadro 11 : Produção de exames de média complexidade realizados no HFL em 2010 e 2011.

Exame	Produção 2010	Produção 2011
Teste ergométrico	107	153
Ultrassonografias	1.821	2.198
Endoscopia	200	294
Audiometria	105	77
Total	2.233	2.722

Fonte : Datusus

2.4 Demandas reprimidas

Para obtenção deste dado, foi consultado o sistema SISMARC e ainda uma consulta às Unidades de Saúde da Família, através de uma planilha, onde se buscou o número de solicitações médicas por especialidades e exames estudados, ainda não agendados.

A pesquisa mostrou a seguinte situação:

Quadro 12 : Demanda reprimida de consultas especializadas observada na rede municipal nos anos de 2010 e 2011.

Especialidades	Demandas reprimidas	
	2010	2011
Oftalmologia	1.063	1.238
Neurologia	484	351
Ortopedia	28	0
Angiologia	09	34
Urologia	82	191
Otorrinolaringologia	177	197
Nefrologia	197	82
Total	2.040	2.093

Fonte : SISMARC e Unidades de PSF

Quadro 13 : Demanda reprimida de exames de média complexidade observada na rede municipal nos anos de 2010 e 2011.

Exames	Demanda reprimida	
	2010	2011
Teste ergométrico	253	184
Ultrassonografias	537	631
Endoscopia	185	103
Audiometria	52	25
Total	1.027	943

Fonte : SISMARC e Unidades de PSF

2.5 Número de encaminhamentos gerados pela rede de assistência do município para consultas e exames de média complexidade

A partir de consulta ao SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) , foi detectado que no período analisado em 2010, foram referenciados 2.429 pacientes para diversas especialidades e exames , incluindo-se aqui a alta complexidade e várias especialidades que não estão sendo analisadas neste estudo. Lembrando que esta pesquisa se concentra somente na oferta da rede própria do município, representando apenas 13% das especialidades médicas cadastradas no Conselho Federal de Medicina .

Ainda de acordo com a mesma fonte no 1º semestre de 2011 foram encaminhados 2.636 pacientes para a atenção especializada .

Para determinar o número de encaminhamentos reais observados no setor de marcação, somamos as demandas reprimidas , ou seja, as solicitações que ainda se encontravam nas Unidades de Saúde da Família e no setor de marcação da SMS , juntamente com a produção já realizada no período analisado.

Quadro 14: Número de encaminhamentos para consultas especializadas a partir da produção realizada e das demandas reprimidas nos anos de 2010 e 2011.

Especialidades	Produção realizada		Demanda reprimida		Total de encaminhamentos	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Oftalmologia	2.006	1.119	1.063	1.238	3.069	2.357
Neurologia	379	500	484	351	863	851
Ortopedia	1.624	1.502	28	0	1.652	1.502
Angiologia	364	431	09	34	373	465
Urologia	702	733	82	191	784	924
Otorrinolaringologia	371	401	177	197	548	598
Nefrologia	246	275	197	82	443	357
Total	5.692	4.961	2.335	2.093	8.027	7.054

Fonte : Relatório de Estatísticas do HFL , Marcação de Consultas da SMS e Unidades de Saúde da Família

Observamos que em 2010, a SMS de Pirai apresentava 8.027 referências para consultas especializadas. Este número é superior aos 2.429 encaminhamentos informados pelo SIAB para o mesmo período, o que nos leva a identificar que ocorreram remarcações de um mesmo paciente, bem como os prováveis retornos às consultas. Pelos sistemas ou métodos utilizados em 2010 para gestão das agendas não foi possível identificar os percentuais de retorno ou de remarcações de forma fidedigna. Podemos sinalizar que pela capacidade instalada, as consultas de retornos representam 40% em relação às de 1ª vez.

Em 2011, também temos uma demanda real superior aos 2.626 encaminhamentos identificados no SIAB para o período.

Quadro 15: Número de encaminhamentos para exames de média complexidade a partir da produção realizada e das demandas reprimidas nos anos de 2010 e 2011.

Exame	Produção		Demanda reprimida		Total de encaminhamentos	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Teste ergométrico	190	153	03	184	193	337
Ultrassonografias	1.821	2.198	858	631	2.679	2829
Endoscopia	181	294	169	103	350	397
Audiometria	71	77	77	25	148	102
Total	2.263	2.722	1.107	943	3.370	3665

Fonte :Datusus, Marcação de Consultas da SMS e Unidades de Saúde da Família

2.6 Fluxo dos encaminhamentos

Para conhecer a dinâmica de funcionamento do setor de marcação de consultas, foi utilizado como instrumento o Fluxograma Descritor (Merhy et al, 1997) , entendendo que somente a observação direta e a busca pela memória poderiam tornar o estudo desprovido de detalhes e nuances , tão necessários ao melhor desenvolvimento da pesquisa, ressaltando suas características de construção coletiva e em equipe. O

