

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**Mestrado Profissional em Saúde Pública**

**ALBERTO LUIZ ALVES DE LIMA**

**A POLÍTICA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E  
A INTEGRALIDADE À SAÚDE DA MULHER: UMA  
ANALISE DA SITUAÇÃO DO DISTRITO  
SANITÁRIO III DA CIDADE DO RECIFE**

**RECIFE**

**2010**

**ALBERTO LUIZ ALVES DE LIMA**

**A POLÍTICA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E A INTEGRALIDADE À SAÚDE DA  
MULHER: UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO III DA CIDADE  
DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães  
para obtenção do título de mestre em  
Ciências.

**Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior**

**Recife  
2010**

A331c Lima, Alberto Luiz Alves de.

A política de regulação da assistência e a integralidade à saúde da mulher: uma análise da situação do Distrito Sanitário III da cidade do Recife / Alberto Luiz Alves de Lima. — Recife: A. L. A. de Lima, 2010.

85 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Regulação e Fiscalização em Saúde. 3. Serviços de Saúde da Mulher. 4. Avaliação em Saúde. I. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. II. Título.

---

CDU 614.39

ALBERTO LUIZ ALVES DE LIMA

A POLÍTICA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E A INTEGRALIDADE À SAÚDE DA  
MULHER: UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO III DA CIDADE DO  
RECIFE

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães  
para obtenção do título de mestre em  
Ciências.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra  
Departamento de Medicina Social - UFPE

---

Dr. Sidney Feitosa Farias  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

---

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dedico esse trabalho a minha esposa **Regina**

Pelo incentivo, contribuição e paciência.

Por ser a mãe das duas razões que tenho para viver:

**Maria Cecília e Isabela -**

minhas filhas lindas.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pelo dom da vida.

As minhas filhinhas Maria Cecília e Isabela por serem o motivo da minha alegria.

A Regina minha esposa, que sempre me incentivou e apoiou nesses 16 anos.

A minha mãe, Dona Ana, por compreender as ausências neste período.

Ao meu pai, Seu José, por ser responsável (junto com Dona Ana) pela minha educação. Se estivesse aqui estaríamos comemorando mais essa vitória.

A minha sogra, por ser minha segunda mãe e pela torcida.

Ao meu orientador Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior por sua orientação competente. Minha gratidão.

Aos Docentes do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do CPqAM, responsáveis pelos bons debates e conhecimentos adquiridos neste período.

Agradecimento especial a Dra Giselle Campos Gouveia pela dedicação e apoio no momento mais difícil desta caminhada. Serei sempre grato!

A Dr. Maria Rejane Ferreira da Silva pela colaboração na fase de qualificação dessa pesquisa.

Aos meus amigos/colegas da turma do mestrado pelo companheirismo.

Ao amigo Tiago Feitosa, que me incentivou participar do Mestrado e pelo apoio neste período.

Aos Secretários de Saúde: Dra Tereza Campos, que autorizou a realização da pesquisa e ao Dr. Gustavo Couto pela compreensão e apoio nesta etapa final.

A equipe da Diretoria Geral de Regulação do Sistema pelo apoio dado ao “chefe”, e por todo empenho em realizar um bom trabalho e pela capacidade de superar os momentos difíceis.

Agradecimento especial as companheiras Márcia Ribeiro e Ana Lúcia Andrade pelo apoio e conselhos importantes, e por encararem a tarefa de comandar a Diretoria Geral de Regulação do Sistema na minha ausência.

Às pessoas entrevistadas para esse trabalho, pelo acolhimento e disponibilidade em compartilhar de suas experiências profissionais comigo.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma com o caminhar desta jornada, meu muito obrigado.

LIMA, A. L. A. A Política de Regulação da Assistência e a integralidade à saúde da mulher: uma análise da situação do Distrito Sanitário III da cidade do Recife. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde apresenta significativa fragilidade regulatória, decorrente, de um lado, do desalinhamento conceitual sobre o que é regulação em saúde e, de outro, da ausência de um marco regulatório próprio. Este estudo tem como objetivo analisar o processo de regulação assistencial, no tocante a integralidade da assistência a saúde da mulher. Trata-se de um estudo de caso sobre a política de regulação da Secretaria de Saúde do Recife (SMS-PCR) realizado no Distrito Sanitário III. O estudo foi baseado na realização de entrevistas semi-estruturadas junto aos informantes-chaves, em triangulação com outras fontes de dados, como a análise de documentos oficiais e dados secundários proveniente dos sistemas de informação ambulatorial (SIA/SUS) e de informações hospitalares (SIH/SUS). O estudo permitiu uma descrição da rede assistencial do Distrito Sanitário III, especificamente a rede de assistência à saúde da mulher, que apresenta lacunas no tocante a formatação de uma rede integrada e solidária; uma atenção básica pouco resolutiva; descontinuidade no percurso terapêutico da mulher e um escopo limitado da regulação assistencial. Com base nos achados, observou-se que há necessidade de se fortalecer a regulação assistencial no DS III como um instrumento de gestão, que contribua na organização do sistema de saúde local.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Integração, Regulação da Assistência.

LIMA, A. L. A. Policy adjustment assistance and completeness of women's health: an analysis of the situation of health district III city of Recife. 2010. Dissertation (Masters in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

### **ABSTRACT**

The Brazilian Health System has a significant regulatory weaknesses, stemming from one side of conceptual misalignment on what is regulation in health and, secondly, the lack of a proper regulatory framework. This study aims to analyze the process of adjustment assistance, in regard to comprehensive care to women's health. This is a case study of regulatory policy in the Department of Health Recife (SMS-PCR) performed on the Sanitary District III. The study was based on completion of semi-structured interviews with the key informants, triangulation with other data sources, such as analysis of official documents and secondary data from the outpatient information systems (SIA / SUS) and hospital information (SIH). The study provided a description of the health care network Health District III, specifically the network of health care to the woman, who has gaps regarding the formatting of an integrated network of solidarity; a little basic care resolute; discontinuity in the therapeutic journey of women and a limited scope of regulation of care. Based on the findings, it was observed that there is need to strengthen the regulation of care in the DS III as a management tool, which helps in organizing the local health system.

Keywords: Health Evaluation, Integration, Regulatory Assistance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Pirâmide etária do Distrito Sanitário III, Recife, 2009	36
Quadro 01 - Distribuição das categorias profissionais, gestores e gerentes, de acordo com a codificação adotada nas entrevistas. Recife, 2010.	40
Quadro 02 - Relação das especialidades médicas, odontológicas e procedimentos regulados pela Central de Regulação de Consultas e Exames. Recife, 2010.	48
Quadro 03 - Distribuição dos Serviços de Saúde na RPA 3, segundo microrregião. DS III, Recife, 2009.	51

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Razão de Mortalidade Materna (RMM) de acordo com o Distrito Sanitário. Recife, 2009.	37
Tabela 02 - Indicadores de natalidade (percentual), segundo distrito sanitário de residência. Recife, 2009.	38
Tabela 03 - Distribuição de Profissionais, segundo linha de saúde da mulher nas Unidades de Saúde do DS III - Recife, 2009.	52
Tabela 04 – Cobertura da produção por tipo de consultas médicas e parâmetros mínimos e máximos correspondentes (consulta/habitante/ano). Recife-PE, 2005 a 2007.	53

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS - síndrome da imunodeficiência adquirida

AIS – Programa das Ações Integradas de Saúde

AMEM – Ambulatório Especializado da Mulher

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CISAM – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COSEMS-PE – Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

CRCE – Central de Regulação de Consultas e Exames

DGRS – Diretoria Geral de Regulação do Sistema

DS – Distrito Sanitário

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESAM – Educadores em Saúde da Mulher

GAB – Gerência da Atenção Básica

GFA – Gerência de Fluxos Assistenciais

GM – Gabinete do Ministro

GPCA – Gerência de Programação, Controle e Avaliação

GTI – Gerência de Tecnologia da Informação

HCP – Hospital de Câncer de Pernambuco

HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

NHS – Serviço Nacional de Saúde (Inglaterra) – *National Health Service*

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NUTES – Núcleo de Telesaúde da UFPE

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC – Programa de Atenção à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PDR – Plano Diretor de Regionalização da Assistência

PSF – Programa de Saúde da Família

RPA – Região Político-administrativa

SADT – Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SSMC – Sistema de Marcação de Consultas

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	15
<b>1.1 Pergunta Condutora</b>	17
<b>2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL</b>	18
<b>2.1 Regulação no Setor Público</b>	18
<b>2.2 Contextualizando a Regulação</b>	19
2.2.1 Instrumentos da Regulação Assistencial	25
<b>2.3 Sobre Atenção à Saúde da Mulher</b>	27
<b>2.4 Integralidade da Atenção</b>	29
<b>3 OBJETIVOS</b>	34
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	
<b>4.1 Desenho do estudo</b>	34
<b>4.2 Local do estudo</b>	35
4.2.1 Caracterização do Distrito Sanitário III	35
<b>4.3 Sujeitos do estudo</b>	38
<b>4.4 Técnicas e procedimentos para coleta e análise dos dados</b>	38
<b>4.5 Aspectos Éticos</b>	41
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	42
<b>5.1 Regulação Assistencial no Recife: descrição do processo de implantação</b>	42
<b>5.2 Rede Assistencial do Distrito Sanitário III e o processo regulatório</b>	49
5.2.1 Característica da Gestão Local	49
5.2.2 Rede Assistencial	49
5.2.3 Indicadores Assistenciais do Distrito Sanitário III	52
5.2.4 Regulação no Distrito Sanitário III	54
<b>5.3 A Percepção Referente à Organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Distrito Sanitário III</b>	54
<b>5.4 A percepção a respeito do acesso aos serviços de referência à saúde da mulher</b>	61
<b>5.5 A percepção sobre a regulação assistencial e suas potencialidades para garantia da continuidade do cuidado à saúde da mulher.</b>	65
<b>6 CONCLUSÕES</b>	71
<b>7 RECOMENDAÇÕES</b>	73
<b>REFERÊNCIAS</b>	74

<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Servidor</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestor</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE C – Guia de Entrevista</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO A -</b>	<b>85</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) o SUS tem o compromisso de prestar assistência universal e integral, de forma equânime e de boa qualidade à população (BRASIL, 1990). No entanto, o cenário atual apresenta problemas centrais que dificultam concretizar os princípios orientadores do SUS, entre os quais o CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (2005) destaca as dificuldades de regulação do sistema. Mendes (2002) também aponta que o SUS apresenta significativa fragilidade regulatória e isso decorre, de um lado, da falta de um alinhamento conceitual sobre o que é regulação e, de outro, da ausência de um marco regulatório próprio, já que muito do que se faz é herdado da “cultura inampiana de regulação”.

O Sistema Único de Saúde vem construindo ao longo desses vinte anos, um arcabouço normativo (leis, normas, portarias, etc.) que tem por finalidade contribuir no desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão, que concorram para a concretização da organização de redes funcionais de saúde no SUS.

A NOAS 01/2002, por exemplo, ao reafirmar a regionalização como base para a organização de sistemas hierarquizados de serviços de saúde busca se apoiar sobre incremento das funções de gestão e regulação dos estados e municípios frente aos novos desafios do setor da saúde (BRASIL, 2002). A Portaria GM/MS nº. 399, que divulga o Pacto pela Saúde, reafirma em suas diretrizes os princípios do SUS e reforça a importância da reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde, no âmbito dos estados, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Em conformidade com o processo de descentralização e avanço da gestão do SUS, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 1.559, de agosto de 2008, que discorre sobre a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho. Para tanto apresenta a regulação como um dos instrumentos de gestão do SUS, que visam a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Neste contexto, a Secretaria de Saúde do Recife cria a Diretoria Geral de Regulação do Sistema (DGRS), responsável por instituir a **contratualização dos hospitais filantrópicos** sob gestão municipal. Este evento é considerado pela gestão como o Marco na Regulação da Saúde no município.

A criação da DGRS tornou-se a base para implantação de ferramentas necessárias à regulação assistencial, tais como: a Central de Regulação de Consultas e Exames (CRCE); a incorporação da Gerência de Programação, Controle e Avaliação (GPCA), a implantação da Gerência de Auditoria Assistencial (GAA) e da Gerência de Fluxos Assistenciais (GFA). Esses componentes tem como finalidade a organização da rede de referência e construção dos pactos entre distritos e unidades, no sentido de coordenar fluxos assistenciais.

No âmbito das políticas específicas, há um esforço da gestão municipal na organização da rede de atenção à saúde da mulher, que se apresenta ainda desarticulada e com pouca resolubilidade em todos os níveis, pelas lacunas assistenciais e restrições observadas às respostas das demandas das usuárias. A gestão municipal elaborou a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Recife, cuja construção teve participação e articulação com os movimentos sociais e universidades, visando garantir a saúde sexual e reprodutiva das mulheres recifense em busca da cidadania e equidade de gênero.

De acordo com o Relatório de Gestão da Atenção Integral à Saúde da Mulher no Recife, referente ao período de 2001 a 2006 (RECIFE, 2007), foram elencadas como prioridades de gestão, a redução da mortalidade materna e a diminuição da incidência de câncer de colo do útero. O trabalho da Secretaria de Saúde está voltado para fortalecer essas ações, com a implantação de novas atividades e serviços, visando facilitar o acesso, a partir dos serviços básicos de saúde, a uma assistência integral a saúde da mulher.

Esse processo inclui o esforço de estruturação, de forma regionalizada, de serviços especializados de referência como: climatério, mastologia, contracepção cirúrgica voluntária, assistência à infertilidade, testagem rápida para HIV/ sífilis, assistência às mulheres vítimas de violência sexual e doméstica e humanização ao abortamento seguro.

As ferramentas de regulação utilizadas pela Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Recife, no sentido de coordenar o cuidado, estão voltadas para mudanças dos processos de trabalho dos vários níveis de atenção; a definição dos

perfis de cada unidade; a construção de fluxos assistenciais com referência e contra-referência e atualização da linha de cuidado visando a continuidade da atenção.

Esse estudo procura investigar se esses instrumentos regulatórios contribuem para a integralidade do cuidado a saúde da mulher no Distrito Sanitário III da cidade do Recife. No entanto, é importante registrar a posição do pesquisador, que está implicado com o processo de coordenação da Política de Regulação desde a sua implantação.