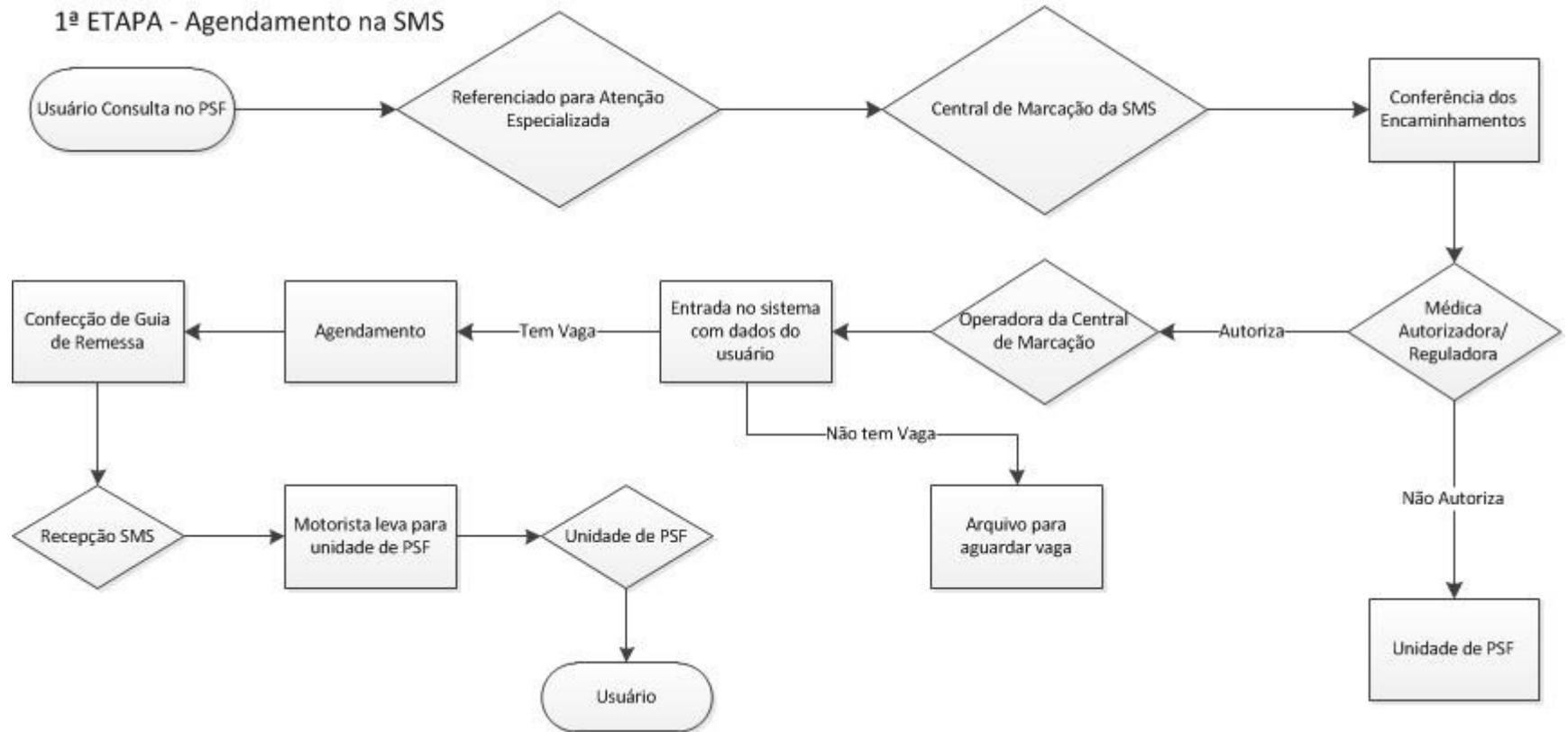
instrumento mostra-se enriquecedor e proporciona a ação de observar , relatar e analisar os serviços realizados do ponto de vista macro e micro-estrutural. Representa, na verdade , um olhar na operacionalização do trabalho cotidiano da marcação de consultas da SMS Pirai. Este instrumento foi construído através de entrevista com cinco operadoras do setor de marcação de consultas da SMS, com descrição dos fluxos e rotinas .

O Fluxograma é representado por três símbolos convencionados universalmente: a elipse que representa sempre a entrada ou a saída do processo de produção do serviço; o losango que indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo , que diz respeito ao momento de intervenção ou ação sobre o processo.

Com a utilização do fluxograma, buscou-se interrogar a organização do funcionamento da marcação de consultas, revelando as relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários, bem como os nós críticos do acesso e da oferta de integralidade dos serviços próprios de saúde do município.

Em 2010 existiam dois fluxos de encaminhamentos para as fichas de referências originárias da Atenção Básica : um para a SMS e outro direto para a unidade executante.

Vamos apresentar o fluxograma em etapas para melhor visualização da dinâmica de funcionamento do setor.



Fluxograma 1

A observação dos fluxos de referências mostrou a seguinte rotina: a partir da consulta com o médico da Atenção Básica na Unidade de Saúde da Família, o usuário é referenciado para a Atenção Especializada para realização de consultas ou exames.

O funcionário responsável pela marcação na unidade de saúde, utiliza um selo adesivado, criado especialmente para controle e regulação das cotas de consultas e exames a serem realizados pelos usuários. Cada unidade tem uma quantidade de selos para cada procedimento. Estes selos são distribuídos mensalmente, pelo setor de marcação, mediante prestação de conta das unidades, da quantidade de selos utilizada no mês. Os exames e consultas só são realizados mediante o uso do selo.

Assim as fichas de referências, após seladas, são encaminhadas para a recepção da SMS, relacionadas em guias de remessa, e transportadas pelo motorista das unidades.

As guias são levadas até o setor de marcação de consultas, onde após conferência são encaminhadas para a médica autorizadora, já separadas por destino, ou seja: para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), ou para serviços próprios do município (Hospital Flávio Leal).

Após avaliação, as referências autorizadas são encaminhadas para as operadoras, de acordo com o destino. Assim as operadoras, que eram responsáveis por grupos de procedimentos, iniciavam o processo de agendamento, realizando a entrada dos dados do usuário no sistema e posterior agendamento.

A liberação do agendamento compreendia preenchimento de guias de remessa, com relação das marcações por unidade de saúde, e colocação na recepção da SMS, para serem levadas de volta ao PSF, pelo expediente dos motoristas. O usuário era avisado pelo ACS e retornava à unidade para ter acesso ao seu agendamento.

As referências centralizadas na Central de Marcação (vale a pena ressaltar a estrutura desta central: 05 mesas de operadoras equipadas com computadores, 02 impressoras, 01 operadora específica para Tratamento Fora do Domicílio, 01 enfermeira, 01 chefe de setor e 01 coordenador, além da médica reguladora), eram somente as consultas de nefrologia.

O instrumento utilizado neste caso, era o sistema criado pelo setor de Tecnologia de Informática da SMS, o SISMARC.

A dinâmica de funcionamento das operadoras era definida de acordo com o procedimento a ser marcado, ou seja, cada operadora marcava determinados tipos de exames ou consultas. Após receberem as referências, cada uma dava entrada da

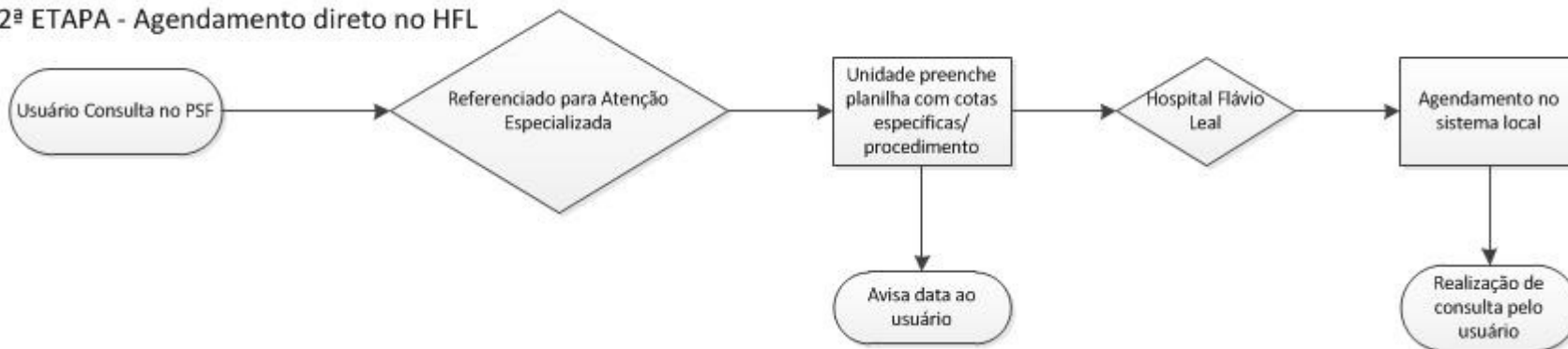
solicitação no sistema, como se fosse um cadastro. Só após cadastrar todos as solicitações, se iniciava o processo de agendamento, que durava cerca de 15 minutos para cada procedimento , sendo que o sistema não proporcionava cotas por unidade solicitante, esta informação era seguida por um manual onde se seguiam estas determinações , do que marcar , quando e quanto . Era comum, haver problemas nos agendamentos em excesso ou aquém da capacidade instalada, para determinado exame ou consultas, ou seja, as cotas eram extrapoladas e freqüentemente os especialistas reclamavam do ocorrido, sem contar, as queixas de usuários, que por vezes não eram atendidos e tinham que retornar para a unidades de origem, para serem remarcados .

Para dar visibilidade às agendas , semanalmente era enviado ao Hospital , um relatório dos agendamentos da semana, sendo que as referências, eram devolvidas para as unidades, juntamente com um espelho da marcação autorizado pela SMS, com todas as informações necessárias : local, data, profissional , etc.

Quando não havia vaga disponível, a referência era arquivada, em pasta própria, por especialidade, ficando na responsabilidade da operadora, marcar quando surgisse a vaga.

Para controle da distribuição destas marcações , foram criados escaninhos na recepção da SMS , por unidade de saúde , onde diariamente ou de duas a três vezes por semana , os motoristas passavam para recolher os agendamentos, após assinatura das guias de remessa. Nem sempre esta entrega ocorria dentro dos prazos, sendo que o problema poderia ser a demora no agendamento, na confecção da guia de remessa, no recolhimento pelo motorista ou ainda, pela falha na entrega ao usuário na unidade .A proposta era uma entrega domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde. Este processo todo podia durar até 1 semana ou mais para ser concretizada a marcação.

2ª ETAPA - Agendamento direto no HFL

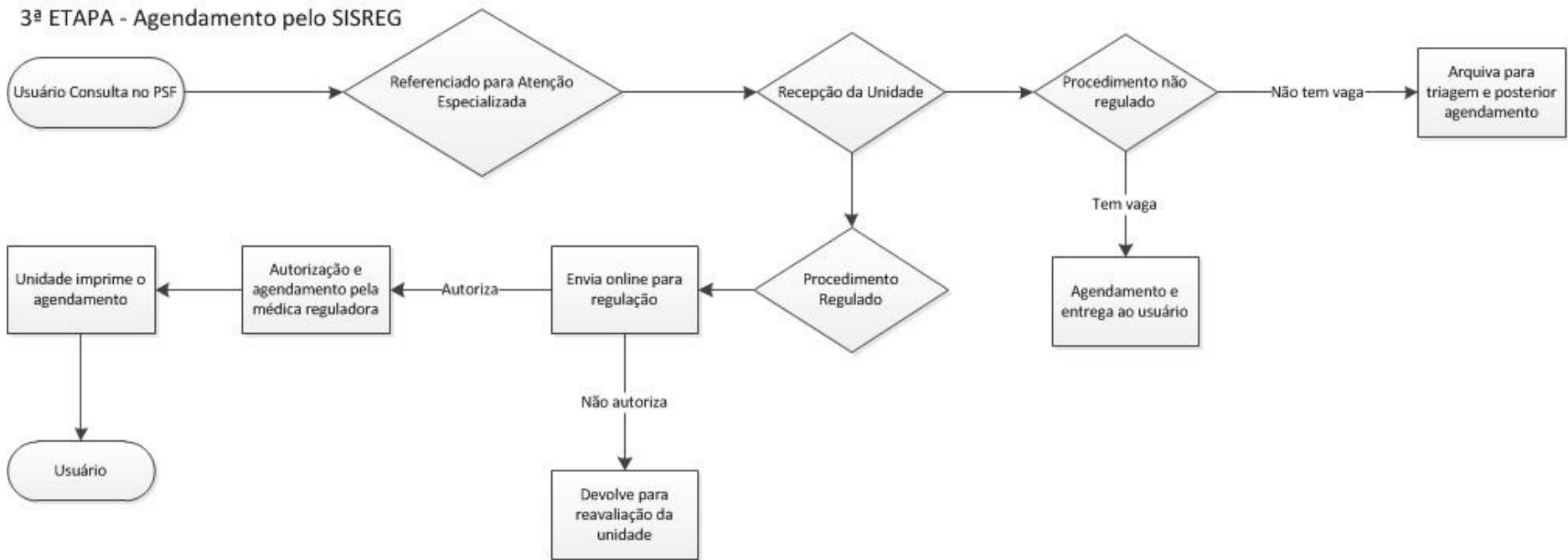


Fluxograma 2

Após consultar no PSF e ser referenciado para a Atenção Especializada, o usuário entrega sua referência na recepção da unidade. A funcionária responsável pelas marcações preenche uma planilha, com todos os dados do usuário, designada por cotas de acordo com a especialidade e / ou procedimento solicitado e ainda de acordo com o porte populacional daquela localidade. Assim, ela utiliza os selos adesivados, anota em formulário de marcação a data, local e horário de realização e aguarda retorno do usuário na unidade para entrega ou envia através de ACS.