Desta forma, mesmo tratando-se de uma investigação acadêmica, com aporte de referencial teórico e baseado em evidências científicas, há constante implicação da prática do autor como agente envolvido no objeto de estudo. Daí seu interesse especial sobre a visão dos atores implicados com essa política e em particular sua interface com a integralidade, como recorte do estudo, coerente com a proposta do mestrado profissional.

Essa pesquisa se justifica pela escassez de estudos e literatura científica sobre a política de regulação municipal, principalmente no que se relaciona a sua capacidade de contribuir com a integralidade da atenção à saúde da mulher.

### **1.1 Pergunta Condutora**

Qual a percepção dos atores na política de regulação, sobre a assistência integral à saúde da mulher no Distrito Sanitário III da Cidade do Recife?

## **2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL**

### **2.1 Regulação no setor público**

A regulação é uma das funções essenciais do Estado que, entre outras atribuições, é responsável por regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância e qualidade para a sociedade, cujo objetivo, teoricamente, é garantir que o sistema, no seu todo, atinja seus objetivos principais (FARIAS et al. 2008).

No âmbito da economia, quando o cenário aponta para a existência de uma relação perfeita de livre competição, o mercado define a quantidade ótima a ser produzida em uma dada sociedade, chegando ao equilíbrio, onde produtores e consumidores tem seus objetivos alcançados. No entanto, quando uma das condições de perfeita competição não ocorre, fica evidente as falhas de mercado, o que justifica a intervenção reguladora do Estado na economia (CASTRO, 2002; DONALDSON; GERARD, 1993). Ainda na perspectiva da economia a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir as disfunções do mercado, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle, no sentido de otimizar a alocação dos escassos recursos disponíveis na sociedade (SANTOS; MERHY, 2006).

Donaldson e Gerard (1993) identificam cinco características da perfeita competição e conseqüentemente equilíbrio de mercado, quais sejam: racionalidade; inexistência de externalidades; perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor; consumidores bem informados com capacidade de decidir sobre seu consumo; numerosos e pequenos produtores sem poder de mercado. Características essas, que segundo os mesmos autores, não estão presentes no setor saúde, justificando, nesse caso, uma ação mais intensa do Estado.

Castro (2002) ao analisar as principais falhas de mercado que ocorrem no setor saúde aponta que há necessidade do Estado de intervir a partir de regulamentações, ou mesmo diretamente, por meio da produção de serviços de saúde. Apresenta sua preocupação da seguinte forma:

É muito pouco provável que se alcance a equidade através das leis do mercado porque este reforçará o padrão existente de distribuição, que é normalmente definido pelo nascimento, pela renda e pela educação. Além disso, tenderá a alocar os serviços conforme a capacidade de pagamento, prejudicando especialmente os mais desfavorecidos e doentes (CASTRO, 2002).

De acordo com Santos e Merhy (2006) o “ato de regular em saúde” é parte integrante do campo de prestação de serviços, onde é exercido pelas instituições que provêm ou contratam serviços de saúde. Os Autores completam que o conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde apresentam vários entendimentos, e que ainda são objetos de debates.

## 2.2 Contextualizando a Regulação

O conceito de regulação é muito amplo e sua aplicação original nos remete a discussão anterior, onde, no contexto em que o mercado é incapaz de garantir uma prestação de serviços, dentro de padrões aceitáveis à sociedade, faz-se necessária a intervenção do poder público a partir de mecanismos reguladores. Tem-se então, a utilização do termo regulação, no âmbito do papel do Estado sobre o comportamento do mercado.

O Estado apresenta uma estrutura normativa e regulamentadora, que constitui a base de apoio do seu poder coercitivo e regulador sobre o mercado. No entanto, alguns fatores diferenciam a regulação pública da regulamentação ou normatização geral, constitucionalmente exercida pelo Estado.

Santos e Merhy (2006) fazem distinção entre os termos regulação e regulamentação. De acordo com esses autores regulamentar é compreendido como o ato de normalizar em regras a intencionalidade do ator ao exercer a sua capacidade, o seu poder instituído ou em disputa. Essa intencionalidade é a expressão da regulação. Portanto, o processo de regulamentação estará subordinado ao processo principal de regular.

Na tentativa de enquadrar o conceito de regulação Walshe (2003), apresenta quatro características fundamentais para o desenvolvimento do processo regulatório:

- a) **Mandato legal:** o regulador deve ser reconhecido como autoridade competente, pelas partes interessadas, para exercer sua função;

- b) **Centralização da responsabilidade:** para o maior controle das atividades, evitando que as partes interessadas trabalhem por seus interesses individualmente;
- c) **Função mediadora a partir de terceiros:** “autonomia” para tomada de decisões livre de influências políticas;
- d) **Ação de interesse público:** o processo de regulação se destina a servir alguns objetivos essenciais da sociedade.

A partir dessas características chega-se a uma definição de regulação, que se traduz pelo poder que um ente público independente, com mandato oficial, detém para formatar e normatizar o funcionamento de organizações que prestam serviços específicos à sociedade, quer seja em caráter público e/ou privado (SELZNIKE, 1985).

As diversas definições de regulação fazem referência a dois tipos distintos: a regulação econômica e a social, onde a econômica, por meio de organizações reguladoras, visa controlar ou influenciar a demanda, oferta ou preço dos bens e serviços. A regulação social tem natureza mais ampla e influencia ou controla as organizações reguladoras que indiretamente afetam as questões de oferta, demanda e preço (WASHE, 2003).

A regulação, enquanto ação social pode ser conceituada como um conjunto de ações mediatas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia, compreendendo tanto o ato de regulamentar, quanto às ações que asseguram o cumprimento destas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006).

Segundo Washe (2003), as estratégias de regulação de cada seguimento definem e determinam a existência de tipos predominantes de regulação, que podem ser do tipo punitivo; outros apresentam um processo de regulação compreensiva baseado em ações educativas. Ainda há os que unem as duas formas de abordagem, sendo classificados como de regulação responsiva.

No campo da saúde a regulação é uma ação estratégica, sobretudo na seleção de prioridades para a oferta de serviços, com finalidade de ampliar a efetividade e eficiência na prestação de serviços. Neste sentido Nuñez *et al.* (2006) apresentam o

termo coordenação assistencial, como sendo o conjunto de ações e atividades com finalidade de resolver os problemas do setor saúde, principalmente no que refere-se a **ineficiente gestão de recursos; a perda de continuidade do cuidado e qualidade do atendimento.**

Após rápida apresentação da conceituação de regulação utilizada internacionalmente, buscamos os conceitos praticados no SUS. Ao analisar a etimologia da palavra “regulação” verifica-se que ela significa ato ou efeito de regular. No setor saúde o termo regulação toma vários sentidos. Magalhães Jr (2006) apresenta que o termo regulação tem sido utilizado com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados:

[...] estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado (MAGALHÃES JR; 2006, p.70).

Segundo Santos e Merhy (2006), o processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance. E essas disputas ocorrem em duas dimensões: a **macro regulação** – referente às definições das políticas mais gerais das instituições – a **micro regulação** – onde o processo regulatório pode se dar no cotidiano das pessoas. Os autores afirmam que a micro regulação, ou regulação assistencial, traduz o cotidiano da operação do sistema, as regras gerais estabelecidas na macro regulação, e dota a gestão de “inteligência reguladora operacional”.

A regulação, no sentido de estabelecer regras, normatizações e critérios para utilização dos serviços de saúde pelos usuários e para a rede prestadora de serviços, está presente no sistema de saúde brasileiro desde as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), passando pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS); Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) até o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (FORSTER; FERREIRA, 2005; SANTOS; MERHY, 2006).

A partir da Lei Orgânica da Saúde (8080/90), seguida das normas infra-constitucionais, como as Normas Operacionais Básicas (NOB) e principalmente a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), iniciou-se o processo de institucionalização da regulação.

A NOAS 01/2002 tinha como finalidade a regionalização da assistência, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal; definiu mecanismos para a reorganização dos fluxos de referência e contra-referência e introduziu o conceito de “regulação assistencial”. A NOAS estabeleceu o fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS, bem como a exigência, aos estados e municípios, de elaborar os Planos de Controle, Regulação e Avaliação (BRASIL, 2001).

A definição de regulação adotada pela NOAS é “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” (BRASIL, 2001). No entanto, com as restrições a sua implantação, a NOAS apenas tentou fazer o enquadramento das diversas situações em modelos, pressupondo uma forte atividade de regulação dos estados, e acabou por freiar o processo de descentralização para o âmbito municipal. Além disso, a proposta de regulação restringia-se à assistência de média e alta complexidade, mantendo a separação entre “controle, regulação e avaliação” e “auditoria”. Mais recentemente, a regulação aparece enquanto atividade específica, delimitando o seu potencial de intervenção e separando-a das atividades de controle e avaliação (SANTOS; MERHY, 2006).

A Portaria GM 399/06 referente ao Pacto pela Saúde, propõe qualificar a gestão do SUS, com maior participação dos gestores da saúde das três esferas de governo, e suas diretrizes podem contribuir para organização do sistema. Destaca-se no Pacto de Gestão, a indicação da necessidade de incremento a regulação da atenção no sistema de serviço de saúde, cujo principal objetivo é o de promover a equidade de acesso e a integralidade da atenção (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde define a regulação como uma diretriz e cria uma linha de financiamento de custeio específico para regulação, incluída no bloco de financiamento da Gestão e apresenta os princípios orientadores do processo de regulação com definição de metas a serem alcançadas; assim como explicita as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, Distrito Federal e União; definindo conceitos para as principais estruturas e instrumentos regulatórios (BRASIL, 2006c).

Neste sentido, a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, instituída a partir da Portaria GM/MS nº 1559/2008, tem como finalidade orientar os

entes federados, no sentido de que se organizem redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde no âmbito de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2008). Esta política reforça a necessidade de se estruturar as ações de regulação, controle e avaliação, bem como o fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde. Essa portaria organiza as ações de regulação em saúde em três dimensões de atuação:

- a) Regulação dos Sistemas de Saúde;
- b) Regulação da Atenção à Saúde;
- c) Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial.

A **Regulação dos Sistemas de Saúde**, dirigida aos sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, é a mais ampla das três, tendo como foco a produção de bens e serviços de saúde. Nessa dimensão verifica-se se as regulamentações que devem ser seguidas para execução das políticas de saúde estão sendo cumpridas. Ao mesmo tempo em que aponta para execução das ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. Suas ações correspondem a elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão, como: o planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde; o controle social e ouvidoria em saúde; vigilância sanitária e epidemiológica; regulação da saúde suplementar; auditoria assistencial ou clínica; e avaliação e incorporação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2008).

A dimensão da **Regulação da Atenção à Saúde** tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, e seu objeto é a prestação de ações diretas e finais de atenção à saúde, estando dirigida aos prestadores públicos e privados. Esta dimensão é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Contempla as seguintes ações: cadastramento de usuários (no Sistema do Cartão Nacional de Saúde), estabelecimentos e profissionais de saúde (no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES); contratualização de serviços de saúde; habilitação para a prestação de serviços de saúde; elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; Programação Pactuada e Integrada – PPI; avaliação de desempenho dos serviços e

da gestão e de satisfação dos usuários; avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2008).

A **Regulação do Acesso** tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. É efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão. Esta dimensão contempla as ações de regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. (BRASIL, 2008).

Utilizando-se dessa dimensão, Magalhães Jr. (2006, p76) constrói a seguinte definição:

[...] “a regulação assistencial consiste em oferecer a melhor opção de atenção possível para determinada demanda. Trata, então, de organizar e garantir o acesso dos usuários e suas demandas aos vários serviços ofertados pelo sistema de atenção.”

Nesta perspectiva a ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os serviços, assim como a relação entre esses serviços. É definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso (BRASIL, 2006a).

Esta ideia é corroborada por alguns autores, que elencam os elementos necessários para efetivação da regulação assistencial:

- a) a conexão dos serviços de saúde no processo de acompanhamento do cuidado;
- b) existência de sistema de informação eficiente;
- c) utilização de projetos terapêuticos individuais para atendimento dos usuários;

- d) a sincronização entre as partes do sistema para que a assistência seja prestada no local e momentos adequados (MAGALHÃES JR, 2006; NUÑEZ et al. 2006; SANTOS; MERHY, 2006).

Este estudo adota o conceito de regulação mais usual no Brasil, no que se refere a regulação assistencial, que trata dos elementos de funcionamento que permeiam a relações entre a demandas e a oferta de serviços do sistema de saúde. Essa política de regulação assistencial agrega vários componentes, tais como: a contratualização de serviços de saúde (rede própria e complementar), o controle da produção assistencial, a avaliação e auditoria assistenciais, os fluxos assistenciais, e a central de marcação de consultas e exames. Entendendo que os mecanismos da regulação operam cotidianamente em todos os espaços assistenciais e com todos os trabalhadores de saúde participando e operando a regulação de alguma forma (MAGALHÃES Jr. 2006).

### 2.2.1 Instrumentos da Regulação Assistencial

Os instrumentos de regulação são facilitadores da articulação da rede de prestação da assistência à saúde. A continuidade do atendimento ao paciente implica em que se estabeleçam mecanismos de articulação apropriados entre os diferentes níveis de atenção, que possibilitem não somente a transferência dos pacientes à assistência necessária, como também o intercâmbio de informações e o apoio técnico-administrativo para o funcionamento adequado dos níveis assistenciais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1990).

Santos e Merhy, (2006) consideram o financiamento, que é utilizado como instrumento no processo regulador, como o principal mecanismo indutor de ações e serviços de saúde. Destacam ainda outras ferramentas que apóiam a regulação, como: a definição de rede prestadora, os contratos de prestação de serviços, o cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde, a programação assistencial, as Autorizações das Internações Hospitalares (AIH) e Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), as bases de dados nacionais, as centrais informatizadas de leitos, a auditoria analítica e operacional, o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, avaliação e monitoramento das ações de atenção à saúde, dentre outros.

A Portaria GM/MS nº 1559/2008 apresenta uma estrutura centralizadora das operações de regulação, formada por unidades operacionais conhecidas como centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas, que agregadas são denominadas de **complexo regulador** – definição que será adotada nesse estudo. Esta estrutura pode ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, podendo ser estadual, regional ou municipal (BRASIL, 2008).

De acordo com as diretrizes para implantação de complexos reguladores a estruturação do Complexo Regulador permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade em uma estrutura de regulação, para tal algumas ações são necessárias para implantar e/ou implementar a mesma, garantindo a efetividade da sua atuação. Destacam-se as seguintes ações: a existência e funcionamento do Plano Diretor de Regionalização (PDR), e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) - do Estado; definição da área de abrangência; conhecimento dos recursos assistenciais dentro da área de abrangência, bem como dos fluxos de informações e o exercício da autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes (BRASIL, 2006).