A planilha preenchida é relacionada em guia de remessa e enviada ao ambulatório da unidade hospitalar, onde após conferência, as agendas eram repassadas para o sistema local de gerenciamento, o Wareline.

Com um desenho mais simplificado, este fluxo representa algumas situações, que merecem destaque. A diferença, que o torna mais simples se deve pela eliminação do processo de autorização pelo médico regulador, ou seja, é um processo de trabalho sem regulação, sendo que aqui também se utilizam selos para controle físico da quantidade de exames ou consultas a serem realizados. Trata-se de um processo descentralizado, que parece facilitar a vida do usuário e dos trabalhadores. Porém, não garante equidade, já que os casos clínicos não são avaliados pela gravidade ou qualquer outro critério, a não ser o conhecimento empírico da funcionária da recepção, que define quem marcar, numa prática de clientelismo ou de pura pressão de um usuário mais insistente. Em alguns casos pode haver intervenção das gerentes ou médicos da atenção básica, triando os casos mais urgentes. O fato dos encaminhamentos serem selados não garante a realização do procedimento, uma vez que nem sempre, a cota de selos está ligado à capacidade operacional da unidade executante.



Fluxograma 3

Visando melhorar o acesso aos usuários a gestão da SMS iniciou a reorganização da Central de Marcação, com a busca por um sistema que oportunizasse otimização do processo de trabalho e gerasse fluxos mais confiáveis e rápidos, visando garantir aos usuários qualidade no serviço ofertado e aos trabalhadores do setor, um instrumento adequado para planejamento e programação, garantindo a efetivação do controle, avaliação e regulação.

O sistema escolhido foi o SISREG III, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para gerenciamento de agendas da rede ambulatorial e hospitalar do Sistema Único de Saúde.

Após os treinamentos, o sistema foi implantado em dezembro de 2010, iniciando-se assim uma mudança na dinâmica de funcionamento do setor. Relembrando que somente as consultas de nefrologia eram marcadas pela central de marcação, foram inseridas no sistema, as consultas de oftalmologia, angiologia, ortopedia, urologia, neurologia e otorrinolaringologia. Estas passaram então a serem reguladas e devidamente autorizadas pela médica do setor. Apesar de aumentar o número de solicitações no setor, o sistema proporcionou maior otimização no funcionamento das rotinas.

A idéia era a descentralização do sistema, para que os agendamentos fossem executados pelas próprias unidades de saúde, porém a fragilidade da internet no município adiou este processo, e por decisão da gestora da SMS, o sistema foi implantado na central de marcação, que passou a operar o SISREG, através das operadoras, que agora foram designadas responsáveis por unidades de saúde e não mais por procedimento. Assim, todas conhecem todos os mecanismos de agendamentos de todas as especialidades e procedimentos referenciados ao setor.

Descrevendo o SISREG, podemos destacar que este sistema oferece cadastro de unidades de saúde e de profissionais, ligados à base de dados do CNES (Cadastro Nacional de Profissionais e Estabelecimentos de Saúde), bem como atualização permanente destes dados, cadastro de parâmetros de programação previamente definidos, definição de cotas por unidades de saúde, reajustadas automaticamente em caso de mudança de oferta de consultas ou procedimentos, sem contar com diversas possibilidades de relatórios administrativos, como cancelamentos de consultas, agendamentos por unidade, por profissional, por procedimento. Trabalha com interface com o Datasus, o que lhe permite gerar automaticamente o BPA (Boletim de Produção

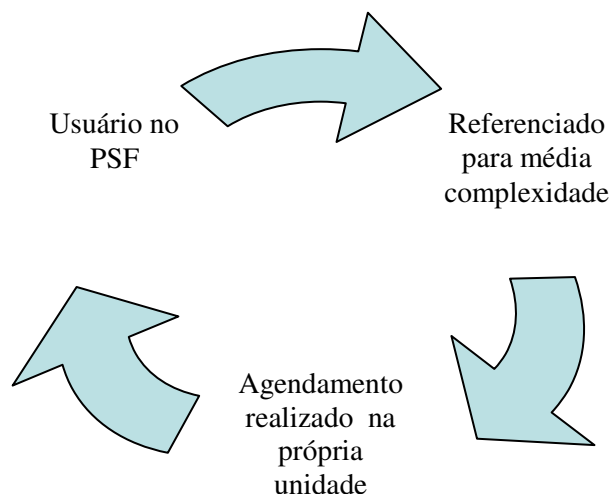
Ambulatorial), eliminando a necessidade de se digitar a produção das unidades de saúde , gerando economia de tempo e otimização de tarefas.

As escalas do SISREG são distribuídas em consultas de 1ª vez , retornos ou vagas de reservas, sendo devidamente programadas com intervalos de tempo de acordo com a carga horária do profissional. Os parâmetros permitem programação das agendas por até um mês, sendo flexíveis para mudanças pelos operadores administradores. O tempo de agendamento de uma consulta ou exame gira em torno de 3 minutos.

Após a implantação do sistema e de seu funcionamento por 4 meses , iniciou-se em abril de 2011, o processo de descentralização para as unidades de saúde , uma vez vencido o problema da internet no município.

No decorrer do ano de 2011 todas as 13 (doze) Unidades de Saúde da Família do município, foram treinadas e já realizam seus agendamentos de forma descentralizada, tendo inclusive se iniciado o processo de autorização e regulação online , o que lhes confere agilidade e praticidade , uma vez que se eliminou a necessidade de guias de remessa e utilização de carros e motoristas para entrega de marcações.