Os complexos reguladores permitem, aos gestores, articular e integrar dispositivos de regulação do acesso, como: centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais, a outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como a outras funções da gestão, como planejamento e regionalização (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006).

A central de regulação é a estrutura básica do complexo regulador, que compreende toda ação-meio do processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, com a finalidade de garantir o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade instalada nas unidades prestadoras de serviços (BRASIL, 2006b).

Para operacionalizar a central de regulação é necessário que o gestor defina previamente a sua estratégia de regulação, que envolve a cobertura territorial da central; o escopo, ou seja, quais procedimentos e especialidades estarão vinculados a central, bem como a definição de recursos físicos e financeiros alocados para atendimento à população própria e referenciada; e a definição de unidades solicitantes, executantes e dos profissionais de regulação (BRASIL, 2006b).

As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, sendo implantadas de acordo com a estratégia do gestor (BRASIL, 2006C).

Assim é possível trabalhar com centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos, como por exemplo: terapia renal substitutiva, transplantes e os procedimentos contemplados na Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC) e bem como procedimentos estratégicos de alguma política de saúde específica.

### **2.3 Sobre atenção à saúde da mulher**

Historicamente o enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres, de maneira a assegurar que os filhos atendessem às necessidades da reprodução social. Havia forte crítica por parte do movimento feminista brasileiro, no que pese esses programas que apresentavam uma perspectiva reducionista do cuidado com a mulher (BRASIL, 2007).

Com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, inicia-se uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres” (AISM). Esse conceito, segundo Osis (1998), implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução.

O PAISM é apresentado no contexto da política de expansão e consolidação da rede de serviços básicos de saúde, num cenário de contraposições e lutas do Movimento Sanitário Brasileiro. De acordo com Mandú (2002) um dos pontos positivos desse programa foi o de oficializar o conceito de integralidade como princípio fundamental de organização da atenção à mulher, traduzido como atenção a todas as necessidades de saúde da adolescência à terceira idade feminina.

Em suas proposições, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher previa a implementação nacional de medidas clínicas e educativas, a partir de

critérios epidemiológicos, para acompanhamento da gestação, parto, puerpério, controle das doenças sexualmente transmissíveis, câncer ginecológico, além de medidas de anticoncepção e tratamento da infertilidade, garantido a partir de orientação, acompanhamento da saúde e a oferta de meios apropriados (BRASIL, 1984).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 apresenta uma nova proposta de regionalização da assistência à saúde, sob responsabilidade estadual, com a finalidade de conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde e estabelece novas responsabilidades para os municípios, entre elas a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino (COELHO, 2003).

O PAISM apresentava várias lacunas entre as quais: atenção climatério/menopausa, infertilidade e produção assistida, saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde mental; e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Apresentava também a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, tais como: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2007).

O Pacto pela Saúde, publicado em 2006, com o objetivo de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão pactuada do SUS, a partir da efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do Estado, veio promover inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida estabelece seis prioridades com definição de objetivos e metas: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; promoção da Saúde e fortalecimento da Atenção Básica, com a finalidade de qualificar a assistência. É certo que a saúde da mulher está coberta por todas as outras prioridades, entretanto três indicadores ligados

diretamente a esta linha de cuidado se destacam pela sua importância na avaliação das condições de saúde: o controle do câncer do colo de útero e de mama, bem como a redução da mortalidade infantil e materna.

## 2.4 Integralidade da atenção

Integralidade é um termo polissêmico. No âmbito da saúde, não existe consenso sobre o assunto. A amplitude deste termo possibilita atribuir diversas conotações, de acordo com perspectiva de análise do pesquisador. Contudo, caberia certa precaução crítica no sentido de evitar que o redimensionamento conceitual possa resultar no esvaziamento teórico do próprio conceito, pois se a integralidade fosse tudo perderia o seu potencial heurístico.

De outro ponto de vista, ao tentar dar um único sentido à integralidade pode-se limitar a diversidade de ideias e sujeitos que se orientam por esse período (AYRES, 2009). O autor apresenta quatro eixos, interdependentes, que se norteiam pela ideia da integralidade:

- a) **Eixo das Necessidades** – refere-se à capacidade de resposta às demandas de atenção à saúde;
- b) **Eixo das Finalidades** – diz respeito à integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da saúde;
- c) **Eixo das articulações** – diz respeito à composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais para atenção à saúde, e o
- d) **Eixo das interações** – refere-se às interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado.

Na literatura internacional o termo “continuidade dos cuidados” é utilizado para passar a ideia de integração dos pontos de atenção ao paciente, bem como a manutenção da assistência à saúde ao longo do tempo (REID et al., 2002; NUÑEZ et al., 2006).

Para Reid et al. (2002) a continuidade do cuidado é o resultado de uma combinação do acesso adequado dos cuidados aos doentes, bom relacionamento interpessoal, bom fluxo de informação entre fornecedores e organizações, e de

coordenação entre os prestadores de cuidados. Para os pacientes é a prática do cuidado coerente e integrada ao longo do tempo. Para os fornecedores é a necessidade de ter informação e conhecimento suficientes sobre um paciente para melhor aplicar a sua competência profissional, e o reconhecimento e confiança dos seus cuidados por outros provedores.

Para Nuñez et al. (2006), a continuidade do cuidado é definida como o grau de coerência e integração das experiências da atenção à saúde recebida pelo paciente ao longo do tempo. As autoras afirmam ainda que esta integração é resultado da coordenação dos serviços de saúde.

No Brasil, a integralidade fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 80, surgiu em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS (CONILL, 2004).

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) apresenta o termo integralidade para designar uma diretriz para organização do Sistema Único de Saúde. De acordo com Mattos (2004) este termo tem funcionado como uma imagem-objetivo, onde os profissionais de saúde tentam identificar “características desejáveis do sistema de saúde” e de suas práticas, comparando com a realidade vigente.

Segundo Paim (2004) a integralidade deriva, originariamente, de uma noção proposta pela chamada medicina integral (comprehensive medicine). Ainda de acordo com autor a medicina integral tem sua gênese nos modelos da história natural da doença, onde seria capaz de articular esses cinco níveis de prevenção<sup>1</sup> (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação) sobre o processo Saúde-doença.

A medicina integral foi um movimento que se opunha ao ensino médico nos Estados Unidos, onde o exercício da medicina estava voltado para a fragmentação da assistência ao paciente, inserida num sistema que privilegiava as especialidades médicas, reduzindo o paciente a um sistema ou aparelho anátomo-fisiológico, desconsiderando os aspectos psicológicos e sociais (MATTOS, 2001).

---

<sup>1</sup> Prevenção entendida no contexto do processo saúde-doença, onde: a **prevenção primária** compreende as ações de promoção e proteção da saúde (período pré-patogênico); a **prevenção secundária** (recuperação da saúde) e **prevenção terciária** (reabilitação da saúde) (PAIM, 2004).

No Brasil a medicina integral apresentou-se de forma peculiar, contribuindo para a construção do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, como afirma Mattos:

Aqui, o movimento de medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, mas associou-se num primeiro momento à medicina preventiva, locus privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria posteriormente chamado de movimento sanitário (MATTOS, 2001).

A partir da discussão sobre medicina integral, medicina preventiva, saúde coletiva tem-se a construção da noção de integralidade como, “característica da boa prática da biomedicina” (MATTOS, 2001). Neste sentido o autor complementa que o profissional de saúde é o grande responsável por “discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários”.

Colaborando com essa ideia, Narvai (2005) considera que o trabalho na rede básica apresenta-se como um dos mais complexos da rede de saúde, pois “para o seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, é necessário ter domínio e saber aplicar conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos.”. Reforça ainda, que este conhecimento sobre o processo saúde-doença deve pertencer a todo conjunto de profissionais do SUS seja qual for o nível de atenção.

Um dos sentidos da integralidade, apresentado por Mattos (2001), está vinculado às respostas governamentais aos problemas de saúde. Esse aspecto da integralidade reafirma a incorporação de ações voltadas para prevenção e ações voltadas à assistência, conferindo a responsabilidade governamental de responder a certos problemas de saúde.

Assumindo uma dimensão das relações institucionais, no âmbito de discussão sobre os determinantes do processo saúde-doença, Narvai (2005) levanta a preocupação de não se alcançar a integralidade, caso não existam estratégias intersetoriais (políticas sociais e econômicas), que garantam o atendimento das necessidades de saúde. Magalhães Jr. (2006) corrobora com a ideia de que a integração das políticas públicas pode potencializar efeitos positivos no quadro social de uma comunidade.

A partir da apresentação dessas noções e entendimentos sobre integralidade pode-se sintetizar que: a garantia do princípio da integralidade corresponde atributos

relacionados ao sistema de atenção e ao processo de atenção individual (GIOVANELLA et al., 2002). A autora detalha esses atributos, como:

Atributos do sistema de atenção que permitam a garantia de forma articulada das ações correspondentes aos três campos – promoção, prevenção e recuperação – e nos diversos níveis de complexidade, conforme as necessidades de indivíduos e coletividades. E atributos do processo individual de atenção que garantam uma abordagem holística do indivíduo em suas dimensões biopsicossociais (GIOVANELLA et al., 2002, p.46).

No setor saúde, a integralidade é compreendida como resultado da ação intersetorial com a finalidade de garantia do acesso e atendimento das necessidades do usuário. Estas ações envolvem as equipes de saúde que operam nas unidades e a rede de serviços, a partir de fluxos assistenciais bem definidos, sendo a integralidade resultante da articulação entre os serviços, com responsabilidades bem definidas em cada nível e com objetivo comum (GIOVANELLA et al., 2002a, 2002b; MAGALHÃES, 2006; MATTOS, 2001).

Hartz e Contandriopoulos (2004), discorrem que a integralidade da atenção pode ser alcançada, a partir do desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação próprios, no âmbito do sistema de saúde, buscando a integração de serviços e eliminando barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, configurando, desta forma, num “sistema sem muros”.

Cecílio e Merhy (2003) no seu estudo sobre a integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, afirmam que não há integralidade sem uma rede organizada que atenda a real necessidade de cada pessoa. Que a atenção à saúde transversaliza todo o sistema – dando a característica de “linha de cuidado”, portanto a integralidade do cuidado é tarefa de rede.

Para orientação do presente estudo será adotado as dimensões da integralidade como garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica e a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (GIOVANELLA et al., 2002).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar o processo de regulação assistencial, no tocante a integralidade sobre a saúde da mulher no Distrito Sanitário III da Cidade do Recife, na visão dos principais atores implicados.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever a política de regulação assistencial no Município do Recife;
- b) Descrever o desenho da rede de saúde do Distrito Sanitário III e sua relação com o processo regulatório;
- c) Examinar a percepção dos atores envolvidos no processo de regulação, quanto a integralidade da assistência à saúde da mulher no Distrito Sanitário III.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso sobre a política de regulação da Secretaria de Saúde do Recife implementada no Distrito Sanitário III, no que diz respeito a contribuição dessas ações para a integralidade da saúde da mulher.

Optou-se pela abordagem qualitativa, que fundamenta-se na preocupação desta com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, resultantes da ação humana objetiva, apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivem em determinada situação (MINAYO, 2004).

A abordagem qualitativa permite a compreensão/explicação em profundidade, uma vez que a mesma busca a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais, de valores, práticas, lógicas de ação, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas, as políticas, os programas e demais ações preconizadas pelos serviços de saúde (DESLANDES; ASSIS, 2002; MINAYO, 2004).

De acordo com Goldenberg (1998), os métodos qualitativos enfatizam as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo pesquisado. Desta forma possibilita as descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos, contudo obriga o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los.

Então a “compreensão/explicação em profundidade”, possibilitada pela abordagem qualitativa, permite uma aproximação a um cenário complexo como o vivenciado pelos atores envolvidos com a prática diária da regulação assistencial, a qual envolve um conjunto de valores, crenças, hábitos, práticas e distintas lógicas de ação presentes em sua vida, que podem expressar satisfação em relação ao serviço.

Tanaka e Melo (2004) apontam para importância do uso simultâneo das abordagens qualitativa e quantitativa, para atender a avaliação dos serviços de saúde, pois esta articulação pode possibilitar compreender em maior profundidade a

dinâmica interna do fenômeno avaliado e, por conseguinte, entender o significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados.

## 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Distrito Sanitário III da Cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco.

### 4.2.1 Caracterização do Distrito Sanitário III

O DS III é a região mais extensa da cidade do Recife, ocupando cerca de 35% da área da Cidade e o segundo Distrito Sanitário mais populoso do Recife, com 321.257 habitantes distribuídos em 29 bairros. Ao se observar a pirâmide etária do DS III, a faixa etária, com maior predominância é a população jovem entre 15 e 19 anos (33.136 habitantes) seguida de 20 e 24 anos (31.772 habitantes). Há predominância da população adulta jovem que corresponde à faixa etária de 15 a 40 anos, totalizando 143.285 habitantes ou 45% da população (Figura 1).

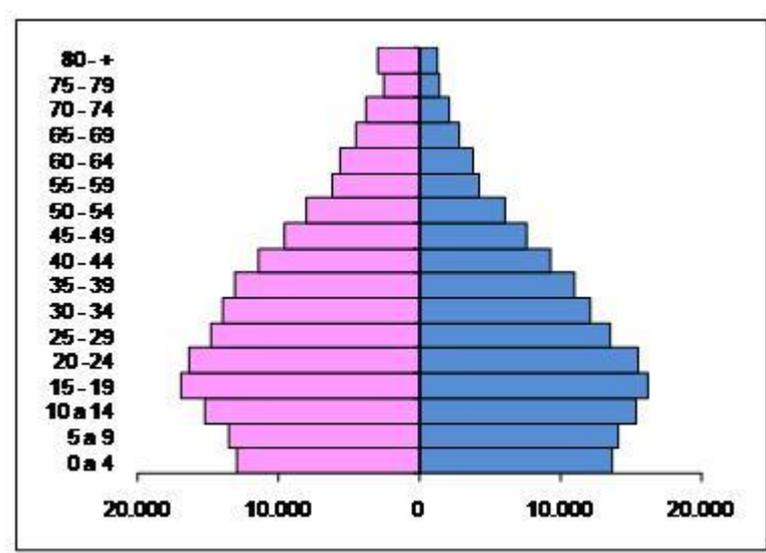


Figura 1 – Pirâmide etária do Distrito Sanitário III, Recife, 2009.  
Fonte: DEPI - DIEVS - Sec. de Saúde do Recife, (2009)<sup>2</sup>

<sup>2</sup> As populações de 2001 a 2009 foram estimadas através do método geométrico,

O Distrito Sanitário III apresenta indicadores epidemiológicos semelhantes ao do município como todo, tendo como principal doença de notificação compulsória no ano de 2009 a **tuberculose**, com um Coeficiente de Detecção de 79,06 por 100.000 habitantes, seguida da **hanseníase** (CD 39,22), dengue (CD 15,56), AIDS adulto (CD 14,31) e sífilis congênita (CD 11,82), a dengue apresenta-se como a terceira doença infecciosa mais notificada no período. De acordo com o Boletim Epidemiológico número 01 da Diretoria de Vigilância à Saúde, da Secretaria de Saúde do Recife, no ano de 2009 a dengue foi a doença mais notificada, reflexo da epidemia ocorrida neste período.