Inicialmente foram agregadas ao sistema os procedimentos executados no Hospital Flávio Leal . Assim , temos um novo fluxo de trabalho:



3 ANÁLISES E DISCUSSÕES

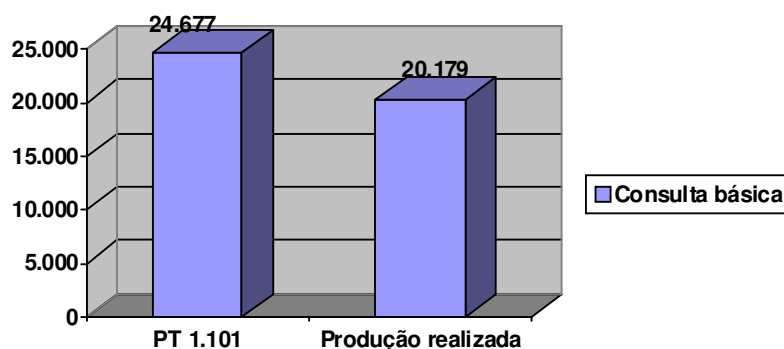
Após conhecimento dos fluxos realizados no setor de marcação de consultas e coleta dos dados, iniciamos as análises pela porta de entrada, a Atenção Básica a partir de sua produção e sua necessidade de complementação com a atenção especializada.

Produção da Porta de Entrada – Atenção Básica.

Foi identificada uma produção de 45.964 consultas médicas totais no período analisado em 2010. De acordo com a Portaria 1.101 deveríamos ter realizado 39.171 consultas médicas totais. O destaque neste período aparece nas consultas de urgência, onde deveríamos apresentar 4.700 consultas e na verdade foram realizadas 14.972 urgências em todo o município, ou seja cerca de 3 vezes mais o recomendado. As consultas médicas básicas ficaram aquém do recomendado (19 % a menos). Já as especializadas apresentaram-se 14% a mais do que o recomendado pela portaria.

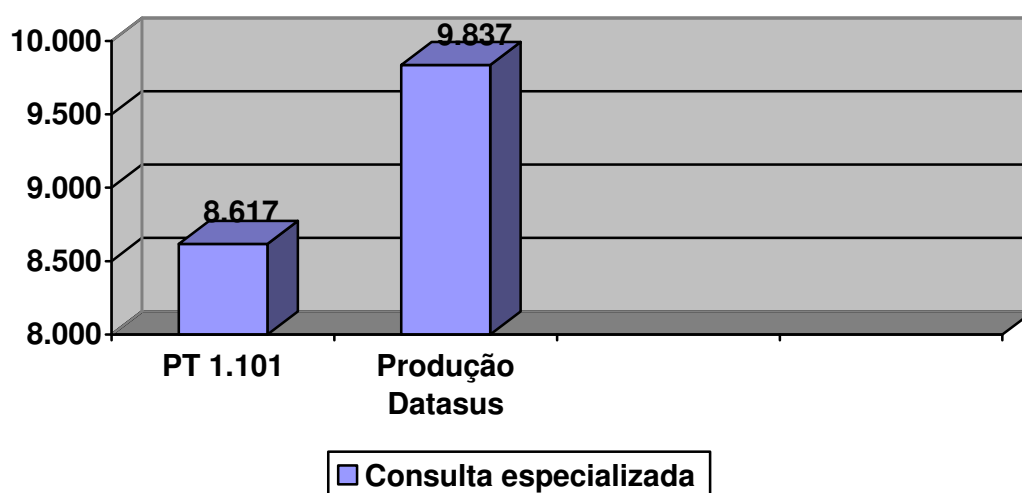
Podemos verificar que há problemas no acesso às consultas básicas e um excesso de consultas de urgências. As demandas para as especialidades também fornecem indícios de problemas no atendimento da Atenção Básica.

Gráfico 5 : Demonstrativo da Produção de Consultas Médicas Básicas comparadas à recomendação da PT 1101, para o ano de 2010.



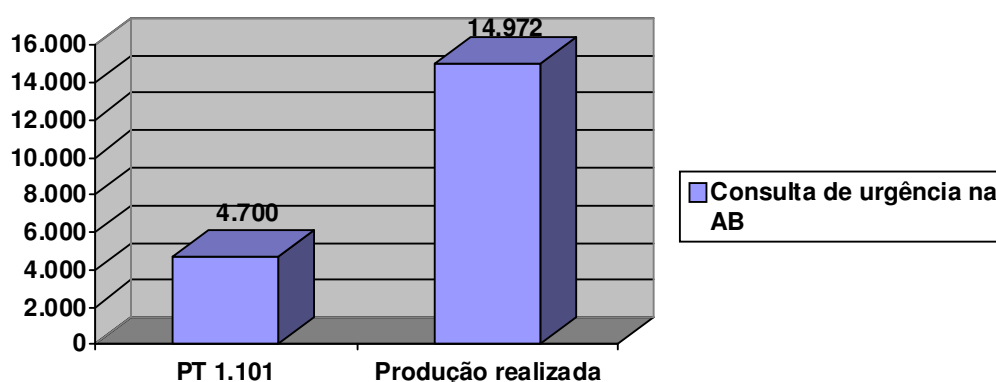
Fonte : Datasus- Portaria 1.101

Gráfico 6 : Demonstrativo da Produção de Consultas Médicas Especializadas comparadas à recomendação da portaria 1.101 para o ano de 2010.



Fonte : Datasus- Portaria 1.101

Gráfico 7: Demonstrativo da Produção de Consultas de Urgência na Atenção Básica comparadas a recomendação da PT 1101, para o ano de 2010.



Fonte : Datasus- Portaria 1.101

Para a avaliação do período de 2011, observamos uma recuperação nas consultas de Atenção Básica , ultrapassando a 1.101, porém permanece elevada a produção de urgências em praticamente seis vezes mais que o recomendado. As especializadas também ficam acima do recomendado pela portaria .