Os indicadores de **mortalidade** do Distrito Sanitário III no ano de 2009 apontam o seguinte: que o coeficiente de mortalidade geral foi de 5,7 óbitos por 1.000 habitantes, onde o sexo masculino apresentou um percentual 51,3% do total. A **mortalidade infantil** ficou um pouco acima da média do município 14,5 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

A **razão de mortalidade materna (RMM) no DS III** apresentou um alto índice em relação a todo município para o ano de 2009 (tabela 01). Considerando que a razão de mortalidade materna é um dos mais sensíveis indicadores de pobreza, de iniquidade social e de qualidade da assistência, verificamos que o DS III ainda apresenta uma situação desfavorável às populações mais vulneráveis.

Tabela 01 – Razão de Mortalidade Materna (RMM) de acordo com o Distrito Sanitário. Recife, 2009.

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Óbitos maternos</b>	<b>Nascidos Vivos</b>	<b>RMM (por 100.000 habitantes)</b>
DS I – Centro	1	998	100,2
DS II – Norte	2	2740	72,9
<b>DS III – Noroeste</b>	<b>4</b>	<b>3933</b>	<b>101,7</b>
DS IV – Oeste	-	3270	-
DS V – Sudoeste	3	3086	97,2
DS VI – Sul	1	4580	21,8
<b>Recife</b>	<b>11</b>	<b>20185</b>	<b>48,8</b>

Fonte: SIM/DINAM/DEPI/DIEVS/ Secretaria de Saúde do Recife, (2009).

Quanto aos indicadores de natalidade destacamos o percentual de **parto cesariano** que em 2009 alcançou o patamar de 53,3% no DS III, um pouco abaixo

ao encontrado para o total do município do Recife, que foi 55,6%. Esses valores estão acima do parâmetro de 25% sugerido pela Portaria GM/MS nº 466/ 2000 (BRASIL, 2000) com a tabela 02.

Tabela 02 – Indicadores de natalidade (percentual), segundo distrito sanitário de residência. Recife, 2009.

<b>Indicadores de natalidade (%) em 2009</b>				
<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Parto Cesariano</b>	<b>Mães com 4 ou + consultas de pré-natal</b>	<b>Mães sem consultas de pré- natal</b>	<b>Mães adolescentes</b>
DS I – Centro	46,5	83,5	4,6	3,1
DS II – Norte	50,8	88,0	1,8	2,6
<b>DS III – Noroeste</b>	53,3	88,4	1,6	2,5
DS IV – Oeste	62,7	90,7	1,6	2,4
DS V – Sudoeste	55,9	87,2	2,3	2,4
DS VI – Sul	59,8	89,1	2,1	2,4
Recife	55,6	88,7	1,9	2,5

FONTE: SINASC – GOIMN – GEPI – DVS e DS – Secretaria de Saúde do Recife, (2009).

O DS III apresenta uma cobertura razoável do pré-natal, segundo os dados registrados no SINAN/ MS no ano de 2009. Dos partos ocorridos neste período 88,4% das mães realizaram quatro, ou mais, consultas de pré-natal e apenas 1,6% das mães não fizeram nenhuma consulta. Em relação ao indicador de partos de mães adolescentes verifica-se que o DS III está na média do município.

### **4.3 Sujeitos do estudo**

Minayo (2004) afirma que os sujeitos do estudo devem possuir atributos que o pesquisador deseja conhecer e com o número suficiente para permitir uma reincidência das informações, não desconsiderando o potencial explicativo de informações ímpares. O conjunto das informações deve ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.

Para seleção dos sujeitos do estudo numa pesquisa qualitativa o importante, é que ela esteja voltada para o aprofundamento e abrangência da compreensão de um determinado grupo social em vez de buscar números capazes de levar a uma simples generalização dos resultados (MINAYO, 2004).

Desta forma, os informantes-chaves do estudo foram os gestores da Secretaria de Saúde do Recife e Distrito Sanitário III, gerentes, gerentes de Unidades e/ou responsáveis pela regulação nas unidades de saúde. A escolha desses atores foi por entender que eles estão implicados com a implantação de estruturas e práticas de regulação da assistência, portanto, sujeitos fundamentais da pesquisa.

Participaram da pesquisa proposta, apenas os informantes-chaves que consentiram os itens expostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) e mediante a assinatura do mesmo.

### **4.4 Técnicas e procedimentos para coleta e análise dos dados**

Para descrição do processo de implantação de regulação assistencial utilizou-se de fontes secundárias de informação, a partir da exploração dos seguintes documentos: documentos oficiais existentes sobre o Complexo Regulador disponíveis na SMS – PCR, Relatório da Diretoria de Geral de Regulação sobre o Diagnóstico da Rede de Saúde da Mulher no Distrito Sanitário III, documentos oficiais da Política Municipal de Saúde da Mulher (fornecido pela Diretoria Geral de

Atenção à Saúde) e Relatórios da Conferência Municipal de Saúde do período de 2006 a 2009 (disponibilizados pela Diretoria Geral de Gestão e Planejamento).

Este material foi utilizado para identificar como se deu a implantação da regulação assistencial na Secretaria de Saúde, bem como apresentar a distribuição dos serviços de saúde do DS III e a cobertura assistencial. Adotou-se como referência a Portaria 1101/02, que define parâmetros de cobertura como “aqueles destinados a estimar necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido”. Para atender os objetivos (a) e (b) utilizamos além disso as seguintes fontes secundárias: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) disponíveis no período de 2005 a 2007.

Foram utilizadas neste estudo fontes primárias a partir de entrevistas semi-estruturadas, produzidas junto aos informantes chaves que atuam na gestão e no nível operacional do Distrito Sanitário III, com a finalidade de alcançar os objetivos (b), e (c).

Codificaram-se as entrevistas por nível gerencial<sup>3</sup> e por categoria profissional, no caso de servidores (as) envolvidos (as) diretamente com a operacionalização nas unidades de saúde (Quadro 01).

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Codificação</b>	<b>Nº de sujeitos</b>
Médico	M1	01
Enfermeiro	E1, E2	02
<b>Nível Gerencial</b>	<b>Codificação</b>	
Gestor	G1, G2	02
Gerente	G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9	07
<b>Total</b>		<b>12</b>

Quadro 01 – Distribuição das categorias profissionais, gestores e gerentes, de acordo com a codificação adotada nas entrevistas. Recife, 2010.

Esta técnica, segundo Minayo (2004), é a mais usada no processo de trabalho de campo e é através dela que o pesquisador colhe informações contidas nas

<sup>3</sup> Considerando Gestor como o nível gerencial que formula políticas de saúde e Gerente como um nível administrativo (de uma unidade, de uma política específica, etc.).

narrativas dos atores selecionados. A entrevista não significa uma conversa despreziosa, uma vez que se insere como meio de coleta dos relatos dos atores, enquanto sujeito-objeto da pesquisa que vivenciam uma realidade que está sendo focalizada. Pérez e Navarette (2006) colocam que as entrevistas são utilizadas, entre outras finalidades, para obtenção de informações em profundidade sobre atitudes, valores e opiniões relativas ao problema de investigação. Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Para o desenvolvimento da entrevista foi construído roteiro específico (Apêndice I), contendo uma relação de perguntas relacionadas com os eixos temáticos da regulação assistencial e saúde da mulher descritos nos itens 5.3 a 5.5. O guia de entrevista ajuda a mostrar que o pesquisador tem clareza sobre seus objetivos, mas é também suficientemente flexível para permitir liberdade ao pesquisador e ao informante para encontrar e ou seguir novas pistas (TOBAR; YALOUR, 2001).

A abordagem da avaliação da regulação assistencial foi balizada a partir do aspecto da integralidade da atenção à saúde da mulher, que diz respeito de garantia do acesso e atendimento das necessidades da usuária. Para elaboração dos instrumentos empregados nas entrevistas adotou-se os seguintes eixos temáticos:

- a) A percepção da rede de atenção à saúde da mulher no Distrito Sanitário III, referente à organização da rede e oferta de assistência;
- b) A posição a respeito do acesso aos serviços de referência à saúde da mulher;
- c) A percepção sobre a regulação assistencial e a relação com a continuidade do cuidado à saúde da mulher.

Os doze sujeitos entrevistados foram escolhidos de forma intencional, com o objetivo de obter informações de vários níveis gerenciais e profissionais diretamente envolvidos com a regulação nas unidades de saúde. As entrevistas foram realizadas no período de abril a maio de 2010.

As informações foram audiogravadas, transcritas pelo pesquisador, lidas e organizadas, para após leituras repetitivas de cada entrevista processar a análise dos conteúdos.

Foi utilizada a técnica de análise temática para o presente estudo, que para Bardin (2004) refere-se a análise dos significados do conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar algo para o objetivo analítico.

Inicialmente foi realizada a exploração do material, que consistiu na codificação das entrevistas e na transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Após esta etapa as informações foram organizadas em categorias para análise.

As categorias de análise foram operacionalizadas da seguinte forma:

- a) **Eixo da rede de atenção à saúde da mulher:** conhecimento sobre a rede assistencial; estratégias para desenvolvimento de rede de atenção à saúde; existência de vínculos e as dificuldades; e regionalização da saúde da mulher;
- b) **Eixo do acesso aos serviços de saúde:** Oferta de serviços de saúde; conhecimento das lacunas assistenciais; fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde;
- c) **Eixo da regulação assistencial:** a implantação da regulação da assistência; regulação entre níveis assistenciais; limites e possibilidades da regulação.

A seguir foram realizadas interpretações sobre as categorias encontradas e estas foram apresentadas no capítulo de resultados.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM - FIOCRUZ), e foi aprovado segundo o parecer de nº 01/2010, de 25 de fevereiro de 2010 (Anexo A).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Regulação Assistencial no Recife: descrição do processo de implantação**

O início da discussão sobre implantação da regulação no Recife aconteceu concretamente, em 2003, na 6ª Conferência Municipal de Saúde que teve como tema: “Recife saudável: o desafio da Integralidade e do Comando Único do Sistema de Saúde”. Neste momento sugeriram as primeiras propostas de “função pública de Regulação da Assistência à Saúde” (Recife, 2003. p5), das quais destaca-se: Implantar Centrais de Regulação (Central de Marcação de Consultas, Central de Exames Especializados, Central de Leitos...); Implantar o Cartão SUS; Implantar o Comando Único da cidade do Recife a partir de um processo gradual; Implantar mecanismos de monitoramento e avaliação dos diversos instrumentos estabelecidos na NOAS para efetivação do Comando Único, através do processo de Regionalização da Assistência (PDR, PDI e PPI).

A sétima Conferência Municipal de Saúde realizada em 2005 inclui a regulação assistencial como um dos instrumentos de gestão do sistema (RECIFE, 2005). O Relatório de Gestão da Diretoria Geral de Regulação do Sistema (Recife, 2006) apresenta sintonia com o compromisso firmado nesta conferência, ao reconhecer a necessidade de regular o sistema de saúde, organizando o acesso e a relação entre os serviços ofertados, seja da rede própria ou da rede de prestadores filantrópicos e privados. Então, de acordo com o referido Relatório o processo nasce da discussão ampliada nos vários espaços de controle social, o que reforça a importância da participação dos movimentos sociais na implementação das políticas públicas do Recife.

A operacionalização do processo regulatório na cidade do Recife iniciou-se em 2005, com a implantação da Diretoria Geral de Regulação do Sistema (DGRS) que absorveu algumas demandas até então assumidas por outras diretorias, ou seja, a DGRS nasceu com responsabilidades comuns, no que se refere à consolidação do SUS, e com demandas específicas com um alto grau de transversalidade, no sentido de superar as iniquidades na oferta de serviços, incorporando soluções que venham facilitar a organização do acesso a consultas, exames e medicamentos (Recife, 2006).

A função reguladora da saúde no município foi implementada e centralizada na estrutura da DGRS<sup>4</sup>, incorporando a Gerência de Programação, Controle e Avaliação (GPCA) e a Gerência de Tecnologia da Informação (GTI), criando, inicialmente, mais três gerências (Gerência de Fluxos Assistenciais, Gerência da Central de Regulação e Gerência de Auditoria Assistencial), e no momento mais recente a implantação das gerências de Regulação Hospitalar; de Contratos e Informações Estratégicas; e Ouvidoria do SUS-Recife, completando toda estrutura organizacional de operação do complexo regulador.

Desde 2001 a Secretaria Municipal de Saúde vem permitindo a construção sistemática de nova lógica sobre a intervenção de saúde nas seis RPA's do Recife, no sentido de ampliar a atenção básica através do Programa de Saúde da Família – PSF; investir em programas prioritários, considerando o diagnóstico sobre a saúde do recifense; garantir o pronto atendimento nas unidades e serviços de urgência e emergência e garantir o acesso aos serviços especializados nas unidades de referência (RECIFE, 2006).

Apesar da ampliação da atenção básica e da oferta “suficiente” de serviços especializados (segundo os parâmetros da Portaria 1.101), o sistema municipal não consegue absorver a demanda. Verifica-se a persistência filas de espera por consultas e procedimentos especializados, resultantes de uma atenção básica pouco resolutiva e uma demanda desordenada aos serviços especializados. Referente a esta demanda desordenada constatou-se a existência de algumas áreas, onde a demanda aos serviços de saúde, na maioria das situações, é espontânea e não referenciada, afetando a qualidade da oferta de serviço (RECIFE, 2006).