Pelos números obtidos no SIAB, com relação a encaminhamentos no ano de 2010 verifica-se que encontram-se dentro do recomendado pelo Ministério da Saúde , que é de 15% do total de consultas básicas realizadas (Brasil, 1994). Nosso percentual de encaminhamentos foi de 12 % em 2010 e 9% em 2011.

Lembramos que os números de encaminhamentos são reforçados pelos retornos (cerca de 40%) e remarcações, devido às faltas nas consultas.

Análise oferta e demanda existente.

Relembrando que as ofertas disponibilizadas para a rede, foram programadas a partir da série histórica e da necessidade observada (número de referências) no setor de marcação da SMS, verificamos que para as consultas especializadas esta programação foi bem acima do recomendado pela portaria 1.101 (parâmetro médio nacional, que pode ser adaptado pelo município), e também da demanda existente, conforme quadro abaixo:

Quadro 16: Análise de oferta e demanda de consultas especializadas observadas em 2010 e 2011 na rede municipal de Piraí.

Especialidade	Demanda (encaminhamentos)		Oferta programada			
	2010	2011	2010		2011	
			Nº	%	Nº	%
Oftalmologia	3.069	2.357	3.000	98	3.060	130
Ortopedia	1.652	1.502	2.598	157	2.598	173
Otorrinolaringologia	548	598	636	116	1.344	224
Neurologia	863	851	624	72	648	76
Urologia	784	924	1.044	133	1.038	112
Angiologia	373	465	780	209	780	168
Nefrologia	443	357	294	66	426	119
Total	8.027	7.054	9.318	116	9.894	140

Fonte : SISMARC, Unidades de Saúde da Família, HFL

Nesta análise podemos identificar problemas de acesso (oferta inferior à demanda) nas consultas de Oftalmologia (pouco expressivo), Neurologia e Nefrologia no ano de 2010. A programação para o ano de 2011, foi mais adequada, porém permanece o problema da Neurologia com oferta inferior à demanda. Para os exames de

média complexidade estudados verificamos que a programação também representou problemas para o acesso, já que a oferta foi inferior à demanda nos exames: Ultrassom, endoscopia e audiometria .Somente o teste ergométrico se manteve nos dois períodos analisados com oferta adequada .

Quadro 17. Análise da oferta e demanda de exames de média complexidade nos anos de 2010 e 2011.

Exame	Demanda		Oferta programada anual			
	2010	2010	2010		2011	
			Nº	%	Nº	%
Teste ergométrico	193	337	258	133	390	116
Ultrassonografias	2.679	2829	2.160	80	2.424	85
Endoscopia	350	397	288	82	390	98
Audiometria	148	102	132	89	132	129
Total	3.370	3665	2.838	84	3.336	91

Fonte : Plano Municipal de Controle e Avaliação SMS Pirai – SISMARC – Controle e Avaliação SMS Pirai

Análise dos agendamentos de acordo com o sistema utilizado.

O próximo passo foi analisar os agendamentos realizados no setor de marcação e no próprio hospital, lembrando que havia dois fluxos vigentes para a concretização deste processo em 2010 e em 2011, houve a implantação do SISREG.

Podemos perceber que em 2010, houve um aproveitamento de 105% dos agendamentos realizados, pela marcação direta das unidades de saúde no Hospital Flávio Leal para consultas especializadas , denunciando realização fora das agendas (5%). Já em 2011 só foram realizadas 69% das marcações feitas para consultas .

Em 2010 houve 79% de realização dos exames agendados (direto no hospital) e em 2011 foram realizados 86% dos exames marcados.(SISREG).

Para complementar a verificação da efetividade do método adotado para os agendamentos, vamos analisar estas marcações a partir da necessidade real encontrada (total de encaminhamentos).

Assim verificamos que :

Quadro 18: Análise dos agendamentos a partir da demanda de consultas especializadas em 2010 e 2011.

Especialidade	Demanda		Agendamentos			
	2010	2011	2010		2011	
			Nº	%	Nº	%
Oftalmologia	3.069	2.357	1.846	60	2.063	87
Ortopedia	1.652	1.502	1.629	98	1.636	108
Otorrinolaringologia	548	598	370	67	571	95
Neurologia	863	851	404	46	633	74
Urologia	784	924	593	75	971	105
Angiologia	373	465	417	111	595	127
Nefrologia	443	357	178	40	404	113
Total	8.027	7.054	5.437	67	7.192	101

Fonte: SISMAR, Plano municipal de Controle e Avaliação

Percebe-se que em 2010, houve agendamento de somente 67% da demanda de consultas especializadas detectada na rede municipal, enquanto em 2011 o aproveitamento foi melhor, ou seja, de 101%.

Para os exames pesquisados, verificamos que:

Quadro 19: Análise dos agendamentos de exames de média complexidade em 2010 e 2011, a partir da demanda observada:

Exame	Demanda		Agendamentos			
	2010	2011	2010		2011	
			Nº	%	Nº	%
Teste ergométrico	193	337	330	171	239	71
Ultrassonografias	2.679	2.829	2.155	80	2.421	85
Endoscopia	350	397	208	59	396	99
Audiometria	148	102	130	88	106	104
Total	3.370	3.665	2.823	84	3.162	86

Fonte: SISMAR, Plano municipal de Controle e Avaliação

Podemos concluir que em 2010 os agendamentos para exames representaram 84% da necessidade apresentada pela rede. Já em 2011, pelo SISREG foram agendados 86% dos exames solicitados no município.

Quadro 20: Comparativo dos modelos adotados para agendamento pela SMS Pirai, em 2010 e 2011.