De acordo com o Relatório de Gestão da Diretoria Geral de Regulação do Sistema (RECIFE, 2006), o controle deficiente sobre as atividades dos prestadores filantrópicos e privados foi uma questão relevante para implantação da regulação. Existiu a necessidade de incorporar os serviços de saúde complementares na política de saúde municipal, potencializando a rede de atenção que atendesse as necessidades da população do Recife. A rede complementar composta por: 4 hospitais gerais filantrópicos, 1 hospital geral privado, 6 hospitais psiquiátricos privados, com mais de 1.200 leitos e mais de 40 unidades ambulatoriais privadas de

---

<sup>4</sup> Ressaltamos que as atividades de controle, avaliação e a supervisão ambulatorial e hospitalar sempre foram exercidas pela GPCA desde a municipalização da saúde em 1993.

serviços de média complexidade e SADT, apresentava uma importante oferta de serviços que demandavam um maior controle.

Para enfrentar o desafio a Secretaria de Saúde construiu uma conjunção de fatores que favoreceram a criação da DGRS: a importância que a temática ganhou em nível nacional, a existência de convênios com o Ministério da Saúde, a prioridade no âmbito da gestão municipal e a adesão de distritos, diretorias e trabalhadores do SUS municipal (RECIFE, 2006).

Implementar e ampliar o controle e avaliação da rede complementar do SUS municipal foi uma das primeiras tarefas da DGRS. No final do ano de 2005 e início de 2006 foi estabelecido o formato de acompanhamento da prestação dos serviços de saúde. O Marco Regulatório da Secretaria de Saúde do Recife foi a contratualização dos hospitais filantrópicos ocorrida no ano de 2006. Este processo representou para o setor de controle e avaliação um avanço, por estabelecer responsabilidades, regras e metas, formalizadas em instrumento legal. Foi neste período onde houve a maior expansão de oferta de serviços de média complexidade na rede municipal (RECIFE, 2006).

Contudo a Prefeitura do Recife apresenta uma situação onde apenas 14,0% da rede possuem algum tipo de contrato/ convênio, o que corresponde a quatro Hospitais Gerais Filantrópicos (maiores prestadores da rede), e um especializado em atenção oftalmológica e dois serviços de reabilitação. A maioria dos prestadores privados (predominantemente serviços ambulatoriais) é registrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) como prestadores da Secretaria de Saúde, sem contrato de prestação de serviços, que garanta a assistência de qualidade.

A modernização do sistema de saúde público apóia-se, em parte, nas publicações de normas, que orientam contratação de serviços de saúde por gestores locais do SUS, como a portaria 1.286/93 e o próprio Pacto pela Saúde (portaria GM 399). Entre as regras pactuadas com os prestadores de serviços de saúde no Recife, as questões de humanização do atendimento foram destaque, porém chama-se a atenção à obrigatoriedade de incluir toda oferta na central de regulação de consultas e exames (RECIFE, 2006).

De acordo com o Relatório de Gestão da DGRS de 2006 a implantação da Gerência da Central de Regulação Ambulatorial, foi programada para acontecer em

3 etapas:

- a) Conhecimento sobre a organização de marcação de consultas já desenvolvidas por unidades de saúde especializadas utilizando o SSMC (Software Sistema de Marcação de Consultas desenvolvido pela Empresa Municipal de Informática - EMPREL); customização desse sistema para desenvolvimento do SSCR (Software Sistema da Central de Regulação), adequando para as necessidades da regulação e deflagração do processo de marcação;
- b) Capacitação tecnológica e funcional da equipe de regulação da Secretaria Municipal de Saúde, para inclusão progressiva das unidades conveniadas e dos seis distritos sanitários;
- c) Ampliação do Sistema de marcação através do SIGA-SAÚDE (software livre desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Prefeitura de São Paulo) e inclusão da marcação de exames para todas as unidades da rede.

Esta última etapa ainda não foi concluída por diversos problemas burocráticos, como todo o processo de incorporação de tecnologia mais robusta, que contemple as necessidades de conectividade da rede municipal, que ainda está em andamento. Ressaltando que essa estrutura tecnológica deve contribuir para agilizar os processos de coordenação do sistema.

A Central de Regulação de Consultas e Exames (CRCE) iniciou suas atividades realizando marcação de consultas para o Distrito de Sanitário I. O critério de escolha considerou o menor número de unidades de saúde solicitantes deste DS, o que facilitaria a capacitação das equipes para atuarem junto a CRCE, também por existir uma lógica de fluxo entre as unidades de saúde do DS I, que tinham como referência o Hospital Santo Amaro e o Hospital Oscar Coutinho/Fundação Martiniano Fernandes e hospitais filantrópicos localizados na RPA 1. Segundo o Relatório de Gestão de 2006 da DGRS a estratégia teve sucesso devido ao universo limitado e do fluxo de certa forma já “organizado”. Sendo possível realizar adequações e acertos sem maiores percalços.

Algumas estratégias foram importantes para implantação dos fluxos referenciados, via sistema informatizado de regulação, como a criação dos Protocolos de Acesso, Protocolo Operacional e Manuais de operação, que foram

trabalhados em parceria com a Gerência de Tecnologia da Informação (GTI), Gerência de Fluxos Assistenciais (GFA), especialistas da rede SUS Recife e Núcleo de Telesaúde da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES/ TIS) (RECIFE, 2006).

Outra estratégia foi a padronização dos fluxos assistenciais para todos os distritos sanitários, com estabelecimento de referências e contra-referências e cotas pré-estabelecidas para consultas especializadas e exames, com o objetivo de superar as dificuldades da desorganização do acesso aos recursos assistenciais disponíveis.

A Gerência de Fluxos Assistenciais propôs ao município uma organização da rede assistencial centrada na necessidade, tecnicamente definida, na demanda da população e na oferta de serviços. O caminho metodológico para mudança da lógica de organização das referências passou pela inclusão do território (gerentes de território, de unidades de saúde, de coordenações, etc) na construção dos fluxos assistenciais (RECIFE, 2006).

Os convênios firmados com o Ministério da Saúde contribuíram financeiramente para viabilizar a modernização do parque tecnológico da Secretaria Municipal de Saúde, com investimento em tecnologia e a capacitação técnica da equipe da DGRS. Essas ações possibilitaram, entre outras coisas: a implantação da CRCE; a implementação das atividades de programação, controle e avaliação dos serviços, a implantação da Gerência de Auditoria e o início da conectividade dos Distritos Sanitários com algumas unidades de saúde (RECIFE, 2006).

A implantação da Central de Regulação de Consultas e Exames do Recife (CRCE) foi uma estratégia escolhida para iniciar a organização e controle das ofertas de serviços especializados. Incluiu no sistema informatizado de regulação toda a oferta dos hospitais contratualizados, possibilitando o controle da utilização dos serviços, o remanejamento de cotas, a avaliação e a reorganização periódica do sistema. A oferta disponível da rede própria permaneceu sob gerenciamento dos Distritos Sanitários, utilizando os fluxos estabelecidos. Vale ressaltar que o movimento para construção de fluxos assistenciais incluía apenas a oferta dos serviços municipais, permanecendo a oferta da rede estadual fora da discussão do acesso organizado.

Essa situação apresenta-se até o momento como uma limitação para

programação assistencial, na medida em que toda oferta de saúde no território não está sob gerenciamento da Central de Regulação.

A CRCE inicia as atividades com uma capacidade mensal de realização de 28.000 marcações de consultas especializadas, exames e procedimentos, cuja relação encontra-se descrita no quadro 02.

<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>
Buco-maxilo facial	Ecocardiograma
Cardiologia	Colonoscopia
Cirurgia Geral	Eletro-encefalograma
Cirurgia Plástica	Endoscopia
Cirurgia Vascular	Eletroneuromiografia
Cirurgias Pediátricas	Mamografia
Dermatologia	Ecocardiograma
Endocrinologia	Colonoscopia
Fisioterapia	
Gastroenterologia	
Geriatria	
Medicina do Trabalho	
Oftalmologia	
Ortopedia	
Otorrinolarigologia	
Pequenas Cirurgias	
Pneumologia	
Proctologia	
Reumatologia	
Urologia	

Quadro 02 – Relação das especialidades médicas, odontológicas e procedimentos regulados pela Central de Regulação de Consultas e Exames. Recife, 2010.  
Fonte: GRA/ DGRS/ Secretaria de Saúde do Recife, 2010.

De acordo com o Protocolo Operacional da CRCE (RECIFE, 2006), a marcação de consultas especializadas é realizada através de um sistema de teleatendimento. Para ter acesso a central o usuário deve procurar uma unidade de saúde mais próxima da sua residência, para que o profissional de saúde realize avaliação inicial e quando necessário encaminhe ao médico especialista. A unidade solicitante entra em contato com a Central de Regulação, via telefone, no dia e horário marcados, onde solicita e realiza o agendamento da consulta especializada. O agendamento disponibiliza uma ficha de encaminhamento que é entregue ao usuário com as seguintes informações: código de atendimento; a unidade

especializada onde ocorrerá o atendimento; o nome do médico que realizará a consulta; o dia e hora da consulta. De posse da ficha de encaminhamento o usuário deve levá-la à unidade que realizará o atendimento. O médico especialista deve realizar a contra-referência preenchendo a ficha com as informações relacionadas ao atendimento, para ser devolvida, por meio do paciente para a unidade básica que o encaminhou.

Em caso da necessidade da criação de prioridade para marcação ambulatorial, a Central dispõe de médicos reguladores que identificam através de protocolos de acesso, os pacientes que necessitam serem vistos com mais precocidade pelo especialista. A Central entra em contato com os profissionais da rede própria informando os dados da marcação. Há críticas em relação a esta forma de operar a marcação de consultas e exames, principalmente por não oportunizar ao paciente a escolha do profissional, o dia e hora para ser atendido pelo especialista, talvez essa seja uma das causas do absenteísmo em número elevado em algumas especialidades.

O comentário sobre a central é que, em algum momento a gente estava percebendo que estava estrangulando a marcação. Porque quando passamos a regular – que eu acho que é lógico e óbvio que deve ser feito – acredito que no momento de regular, a gente criou uma dificuldade de acesso da mulher a essa marcação, porque a marcação não é feita por ela... eu acho se ela que liga e marca, a gente tem mais chance de conseguir que ela chegue ao exame, mas quando essa marcação não está sendo feita por ela é feita pela própria unidade isso dificulta... quando ela vem saber do dia em que o exame dela foi marcado, ou está muito em cima, ou às vezes já passou, ou é em um momento que ela não pode ir. [...] É uma ação que é importante que ela veio para melhorar, para gente ter um controle quanto gestor do serviço, que a gente está pagando para o prestador fazer. Por outro lado, talvez a lógica como foi montada não estivesse favorecendo o acesso, mas eu acho que é uma questão para gente ir fazendo o ajuste. (Informação verbal<sup>5</sup>)

Se a gente tem as unidades de referência, que tem aquela cota é para encaminhar direto. Se o usuário fizesse a marcação direta. Ele se sente tirado o poder de marcar o procedimento. Eu acredito que o trabalho feito com os profissionais de conscientização isso possa estar diminuindo. A marcação da volta. Ela devia ser marcada na própria unidade que fosse atendida na primeira vez. (Informação Verbal<sup>6</sup>)

A autonomia do usuário em escolher o serviço de referência especializados está relacionada com a sua percepção, em relação ao acesso, tecnologia e

---

<sup>5</sup> Fala do entrevistado G2

<sup>6</sup> Fala do entrevistado G6

resolubilidade, independente da forma de encaminhamento feito pelo serviço de saúde.

## **5.2 Rede Assistencial do Distrito Sanitário III e o Processo Regulatório**

### **5.2.1 Características da Gestão local**

No que diz respeito a gestão local, o município de Recife encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998, entretanto apesar da concentração, no seu território, da oferta de serviços de média e alta complexidade, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta limitações na coordenação do sistema de saúde local-regional.

As dificuldades apresentam-se a partir da distribuição dos recursos assistenciais no território, pois a esfera municipal tem a gestão de aproximadamente 30%<sup>7</sup> da oferta de serviços especializados. O reflexo deste cenário é a dificuldade de acesso aos níveis mais especializados da assistência.

### **5.2.2 Rede Assistencial**

O DS III concentra em seu território um número expressivo de serviços de saúde de diferentes naturezas jurídicas: públicos municipais, estaduais, filantrópicos conveniados e privados prestadores do SUS, estes estabelecimentos ofertam, de acordo com seu perfil, assistência básica e especializada (Quadro 03).

---

<sup>7</sup> Relatório de gestão da Diretoria Geral de Regulação do Sistema/ Secretaria Municipal de Saúde do Recife, ano 2008.

Microrregião	Unidade
<b>3.1</b>	USF Santana
	USF Poço da Panela
	USF Apipucos
	USF Sítio São Braz
	USF Córrego da Fortuna
	USF Sítio dos Pintos
	USF União da Vila
	CS Francisco Pignatari
	CS Joaquim Costa Carvalho
	CS Mário Ramos
	Policlínica Albert Sabin
	Unidade Mista Prof. Barros Lima
	Ambulatório Especializado da Mulher (AMEM)
	Unidade Pediátrica Helena Moura
	Centro Médico Sem José Ermírio de Moraes
	Caps Esperança
	Centro Prevenção, Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo (CPTRA)
	Caps Espaço Azul
	Casa de Saúde Maria Lucinda
	Hospital da Restauração
Hospital Correia Picanço	
Hospital Ulisses Pernambucano	
Hospital Agamenon Magalhães (Gestão Estadual)	
<b>3.2</b>	USF Alto do Eucalipto
	USF Alto José do Pinho
	USF Morro da Conceição
	USF da Mangabeira
	USF Alto Jose Bonifácio
	CS Iná Rosa Borges
	Pol. Clementino Fraga
<b>3.3</b>	USF Alto da Brasileira
	USF Sítio dos Macacos
	USF Córrego da Bica
	USF da Guabiraba
	USF Passarinho Baixo
	USF Gilberto Freire
	USF Santa Tereza
	USF Passarinho Alto
	USF Vila Boa Vista
	USF Macaxeira
	CS Bruno Maia
	CS Mário Monteiro
	US 132 C.S.Prof. Hélio Mendonça

Quadro 03 – Distribuição dos Serviços de Saúde na RPA 3, segundo microrregião. DS III, Recife, 2009.