Modelo centralizado SISMARC	Modelo descentralizado PLANILHAS	Modelo descentralizado SISREG
Ausência de cotas por unidade no sistema	Cotas por unidade	Cotas por unidade
Operadoras do sistema específicas para cada procedimento	Operadoras do sistema com conhecimento de todos os procedimentos	Operadoras do sistema com conhecimento de todos os procedimentos
Poucos Relatórios administrativos	Inexistência de Relatórios administrativos	Variedade de relatórios administrativos
Tempo de trabalho – 15 minutos	Tempo de trabalho- cerca de 1 semana	Tempo de trabalho- 3 minutos
Regulação e autorização através de formulário em papel, com uso de selos adesivados	Regulação pela utilização de selos adesivados.	Regulação e autorização online.
Critérios definidos de priorização dos dados clínicos	Sem clareza de definição de critérios de priorização, sujeito a clientelismo	Critérios definidos de priorização dos dados clínicos
Dificuldade na qualificação do preenchimento dos dados clínicos na referência	Dificuldade na qualificação do preenchimento dos dados clínicos na referência	Possibilidade de qualificação do preenchimento do dado clínico na referência

Fonte: Sisreg, Sismarc, Controle e Avaliação SMS Pirai

Pelas análises numéricas de agendamentos e de acordo com os fluxogramas apresentados, podemos entender que os sistemas ou métodos utilizados para marcação das consultas e exames estudados nesta pesquisa, antes do SISREG, apresentavam vários inconvenientes, a saber:

- Dificuldade de controle das cotas por unidade de saúde;
- Dificuldade de domínio de todas as rotinas dos sistemas ou métodos pelas operadoras;
- Inexistência de relatórios administrativos;
- Demora no agendamento e tempo de trabalho;
- Regulação incipiente através dos selos adesivados;
- Falta de qualificação no preenchimento das referências;
- Facilidade para a prática de clientelismo;
- Domínio das agendas pelos profissionais médicos;
- Dependência de carros, motoristas e papéis.

Utilizando a contribuição de Starfield (1979 e 2002) para avaliar a atenção primária, que propõe análise de estrutura e processos de atenção a partir de quatro elementos principais: o atributo do primeiro contato, o caráter coordenado ou integrador (seguimento ou continuidade do atendimento), o caráter amplo ou integral (oferta completa de serviços biopsicossociais, referência) e a "longitudinalidade" (vínculo no tempo), destacamos a coordenação do cuidado como a continuidade da assistência, em articulação com outros níveis de densidade tecnológica para a solução de problemas de usuários (referência e contra-referência). Inclui-se aí a articulação entre profissional e equipe, entre outras equipes e o compartilhamento de informações sobre o paciente. A integralidade neste contexto é vista como a capacidade de oferecer uma variedade de serviços para suprir as necessidades mais frequentes da comunidade. Neste sentido e considerando a importância da relação de complementaridade da Atenção Básica com a média complexidade, podemos perceber que apesar de rotineiramente, nas avaliações dos serviços públicos de saúde, se considerar a Portaria 1.101 como instrumento defasado e ultrapassado em termos de parâmetros de programação, o município de Pirai, em 2010 não conseguiu alcançar a meta programada para a realização de consultas médicas básicas segundo este documento, e ainda apresentou um número de consultas

de urgência bem acima do esperado, levando-nos a interrogar a atuação da estratégia Saúde da Família neste atributo do primeiro contato e no acesso ao usuário. Percebe-se neste sentido uma tendência forte de encaminhamentos para a atenção especializada e na realização de consultas de urgência., apesar do percentual de encaminhamentos , segundo o SIAB estar dentro dos parâmetros preconizados pelo MS e ainda considerando-se que a informação deste sistema representa um dado geral e não individualizado, que não garante o recurso para quem realmente necessita.

Percebe-se ainda uma questão cultural, na procura pelo médico especialista em detrimento do clínico geral. , apesar do tempo, cerca de 12 anos, de implantação da estratégia Saúde da Família em Piraí. A rotatividade médica pode ainda ser um agravante para tal situação. Merece ainda destaque, certa dificuldade de alguns profissionais da rede, no entendimento do que realmente significa regulação e hierarquização, e ainda falhas na definição de protocolos clínicos que auxiliem nos encaminhamentos para demais níveis de complexidade.

A percepção de que cada Unidade de Saúde da Família deveria funcionar como uma mini central de regulação vem sendo sinalizada pelo MS e recentemente em publicação da portaria MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, objetivando a reformulação da Atenção Básica e estratégia Saúde da Família, observa-se a necessidade de uma atuação mais centrada na coordenação do cuidado, descrevendo assim uma das atribuições das equipes de Saúde da Família:

“Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade” (MS, 2011).

Assim, necessitamos colocar em prática alguns preceitos descritos na portaria acima para uma aproximação com os princípios de integralidade e equidade. Segundo Silva Junior e Mascarenhas (2004), estes princípios se relacionam com os conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde. Acolhimento,

para os autores, incluiria as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho de equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para ordenamento dos serviços oferecidos. Vínculo e responsabilização englobariam não só a noção de longitudinalidade, mas a instituição de referências terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população. Estas referências reforçam a necessidade de integração da atenção primária com demais níveis de complexidade e ainda segundo Pinheiro (2003), devem ser acrescentados o processo de trabalho, a estrutura e a articulação da rede, a intersetorialidade, o sistema de informação para o cuidado, a equidade e o mecanismo de controle de acesso além da gestão participativa.

4 CONCLUSÃO

A pesquisa revelou os mecanismos ou métodos adotados para o funcionamento das marcações de consultas e exames de média complexidade da rede própria municipal, bem como evidenciou as vantagens e desvantagens de cada um, destacando-se o sistema adotado mais recentemente, o SISREG como método mais vantajoso, que possibilita transparência nos agendamentos, otimização de recursos tanto da capacidade instalada de oferta de consultas e exames quanto de recursos humanos, através da redução do tempo gasto no processo de agendamento de cada procedimento, autonomia da unidade de saúde, regulação rápida e criteriosa, e maior proximidade com o usuário. Pelos recursos disponibilizados pelo sistema, podemos concluir que o SISREG representa um bom instrumento de gestão, que certamente auxiliará nas próximas programações de consultas e exames de média complexidade, evitando-se assim os equívocos apresentados na programação dos períodos analisados, onde se evidenciou problemas de acesso aos usuários nas consultas de Oftalmologia, Neurologia e Nefrologia em 2010 e Neurologia em 2011, devido à oferta inferior à demanda.

Também podemos concluir que a programação dos exames analisados apresentou oferta insuficiente diante da demanda identificada, contribuindo para a dificuldade de acesso aos exames de ultrassonografia, endoscopia e audiometria.