Fonte: Gerência de Fluxos Assistenciais – Diretoria Geral de Regulação do Sistema – Secretaria de Saúde do Recife (Relatório de Construção da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário III)

A atenção primária é composta por seis unidades básicas de saúde (UBS), vinte e duas unidades de saúde da família (USF) e seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Quanto aos serviços municipais relacionados com a linha de cuidado da saúde da mulher, o DS III possui em seu território quatro Unidades Especializadas, seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), além das unidades de saúde da família (USF) e das equipes vinculadas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No total 40 profissionais ligados a linha de cuidado da saúde da mulher se encontram nas unidades tradicionais e especializadas do DS III (tabela 03).

Tabela 03 – Distribuição de Profissionais, segundo linha de cuidado a saúde da mulher nas Unidades de Saúde do DS III - Recife, 2009.

MR	Unidade de Saúde	Ginecologista	Mastologista	Enfermeiro	Total
	CS Francisco Pignatari	1	0	1	2
	CS Joaquim Costa Carvalho	1	0	0	1
3.1	CS Mário Ramos	0	0	1	1
	Pol. Albert Sabin	3	0	-	3
	Unidade Mista Prof. Barros Lima	12	1	1*	14
	AMEM	5	2	1*	8
3.2	CS Iná Rosa Borges	2	0	1	3
	Pol. Clementino Fraga	5	0	1	6
3.3	CS Bruno Maia	1	0	0	1
	CS Mário Monteiro	1	0	0	1
<b>Total</b>		<b>31</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>40</b>

\* Profissional que realiza pré-natal

Fonte: Gerência de Fluxos Assistenciais – Diretoria Geral de Regulação do Sistema – Secretária de Saúde do Recife (Relatório de Construção da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário III, 2010)

De acordo com o Relatório sobre o Diagnóstico da Rede de Saúde da Mulher no **Distrito Sanitário III** (RECIFE, 2009) esse conjunto de serviços de saúde, não é suficiente para cobrir totalmente a população. Esse relatório aponta que há a necessidade de investimentos em estrutura física, tecnologia, profissionais e, principalmente, de formatação de fluxos assistenciais que integrem os serviços de saúde com objetivo, de ordenar a demanda e realizar o acompanhamento terapêutico das usuárias.

### 5.2.3 Indicadores Assistenciais do Distrito Sanitário III

A análise da cobertura de consultas médicas a partir dos parâmetros da Portaria 1.101/02, que define uma quantidade mínima e máxima de consultas médicas por habitante/ano de 2 e 3 consultas respectivamente, apresenta uma situação desfavorável em relação a cobertura geral de consultas médicas na cidade do Recife, no período estudado. Verifica-se na tabela 04 que Recife alcançou 76,5% (1,53 cons/hab/ano) da cobertura mínima esperada no ano 2005, 84% no ano de 2006 (1,68 cons/hab/ano) e 78,5% (1,57 cons/hab/ano) no ano de 2007.

Tabela 04 – Cobertura da produção por tipo de consultas médicas e parâmetros mínimos e máximos correspondentes (consulta/habitante/ano). Recife-PE, 2005 a 2007.

Tipo de consulta	Cobertura segundo Portaria 1.101/02		Cobertura Alcançada		
	Min	Max	2005	2006	2007
<b>Básica</b>	1,25	1,88	0,87	1,02	0,91
<b>Especializada</b>	0,45	0,67	0,48	0,48	0,48
<b>Urgência/Emergência</b>	0,30	0,45	0,18	0,18	0,18
<b>Total</b>	<b>2,0</b>	<b>3,0</b>	<b>1,53</b>	<b>1,68</b>	<b>1,57</b>

Focando a análise nos tipos de consultas médicas verifica-se que, nos anos estudados, houve uma cobertura insatisfatória das consultas básicas (0,87 consulta/hab., 1,02 consulta/hab. e 0,19 consulta/hab.) respectivamente e de emergência (0,18 consulta/hab. nos 3 anos), que não alcançaram nem o limite mínimo do parâmetro estabelecido. Entretanto a cobertura das consultas especializadas não apresentou variações no período (0,48 consulta/hab.), estando acima do parâmetro mínimo recomendado.

É plausível admitir que o cenário encontrado de baixa cobertura da atenção básica e de urgência, e melhor cobertura das consultas especializadas possa ser reflexo do modelo de atenção, ainda persistente, centrado no atendimento especializado. Além de também poder estar ligado a formatação da rede municipal,

no que pese o insuficiente número de serviços de urgência/ emergência e o grande número de unidades especializadas próprias e complementares.

Segundo o Relatório sobre o Diagnóstico da Rede de Saúde da Mulher no **Distrito Sanitário III** (RECIFE, 2009), este distrito assiste, com serviços básicos de saúde, 63% da população residente em seu território no ano de 2009, considerando apenas o PSF e PACS. A cobertura por microrregião (MR) neste mesmo período foi de 43,7% para MR 3.1; 75,96% para MR 3.2 e de 74,82% para MR 3.3.

No que diz respeito as necessidades<sup>8</sup> e oferta (produção) de consultas e procedimentos da linha de cuidado da saúde da mulher, o Relatório sobre o Diagnóstico da Rede de Saúde da Mulher no **Distrito Sanitário III**<sup>9</sup> (RECIFE, 2009), apontou déficit de oferta nos seguintes procedimentos:

- a) **Pré-natal:** Consulta de pré-natal (- 3.088) e Consulta puerperal (- 498).
- b) **Prevenção de Câncer de Colo de Útero:** Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino (- 544), a Cirurgia de Alta Frequência (CAF) ou Exérese da Zona de Transformação do Colo Uterino (- 40).
- c) **Prevenção de Câncer de Mama:** Punção por Agulha Fina – PAAF (- 34), Punção por agulha grossa e Consulta de mastologista (-68).

Ainda de acordo com o Relatório há cenários distintos em cada uma das três microrregiões da RPA 3, reflexo da distribuição desigual dos serviços de saúde, com destaque para MR 3.1 que concentra o maior número de unidades especializadas.

---

<sup>8</sup> As necessidades foram estimadas a partir dos parâmetros da portaria 1097 de 2006, referente às diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada (PPI)<sup>1</sup> da Assistência à saúde.

<sup>9</sup> Para construção do diagnóstico da rede de atenção à saúde foi utilizada como referência a Portaria GM nº 1097/2006 (Pacto Pela Saúde). Entre as linhas de ação dessa portaria foi escolhida prioritariamente, a ser trabalhada, a linha de saúde da mulher. Segundo essa portaria, esse linha se divide em Pré-natal, Planejamento Familiar, Prevenção do Câncer de Colo Uterino e do Câncer de Mama.

#### 5.2.4 Regulação no Distrito Sanitário III

No organograma oficial dos distritos sanitários não há estrutura funcional com finalidade de gerenciar a regulação assistencial. No caso do DS III existe um funcionário responsável pela condução da política de regulação, que faz a interlocução com a Diretoria Geral de Regulação do Sistema.

A regulação da assistência no DS III ainda é um processo em construção, onde alguns dispositivos estão presentes, como: a Central de Marcação de Consultas da Policlínica Albert Sabin, que faz a marcação de toda sua oferta especializada para as unidades solicitantes do distrito; e os fóruns de discussão por microrregião, espaço deliberativo, que discute ações relacionadas com a coordenação do sistema de saúde local, como: a territorialização da saúde e a construção de fluxos assistenciais. (RECIFE, 2009).

Quanto as unidades estaduais, estas não estão integradas aos demais equipamentos de saúde do DS III e muito menos com os do território do Recife, no sentido de construir uma rede de atenção à saúde, que garanta a continuidade do cuidado da população da RPA 3 e o atendimento das suas necessidades de saúde.

### **5.3 A Percepção dos Atores Referente à Organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Distrito Sanitário III**

A rede de atenção a saúde da mulher abrange os seis Distritos Sanitários do Recife. No Distrito Sanitário III essa rede pública municipal é composta por seis unidades básicas tradicionais de saúde, vinte e duas unidades de saúde da família, seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, duas policlínicas, um ambulatório especializado para atenção à saúde da mulher e uma maternidade. O território da RPA 3 conta, ainda, com um hospital geral filantrópico, conveniado com a Secretaria de Saúde, e uma maternidade estadual.

A usuária tem como porta de entrada preferencial a atenção básica a partir do Programa de Saúde da Família. De acordo com a Agenda da Saúde da Mulher

(RECIFE, 2008) existem referências instituídas em cada distrito, para atender a população local, e em alguns casos a referência é de cobertura municipal.

Esse estudo revela que a maioria dos entrevistados tem conhecimento da rede existente hoje no DS III, no que diz respeito aos fluxos de referência e níveis de atenção com suas respectivas competências assistenciais, contudo dos doze entrevistados, apenas três citam as unidades hospitalares sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde/SES-PE, como alternativas para atenção especializada à saúde da mulher.

Dá uma cobertura bastante interessante. Temos pré-natal, planejamento familiar, controle das DST/AIDS, controle do câncer do colo uterino, além disso, para o encaminhamento ao especialista temos o Ambulatório Especializado da Mulher (AMEM). (Informação Verbal)<sup>10</sup>.

Na unidade de saúde da família hoje a gente tem quarenta e seis equipes de saúde da família atuando nos territórios, os dois serviços especializados na Maternidade Barros Lima e AMEM (Ambulatório Especializado da Mulher) com ginecologia em quase todos os territórios [...] Conta com a maternidade para partos de alto risco no Agamenon Magalhães. (Informação Verbal)<sup>11</sup>

Nós temos o Agamenon Magalhães, que é um serviço importante de lembrar, que tem um serviço importante lá, que é um ambulatório especializado em ginecologia e de cuidado à saúde da mulher, temos o programa de saúde da família, tem o serviço de violência, que atende as situações de violência doméstica. A Barros Lima que é o pré-natal de baixo risco e o atendimento à gestante, parto [...].(Informação Verbal)<sup>12</sup>

[...] Ela veio conseguir atendimento no CISAM (Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros). O CISAM não faz parte da nossa rede. Então tem deixado muito a desejar, talvez por falta de orientação dos próprios profissionais que fazem a rede. (Informação Verbal)<sup>13</sup>

Em relação as estratégias que estão sendo elaboradas para desenvolver a RAS é unanimidade entre o grupo de gestores do Distrito Sanitário III, que os fóruns de debates realizados com a participação dos profissionais da rede e gestores é uma alternativa para poder construir um território integrado de atenção à saúde da mulher, essa concepção corrobora com Mendes (2007), quando afirma que a consolidação das redes integradas de serviços de saúde, passa por negociações e acordos que permitem compartilhar percepções sobre o modelo de saúde e os objetivos a atingir. Esses movimentos contribuem para pactuar as funções a serem

---

<sup>10</sup> Fala do entrevistado G9

<sup>11</sup> Fala do entrevistado G1

<sup>12</sup> Fala do entrevistado M1

<sup>13</sup> Fala do entrevistado E2

desempenhadas em cada ponto do sistema, definindo as respectivas atribuições e competências no sentido que todos exerçam seus papéis adequadamente.

A gente vem tentando formar regularmente com fórum de saúde da mulher aqui no distrito, que teve a participação inicial com a coordenação a nível central. Fizemos algumas reuniões para discutir o que estamos adotando aqui no Recife. (Informação Verbal<sup>14</sup>)

A organização do serviço mesmo, dando prioridade as cotas, a própria coordenação está chegando mais perto da ponta, vendo a questão da prevenção mais perto, vendo a questão da sífilis. [...] A gente precisa melhorar muito em alguns pontos, mas em outros pontos a gente vem crescendo e vem dando prioridade junto as ESF. G6

Intensificação em saúde da mulher. Essa abordagem de um todo. O acolhimento da mulher. [...] a usuária quando chega no posto, somos orientadas pelo Distrito para perguntar desde da vacinação até o exame da mama. É orientado pelo Distrito, quanto a isso a gente não pode culpar o Distrito não. (Informação Verbal<sup>15</sup>)

Entre os gerentes de unidades e profissionais do PSF, as estratégias estão voltadas para a atuação do Programa de Saúde da Família, no sentido de efetivar as ações de promoção, prevenção e assistência no campo específico da saúde da mulher. Deste grupo apenas um entrevistado desconhece as estratégias voltadas para construção da rede de atenção à saúde (RAS):

Que eu tenha conhecimento não. (Informação Verbal<sup>16</sup>)

A respeito da capacidade dos serviços de desempenhar o papel de coordenadores do cuidado e ordenadores da Rede de Atenção à Saúde da mulher, o estudo aponta, segundo a percepção de alguns entrevistados, que há uma deficiência organizacional para exercer essa função.

A discussão passa pela própria fragmentação da oferta assistencial, que dificulta qualquer processo de coordenação do sistema por quem opera o cuidado, servindo apenas de amplificador de demandas. Essa informação fica clara nas falas a seguir.

[...] Ainda quem realiza o cuidado não tem condição de fazer a gestão, nem definir a ordenação desse serviço. Ainda é muito fragmentado para se ter essa visão de cuidado integral não se tem. É muito fragmentado, inclusive porque não se pensa, que quando você faz diabetes, hipertensão, qualquer outra ação programática ali está incluída mulher. As pessoas estão muito

---

<sup>14</sup> Fala do entrevistado G5

<sup>15</sup> Fala do entrevistado E1

<sup>16</sup> Fala do entrevistado G7

voltadas para se existe um problema de saúde da mulher e não na estrutura de promoção e prevenção ou no cuidado integral. É muito fracionado para se ter um executor como ordenador. G1

Então eu acredito que a gente deve ter mais essa aproximação. Essa integração, por que com isso a gente vai conseguir também sensibilizar mais quem está lá na ponta. Esforço pra fazer nossos fluxos funcionar e atender essas mulheres. G2

As falhas dos serviços tem influência do processo de gestão e/ ou gerência. A contribuição de um entrevistado esclarece bem essa situação, vinculando as dificuldades de gerenciamento, e suas conseqüências para organização do sistema, a intensa rotatividade de postos gerenciais.

[...] infelizmente a gente tem muita falha no nosso sistema. [...] mas a ação ela precisa de uma manutenção, de um monitoramento e a gente não tem conseguido fazer essa ponte, esse segmento. Além disso, já passaram várias pessoas nos distritos, nas unidades [...] então a gente encontra pessoas que não conhecem os materiais que foram produzidos, que não tem conhecimento da contracepção de emergência que está instituída na rede e por ai vai. Uma série de coisas que mostra claramente que não está bem coordenado. Se estivesse bem coordenado não havia esse tipo de falha. G2

Nesse sentido o Programa de Saúde da Família, caso organizado, poderia contribuir na qualificação da assistência, porém, poucas equipes assumem uma postura de trabalho integrado entre os profissionais.

Nós temos uma equipe bastante integrada, entre as enfermeiras e a outra médica e eu, a gente tenta se dar apoio, estar sempre se reportando uns aos outros para estar se apoiando, complementando conhecimento. [...] Eu tenho sempre o apoio da outra médica e sempre me reportando as enfermeiras para gente está organizando isso. Então a parte de ordenação, de receber, encaminhar, voltar e tal, eu acho que a gente faz. É uma coisa que é um serviço que o PSF precisa assumir. M1

Importante percepção dessa problemática passa pelo encaminhamento desordenado ao especialista, herança de modelos de atenção adotados no passado, mas muito presente ainda. A realidade nos apresenta com uma grande demanda para um nível especializado, sem nenhum processo inicial de vínculo na atenção primária, como vemos na fala a seguir. Isso aponta para problemas na atenção primária de responsabilidade do município, principalmente quanto a sua resolutividade.

Talvez a gente tenha que desmontar uma concepção que tudo deveria ser resolvido na especialidade. E hoje estamos voltando para o generalista. G9

No processo de construção dos vínculos entre as equipes de referência e a usuária, a atenção primária é o nível privilegiado, sendo que a Unidade da Saúde da Família com seu território delimitado acompanha as famílias cadastradas. No caso das áreas descobertas existe da gestão municipal um incentivo para que haja um esforço da gestão distrital, no sentido de fazer a adscrição de clientela nas unidades tradicionais. No campo do processo de trabalho a gestão, lança mão de uma ação voltada ao atendimento das necessidades das pessoas, como demonstrado nas falas a seguir:

A referência do usuário é a atenção básica. A adscrição de usuários dentro da unidade tradicional, que é outra coisa que a gente vem fazendo, já vem criando certo vínculo. E nas áreas que a gente tem de PACS e descoberta de atenção médica, a gente vem adscrivendo para unidade básica tradicional. Essa é uma forma. G1

O recorte por gênero sempre traz uma fragmentação dentro da assistência. Em qualquer ação de promoção. Mas a intenção é que a gente consiga ter um atendimento a necessidade da pessoa, um projeto terapêutico singular, independente de gênero. G2

A Coordenação Municipal de Saúde da Mulher contribui dando suporte ao processo de acolhimento, em implantação, junto a equipe da Gerência da Atenção Básica (GAB), que de fato é a responsável pela coordenação do processo, como demonstra a fala deste entrevistado:

Algum suporte enquanto coordenadoria da política a gente dá a equipe da GAB (Gerência da Atenção Básica), que é quem está atuando diretamente com as unidades de saúde. A título de dizer qual é as nossas diretrizes, quais são nossos princípios, quais os indicadores que a gente tem na área da mulher. G2

O cenário do Distrito Sanitário III referente ao estabelecimento de vínculo entre usuários e equipes de saúde não segue um formato homogêneo, as pessoas tem necessidades diferentes, as equipes tem relações interpessoais diferentes e isso contribui para uma rede com várias realidades. Algumas unidades básicas criam vínculos a partir da relação direta com usuários (consultas, exames, etc) e a partir de ações coletivas e fora de protocolos definidos.

Esse vínculo está se dando através de reuniões com a comunidade e na própria consulta às vezes através de saúde da família, entre equipe e usuário. Esse é bem mais forte e nos grupos que são formados. A gente tem aqui no distrito o grupo que é ESAM (educadores em saúde da mulher), que vem atuando através do Agente Comunitário de Saúde que é denominado de educadores de saúde da mulher e algumas comunidades já tem esse grupo que está sempre se reunindo mensalmente ou bimestralmente de maneira que está se construindo. G5

A iniciativa de grupos de discussão na comunidade é uma alternativa para ampliar a adesão da usuária. Verifica-se em algumas entrevistas que a compreensão do vínculo está voltada apenas para relação interpessoal, do profissional específico com algumas pessoas da comunidade, sem considerar o papel do Programa de Saúde da Família e o trabalho em equipe. A colocação a seguir associa o vínculo do usuário como consequência da “obrigatoriedade” do cidadão ter que entrar no sistema a partir da atenção primária.

Aqui o usuário é obrigado a voltar, gostando ou não do serviço, por que com esse novo formato da saúde, a porta de entrada é a unidade de saúde da família. Quando o usuário não entra por aqui ele tem dificuldade de acesso em outras unidades. A gente precisa fortalecer esse vínculo com o profissional. E2

Essa narrativa demonstra que a ideia do modelo piramidal de organização de rede de saúde ainda persiste, concretizado na prática diária dos profissionais. Isso talvez aponte para que a atual gestão deva fazer um esforço de implantar um modelo que apresente múltiplas possibilidades de entradas no sistema. Cecílio (2001) chama atenção que o mais importante é qualificação dessas entradas, de modo que se tornem espaços privilegiados de acolhimento, com classificação de risco e encaminhamento para atendimento com tecnologia adequada, em tempo oportuno e com responsabilidade do serviço de saúde.

Quanto aos aspectos da regionalização da atenção à saúde da mulher que são susceptíveis de melhoria para garantia do acesso e da integralidade da atenção, os entrevistados apresentaram alguns pontos que deveriam ter mais atenção, tais como:

**Ampliação do acesso** aos serviços especializados, a partir de pactuação com SES e construção de uma RAS com fluxos bem definidos; distribuição territorial adequada, facilitando o acesso da usuária.

Toda vez que a gente depende de uma atenção, digamos de média e alta complexidade, é onde a gente tem o gargalo. Que é esse acesso pra essa mulher chegar lá. Que a dificuldade vai de todos os lados. Ela sai para um serviço, que às vezes está localizado no outro extremo da nossa cidade. Isso às vezes torna difícil [...] Então essa é outra questão que a gente também se depara, né? Os tratamentos de maior complexidade ainda, como na parte de oncologia, a gente não garante nenhum atendimento, a gente tem uma referência pra mandar, mas depende da garantia de acesso. G2

Como é que a gente vai ter referencia para a saúde da mulher. Vamos ter que ter parceria com o Estado, que é o CISAM, que fica do outro lado da Av Norte na Encruzilhada, de como o CISAM vai dar cobertura a essas mulheres. (Informação Verbal<sup>17</sup>)G4

As falas anteriores associam a dificuldade de acesso a uma desarticulação dos serviços municipais e estaduais, que se configura numa barreira para assistência integral. Corrobora com essa percepção o estudo realizado por Furtado e Tanaka (1998), sobre o processo de construção de um distrito de saúde e a busca de uma assistência integral à saúde da população na cidade de São Paulo, onde os autores verificaram que os médicos e gestores apontam a falta da municipalização, como um dos principais fatores de obstrução da construção de uma rede de serviços mais eficiente, integrada e que pudesse hierarquizar realmente o atendimento.

A **definição de rede** no sentido de estruturar o percurso terapêutico da usuária e um acompanhamento dessa assistência foi um dos pontos destacados na fala dos entrevistados. Associada a formatação de uma rede funcional há necessidade de qualificação dos serviços prestados; definição de protocolos assistenciais e investimento em estrutura física e na força de trabalho, bem como construir vínculos entres os profissionais.

Eu acho que deve melhorar a assistência ao pré-natal, ao climatério, a prevenção de câncer de colo de útero e de mama [...](Informação Verbal<sup>18</sup>)

A gestão deve trabalhar dessa maneira. Quando um especialista entrar na rede é importante ele conhecer os profissionais da rede básica, que referenciam para ele. Que todos tenham um contato direto de maneira que não fique aquela guerra sem fim. M1

A gente tinha muito mais capacidade de acolher melhor. A gente perde um tempo enorme fazendo aquelas coisinhas manuais. A gente tem que ver o local onde as pessoas trabalham. Não dá pra gente acolher o usuário, se você também não é acolhido. E não é só condições salariais. É de dar condições de trabalho cotidiano das pessoas. G9

Chama a atenção a preocupação dos entrevistados com o processo de acolhimento do usuário, que depende muito do profissional. As boas condições de trabalho, juntamente com uma boa condição de infraestrutura instalada propiciaram a equipe a apresentar uma sequência de ações qualificadas. Neste sentido a gestão da saúde, incluindo a regulação da assistência, tem a função essencial de contribuir na superação dessas dificuldades, organizando e qualificando a assistência.

---

<sup>17</sup> Fala do entrevistado G4

<sup>18</sup> Fala do entrevistado G3

Verifica-se no processo regulatório a identificação das imperfeições do sistema, e seu potencial para ser utilizado como ferramenta de calibração e organização da rede de atenção à saúde, observando a necessidade e vulnerabilidade da população.

#### **5.4 A percepção a respeito do acesso aos serviços de referência à saúde da mulher**

No tocante a **adequação da oferta dos serviços** de saúde para atender as usuárias, das doze entrevistas, apenas uma relatou que a oferta é adequada para unidade onde ela trabalha, porém apresenta demora no atendimento em alguns momentos. Justificando essa situação a partir da constatação que até no serviço privado existe essa demora no atendimento.

Pelo menos aqui nessa unidade a gente não tem tanta dificuldade não. A demanda é muito grande. Às vezes demora, mas até plano de saúde você tem dificuldade, pela demanda de problemas de saúde que as pessoas tem. Particularmente eu acho que está respondendo. E2

A demora no atendimento pode ser considerada uma inadequação da oferta, no sentido que o sistema de saúde perde credibilidade junto a população, que tem necessidade de resolver a seus problemas rapidamente. Alguns autores (CARRARA; RODRIGUES, 2004; GOUVEIA et al., 2005; LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991) já observaram em seus estudos, que a demora para o atendimento tem gerado os maiores graus de insatisfação na assistência em saúde. Um dos médicos usuários do sistema de regulação cita:

A gente tem ainda uma dificuldade de resposta dos exames. E se eu fosse indicar uma área sensível que exige melhora é isso. [...] Nós sabemos que existe uma atenção diferenciada para NIC (*neoplasia intra-epitelial cervical*). Quando dá alguma coisa no exame eu sei que vem por fora. Mas o fato do resultado normal demorar tanto diminui muito a credibilidade dos serviços, das mulheres. A pessoa faz aquele exame e quer a resposta. M1

A visão da maioria dos entrevistados vincula a inadequação da oferta de serviços ao quantitativo de serviços/ unidades disponibilizadas na rede, como é observado nas falas a seguir:

Aumentando as cotas vai aumentar mais a assistência. G3

Aumentar o número de unidades especializadas, para que essa mulher não volte sem estar com seus problemas resolvidos. Aumentar a oferta, que a demanda é grande. E eu tenho certeza absoluta que tem como aumentar. E1

Número maior de profissionais dedicados a atender, por que também não adianta eu precisar ligar para uma unidade, encaminhando uma paciente, precisando de exame mais complexo e só ter vaga para daqui a dois ou três meses. [...] Aumentando o número de profissional, de todas as unidades especializadas, melhoraria muito. G7

A falta de oferta e a integração dos serviços de atenção básica e média complexidade. A gente não tem uma integralidade dos serviços (informação verbal<sup>19</sup>). G8

Entretanto, a contribuição de alguns dos entrevistados é importante no sentido de ampliar a discussão para além do aumento de serviços. Trazem em seus discursos a necessidade de qualificação da assistência à saúde, a coordenação e organização do sistema, disseminação de informação, ações intersetoriais, bem como a existência de uma estrutura consolidada de fluxos e referências:

A gente tem dificuldades desde insumos. Inclusive a oferta de insumos deveria ser mais qualificada. A oferta de serviços é completamente insuficiente, para o nível de prevenção que se pretende. Se a gente não consegue ainda dar conta nem se quer da assistência, a prevenção ainda fica mais distante e a promoção parece objetivo a longo prazo. G1

A gente está também com a rede subutilizada. A gente teria capacidade de atender muito mais mulheres com os serviços que a gente tem. Mas há alguma coisa aí nesse meio do caminho, que complica esse acesso para essa mulher chegar [...] O problema maior é que as próprias mulheres ainda não se sentem apropriadas para procurar os serviços. De ir atrás de um acolhimento. Porque também não é só saúde que resolve, tem que ter toda uma retaguarda também por trás. G2

A rede não é suficiente. E adequada ainda não, mas é regular. G3

Esta última colocação refere-se a oferta de serviços no DS III como regular. Pode-se admitir que as manifestações considerem a existência de referências e fluxos consolidados, mas os serviços ainda não estão adequados.

A percepção dos entrevistados, referente ao acesso aos serviços de saúde, identifica claramente as **lacunas assistenciais existentes** no território do DS III. Apesar da maioria concordar que há pouca oferta de serviços, os discursos expressam-se não apenas pela quantidade insuficiente da oferta, mas pela pouca qualidade da produção de saúde. Entre as causas desses vazios assistenciais

---

<sup>19</sup> Fala do entrevistado G8

levantadas nas entrevistas destacam-se: a postura profissional (com seus princípios, dogmas, comprometimento) como um fator que afeta a assistência; a organização da atenção primária e a implementação de suas diretrizes.

[...] vai desde um PSF com número de famílias superior ao que ele pode executar com qualidade. A instalação de equipes onde é feito o cadastramento no momento da implantação e não é feito o recadastramento periódico. Obviamente aquela população vai num crescendo, principalmente nessa zona norte toda, a gente tem um crescente de população, onde o PSF tem uma sobrecarga. Começa pela sobrecarga do profissional, a forma de trabalho, a clínica que é feita, que é muito pontual e a falta de insumos - às vezes. Nossa rotina de esterilização é insuficiente, nossa rotina de tratamento é insuficiente, por ai dá pra ter uma noção de como a gente ainda está longe de conseguir uma atenção integral. G1

Eu vejo o que tem dispensado verbas para determinadas ações, nível secundário, onde essas ações deveriam ser voltadas para o nível primário. Tipo as UPAs que começaram a fazer. E1

A gente apesar de ter o insumo - como é a contracepção de emergência [...] Mas a gente tem a dificuldade de acesso. Por vários problemas que os profissionais, ou não estão compreendendo para quê que serve e não disponibilizam a essas mulheres, ou por falta de uma compreensão, ou as vezes por colocar seus valores pessoais na frente do atendimento do outro. Isso é uma coisa que prejudica muito o acesso das mulheres aos serviços. Sempre que houver assuntos voltados para sexualidade a gente vai ter isso como uma barreira. G2

Verificou-se que os sujeitos dessa pesquisa possuem ferramentas que ajudam no dimensionamento das lacunas da assistência à saúde, entre os quais destacam-se: os parâmetros da Política Municipal de Saúde da Mulher e do Programa de Saúde da Família; Indicadores ambulatoriais e hospitalares; Ouvidoria da Saúde e pesquisa de satisfação do usuários.