Isso implica, necessariamente, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento, construindo novos saberes e adotando inovações nas práticas de controle e avaliação. Daí a importância de se adotar instrumentos confiáveis que auxiliem na gestão, e neste caso específico, na programação e planejamento das ofertas de consultas e exames, bem como no monitoramento e avaliação das demandas observadas e resultados encontrados. Para tal, neste momento, o SISREG se mostra promissor, pois é fundamental que se busque maior otimização das vagas e cotas, bem como se realize reajustes necessários à dinâmica de funcionamento de uma central de marcação, entendendo este processo como contínuo.

A otimização do tempo de trabalho e a possibilidade de geração de relatórios administrativos representam um grande avanço, na adoção deste sistema de gerenciamento de agendas. A eliminação do papel e do uso de carros garante maior agilidade e permite aos funcionários do setor, maior qualidade de trabalho, uma vez que

possibilita a administração do sistema, controlando os percentuais de vagas ocupadas e garantindo o acesso dos usuários em um espaço menor de tempo de espera para a marcação. A qualificação no preenchimento das solicitações clínicas é evidente, uma vez, que se não estiver devidamente clara, objetiva e pertinente a descrição do caso clínico, serão devolvidas online e poderão rapidamente ser corrigidas, facilitando o processo.

Tendo sido detectados nesta pesquisa problemas de acesso devido à falta de instrumentos de gestão apropriados para planejamento e programação, impõe-se uma barreira que compromete a integralidade e longitudinalidade do cuidado, prejudicando a qualidade da assistência como um todo, e assim podemos concluir a importância de sistemas que oportunizem otimização de recursos e facilitem o acesso aos usuários.

Por fim, cabe ainda ressaltar que, tão importante quanto buscar instrumentos de gestão confiáveis, existe a constatação de funcionamento de um complexo regulador sólido, construído ao longo dos anos, que se constituiu em um fundamental instrumento de apoio à gestão, sendo necessário por sua especificidade, se aperfeiçoar e se reorganizar constantemente em prol da garantia do acesso e da integralidade.

REFERÊNCIAS

BATISTA, S. Regulação da Assistência. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, Brasília DF, CONASS, 2007..

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, Brasília DF, CONASS, 2007.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência a Saúde/SUS - NOAS. Brasília. DF. 2001.

_____. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília. DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). Brasília, DF, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002. Brasília. DF. Ministério da Saúde; 2002. Diário Oficial Da União. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação da Saúde. Caderno da SAS. Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 648/março 2006 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006 que Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 699/março de 2006 que Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, DF. Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.559 de agosto de 2008 que Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria GM nº 3046. Brasília, DF, 1982.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Rio de Janeiro: Direção Geral do INAMPS, 1983.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, aprova a Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/90, Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa, Brasília, 2011.
CAMPOS, G. W. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde, 2006

COHN, A. et al. A saúde como direito e como serviço. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999. 161p.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.417-1.423, set.-out. 2004.

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p 5-15, set - dez 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.29-47.

FERREIRA, J.B.B. et al. O Complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface – Comunic. Saúde, Educação*. Botucatu. Disponível em <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo179pdf>>. Acesso em 22 de julho de 2010. Pré publicação.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, n. 26, p. 37-61, 2002.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, v. 20, supl.2, p. 331-336, 2004.

LOCKS, Maria Teresa Rogério. Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis: um estudo de caso. 2002. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina; Santa Catarina, 2002.

MAGALHÃES J. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

MENDES, E.V. - A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde de Minas gerais. 2007.

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

_____. SUS: Mudar para avançar, 2006.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Agir em saúde – um desafio para o público”. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002b (Saúde em debate 108. Série Didática 6).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde, São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

_____. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis. Vozes. 2000.

OLIVEIRA, R.R.. Os Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

_____. Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Florianópolis. 2001.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E.. A Regulação Pública da saúde no Estado Brasileiro : uma revisão. Interface, Botucatu. 2006. 10 (19): 25 – 41.

SANTOS, G.F. Economia e gestão da política de saúde no período 1995/2002. In: I jornada de Economia da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.abres.cict.fiocruz.br/>, acesso em 23/09/2010.

SCHAIBER, L.B. Desafios atuais da integralidade em Saúde, 1999.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. 2005. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. p. 77-89.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

STARFIELD B. Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF, Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS C; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: S190-S198, 2004.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Washington, OPS/OMS, 1998.

YUNES, J. Descentralização. Gestão local: construindo municípios saudáveis. Goiânia: Conasems, 1998. p. 39-48. (Relatório do XIV Congresso Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Livro 10.

APÊNDICE – Roteiro da entrevista com as funcionárias da Marcação de Consultas .

Identificação:

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Escolaridade: () 1º grau incompleto () 1º grau completo

() ensino médio incompleto () ensino médio completo

() 3º grau área: _____ ano: _____

() Pós- graduação área: _____ ano: _____

Função na SMS: _____

Tempo de serviço na SMS: _____ na função atual: _____

QUESTÕES PARA AS OPERADORAS DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS :

- 1) Como chegam as solicitações de agendamento dos encaminhamentos originários da rede de Atenção Básica do município chegam na SMS para as consultas e exames realizados no Hospital Flávio Leal?
- 2) O que acontece com as referências após chegada no seu setor?
- 3) O setor utiliza algum sistema informatizado ou outro mecanismo para realização dos agendamentos no Hospital Flávio Leal? Quais são e como funcionam ?
- 4) Quanto tempo é necessário para realizar o processo de agendamento nos mecanismos adotados ?
- 5) Que facilidades ou dificuldades você apontaria nos diversos mecanismos utilizados?

- 7) Quais procedimentos e ou consultas (realizados no Hospital Flávio Leal) estão sob regulação no setor e como são regulados ?
- 8) O setor tem protocolo administrativo que define os critérios de priorização para agendamentos?
- 9) Descreva o caminho percorrido pelo usuário , de acordo com o seu conhecimento, desde a consulta no PSF até o recebimento de seu agendamento.
- 10) Baseado em sua experiência no setor qual a importância de se utilizar sistemas informatizados ou outros mecanismos adotados na rotina de agendamento?