Algumas dessas informações a gente sabe por que tem indicadores para acompanhar. Então a gente tem: óbitos maternos, óbito em mulheres em idade fértil, a gente tem a cobertura do pré-natal, a gente tem número de casos de sífilis congênita, então tem indicador concreto que a gente tira dos sistemas para ver isso. E tem as outras queixas que chegam a gente, via Ouvidoria, via Conselho Municipal da Mulher, ou até mesmo via diretamente dos nossos emails eletrônicos. G2

É no dia-a-dia. E os parâmetros do Programa de Saúde da Família. Pelo número de famílias preconizado. Homens, mulheres, crianças. G4

A gente tem os indicadores. Tanto ambulatoriais e hospitalares. Do hospital em geral. G8

A partir da demanda reprimida. [...] A gente faz de 6 e 6 meses o diagnóstico situacional. E1

**Os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde** estão, de acordo com as narrativas, ligados a: distribuição espacial desses serviços e a

integração dos mesmos; ao processo de trabalho das equipes de saúde; e a eficiência da estrutura logística de apoio a assistência.

A questão geográfica que a gente sabe que isso também influencia. Tem unidade que fica no alto e que as mulheres não querem subir. [...] Então isso também dificulta né? Esse acesso geográfico. Muitas vezes o acesso é dificultado pela própria dinâmica do funcionamento do serviço. O serviço não funciona pensando no que ela faz. Ele tem a sua lógica própria de trabalhar de segunda a sexta, das oito às cinco horas, que é a conveniência padrão de um trabalho. Do trabalhador. Mas e as mulheres que trabalham de manhã e de tarde? Que horas vão fazer seus exames? G2

Construção de rede promotoras de saúde onde o território seja visto não só nesse contexto da doença, mas o contexto de vida da pessoa. Como ela trabalha. Onde ela mora. Quais são as relações com o território, com a unidade. Criação de vínculo da comunidade com as unidades de saúde. É isso que nós não temos ainda. Precisa ser construído. Muitas vezes a unidade de PSF está no território e as pessoas não sabem como utilizar dela e acham que ela é um posto de saúde, que vai prestar a atenção a problemas pontuais, então eles só procuram no adocimento e não no cuidado. Eu acho que aí a clínica ampliada, a construção de vínculo, a questão do território realmente ser um território vivo. Do usuário ser visto enquanto sujeito e não quanto doença. Então a ampliação do próprio usuário, ele não fica um sujeito passivo, ele é um sujeito ativo no processo de cuidado com a saúde, e não cuidado só com a doença. Esse é o nosso maior nó. É que a gente ainda não faz saúde. G1

Acho que é esse movimento mesmo que a gente tem. A gente tentou implementar a marcação da consulta de retorno. [...] Temos organizada a agenda, o retorno. Diariamente a gente faz prevenção sem precisar marcar. A gente precisa tornar essa rede mais acessível. Mais rápido de você chegar. G9

Essas colocações corroboram com Travassos e Martins (2004), quando afirmam que a garantia do acesso aos serviços de saúde depende, não apenas do planejamento das ações e localização geográfica desses serviços, mas de outros fatores, tais como: culturais (com a adequação da dinâmica do serviço aos hábitos e costumes da população a qual está inserido); econômicos (garantindo o serviço público gratuito) e funcionais (disponibilizando, de forma contínua, serviços adequados às necessidades do cidadão).

De acordo com Cecílio (1997) a inadequação e a dificuldade de acesso na atenção especializada estão presentes, mesmo em locais que utilizam estruturas para marcação de consultas a partir da atenção primária. Ainda segundo esse autor, os serviços especializados não acompanharam a ampliação da atenção básica, formando estrangulamentos no sistema, tanto na quantidade, quanto na qualidade dessa oferta.

## 5.5 A percepção sobre a regulação assistencial e suas potencialidades para garantia da continuidade do cuidado à saúde da mulher

De acordo com a narrativa dos sujeitos entrevistados, a **implantação da regulação assistencial** na cidade do Recife surge num momento onde o sistema de saúde apresentava grande fragilidade no processo de coordenação da assistência, tendo a ação regulatória como a resposta para essa situação, seguem algumas falas:

Deu-se da necessidade de organizar a rede. Uma vez que as unidades de saúde referenciavam de uma forma muito desorganizada. Os pacientes ficavam com os encaminhamentos na mão e não tinham para onde encaminhar. A demanda foi aumentando. O número de PSF foi aumentando. As pessoas foram a procura pela unidade especializada. Então tinha que iniciar uma organização. G4

A regulação, ela quando foi implantada a mais ou menos três anos. Ela tem como ponto positivo se apresentar como uma maneira de trazer certa organização [...]. G5

Pra mim, a regulação seria um grupo de pessoas, que trabalham rotinas de processos de um serviço de uma rede de saúde. Talvez se eles fossem, em uma empresa, um gerente de logística. Alguém que vai estar atento onde os processos e os gargalos estão acontecendo. Como as coisas não estão chegando, ou como as coisas poderiam chegar melhor. Como podem melhorar [...] É um grupo que trabalha com os processos. E ai ele tem que ter duas áreas assim: uma área que é o nível técnico, o nível que efetivamente realiza o monitoramento. E os empreendedores. As pessoas criativas, que estão tentando coisas novas. M1

Um dos sujeitos entrevistados apresenta esse movimento no âmbito da Política de Saúde da Mulher, através de alguns dispositivos fundamentais (protocolos clínicos, fluxos assistenciais e referências) para coordenação e implantação da rede de atenção a saúde da mulher. Ressalta ainda que essas construções tiveram a participação de vários atores: pessoas do movimento social, trabalhadores e gestores.

A implantação se deu gradativamente. [...] Todas as nossas ações foram direcionadas junto com os distritos e com os atores sociais envolvidos. Em alguns momentos servidores, em alguns o movimento de mulheres [...] Então além de conversar com os atores que iriam ser as referências a gente também vai para rede para dizer: é esse o desenho, vocês vão passar daqui, encaminhar para cá. [...] A gente precisa ter um fluxo. Você ainda não dispõe de exame suficiente para atenção. A gente tem que pegar o que tem e ver como nós vamos racionalizar aquilo. Então a gente precisa criar uma estratégia. [...] Durante esse período nós criamos protocolos. Foram criados: de câncer de colo; protocolos referentes as mulheres vítimas de violência sexual e doméstica e abordagem as DSTs através do método da abordagem sindrômica. G2

A percepção de alguns sujeitos a respeito de como se encontra a **regulação assistencial entre os serviços**, passa pela falta de uma rede integrada, que não favorece o processo regulatório como coordenador dessa assistência, passando muitas vezes pela informalidade, e pelos relacionamentos pessoais entre os diversos profissionais de saúde. Destacam-se as narrativas a seguir:

Eu acho que a gente ainda não consegue ter uma regulação que dê conta da integralidade. Os níveis de assistência não se comunicam o suficiente para gente poder dizer que existe uma regulação. G1

Na prática existem os desvios dos caminhos. Por que a gente sabe das dificuldades de fazer toda essa integração das ações. Mas eu acho que ela acontece [...] Então chega um momento que não é só mais com a saúde da mulher, a gente tem que agregar os outros saberes. G2

[...] a cardiologia que a gente precisa utilizar de outras unidades. Então a dificuldade é muito grande. A gente continua usando aquela questão do conhecimento. Ligo para gerente da unidade e ela faz a marcação. Não tem o fluxo para mandar o paciente lá marcar e ele conseguir. Eu tenho que ligar. G7

De acordo com Furtado e Tanaka (1998) a informalidade da relação entre as unidades básicas e os serviços especializados tornava frágil e insuficiente a integração dos serviços.

Verifica-se nos discursos a baixo, que a visibilidade da regulação está muito atrelada a existência e/ ou operacionalização dos fluxos assistenciais no sistema de saúde.

Aqui no DS as pessoas procuram as unidades do PSF. Caso, por exemplo, a citologia der alterada, ou se a mulher apresentar um nódulo na mama, ela é referenciada para o AMEM. O AMEM recebe a demanda, cuja marcação é feita por telefone pela unidade do PSF. No caso de uma suspeita de câncer de mama, colo de útero, o encaminhamento é realizado por referências de amizade no Hospital de Câncer de Pernambuco. Já tem dia e horário certo. O Hospital de Câncer de Pernambuco faz a cirurgia e o AMEM faz o acompanhamento. Com relação a mamografia cada unidade tem a sua cota, que faz a marcação via telefone. G4

Eu acho que essa regulação melhorou sim. Ela trouxe até mais clareza mesmo de fluxo. Teve uma melhora. Um ganho. Mas acho que a gente precisa está ainda rediscutindo cota. Precisa estar melhorando a qualidade dos nossos terceirizados. A gente tem muita reclamação das equipes que trabalham com a mulher. A gente tem muita reclamação do serviço prestado dos terceirizados. G6

Dentro do Distrito Sanitário III, entre a unidade básica e a especializada – o AMEM ou a Maternidade Barros Lima – está muito tranquilo. G9

Eu não consigo pessoalmente particularizar a saúde da mulher. O esforço da regulação é geral. Eu acho que tem melhorado e muito. Tanto o acesso aos serviços, quanto ao acompanhamento das coisas. Hoje a gente tem exames, especialistas. Há cinco anos quando comecei não tinha nada

disso. [...] coloca a unidade pra acessar duas vezes por semana. Parece que isso está dando certo, mas as quantidades de consultas perdidas. Isso é um absurdo. M1

A questão da ginecologia, que esta mais voltada para saúde da mulher, a gente não acessa tanto a Central. A gente encaminha geralmente direto. [...] Não existe contra-referência. Realmente é uma dificuldade grande. Mas assim: o que a gente tem enviado tem tido resposta. A gente tem tido respostas desses usuários que vão e tem conseguido resolver. E2

A regulação entre os níveis assistenciais é um dispositivo da gestão que tem como finalidade organizar o acesso aos serviços. Alguns entrevistados apresentam uma visão limitada do papel da regulação, atribuindo-a a responsabilidade de prover serviços de saúde. Os discursos a seguir retratam bem essa afirmativa:

Tem que ser um pouco melhorada ainda. As cotas são poucas. Mamografia mesmo é pouca. G3

O problema da regulação, por exemplo, na maternidade é a disponibilidade de leitos. Devido a demanda grande e déficit de profissionais. A gente não pode dissociar isso de jeito nenhum. G9.

Ao perguntar **“que elementos estão dificultando a regulação assistencial no sentido de garantir a integralidade da atenção à saúde da mulher”** alguns discursos não ficam limitados simplesmente ao atendimento da demanda, mas demonstra que o processo de regulação está fortemente ligado ao modelo de atenção proposto: com base na atenção básica qualificada e resolutiva; vinculando o usuário ao serviço; valorização do profissional; foco das ações na produção de saúde e incorporação de tecnologias. Seguem algumas narrativas:

Acho que a gente não tem instrumento informatizado. Tudo nosso é muito mecânico, muito manual. Os instrumentos de fazer a regulação a gente não dispõe. A rede de trabalhadores, muitas vezes, não se dispõe a organizar serviços e organizar processo de trabalho. O processo de trabalho que a gente vem usando na nossa rede ainda não é suficiente pra se ter uma boa regulação. Não se pode fazer regulação apenas por alguém que entre no sistema pra vim fazer. Acho que quem regula deveria ser a atenção básica, por que ela que deveria estar emanando pra rede. Acho que a gente não tem instrumentos ainda. G1

Manutenção. Atualização da informação....conseguir manter atualizada a rede que a gente dispõe. Para onde cada um deve mandar. Isso dificulta muito. A gente não consegue monitorar. [...] Aposta agora em todo trabalho que a Gerência de Atenção Básica está desenvolvendo: apoio matricial e a questão do acolhimento. [...] E ai tem esse fluxo informal que funciona melhor do que o que a gente formaliza. E às vezes a gente tem uma oferta de serviço na rede que está sendo subutilizada. E a gente tem outros estrangulados, abarrotados, porque as pessoas ao invés de conversarem tomam atitudes próprias. G2

A cobertura da atenção básica é um dos elementos que dificulta. [...] O número de áreas não cobertas nem por Programa de Agentes Comunitários de Saúde, nem por saúde da família isso dificulta a garantir essa integralidade. G5

Acho que é o acesso aos exames complementares. Acesso as vagas de internamento. E melhorar o pré-natal na atenção básica. G8

Tem alguns profissionais que falta compromisso com o usuário. Outra coisa que dificulta é o próprio acesso. Porque quando você telefona para marcar os exames, os resultados estão saindo muito tempo depois. Má informação da própria comunidade e o retorno desse paciente para unidade. Quando eles chegam à unidade especializada eles ficam lá e não tem contra-referência para continuar o tratamento. G4

Se a regulação parte do principio apenas de tempo, que regulação é essa? É um ato burocrático. Eu ainda não conseguir encontrar essa organização, que a gente não olhasse para aquele papel como um mero papel de encaminhamento de um médico. Um papel que chegou tal dia e já tem dez na frente, e ai ele vai ser o décimo primeiro. G9

Referente, ainda, aos elementos que estão dificultando a regulação assistencial no sentido de garantir a integralidade da atenção à saúde da mulher, é persistente a vinculação do processo regulatório apenas ao funcionamento da Central de Regulação de Consultas e Exames, com fortes críticas à operacionalização e seu escopo, como se verifica nas duas falas que se seguem:

A questão do acesso mesmo à regulação. Eu acho que fica muito a desejar em questão do horário. Algumas unidades de saúde sentem essa dificuldade. [...] A gente nota é falta de outra alternativa, quando não tem um telefone, ou por algum outro motivo, na unidade de saúde. Isso gera de fato, de concreto, gera uma fila de espera, gera uma demanda reprimida na unidade de saúde. Isso traz vários transtornos pra gente aqui da ponta. G6

Eu tenho conseguido especialista quando necessário. O problema da municipalização. Que a gente acaba trabalhando com serviços que não estão bem regulados: o Hospital Agamenon Magalhães, o Hospital das Clínicas. M1

Quanto às **potencialidades da regulação** as narrativas de alguns entrevistados identificam a Diretoria Geral de Regulação do Sistema, como a instância gestora responsável pelo processo de organização da rede. A DGRS parece exercer um importante papel, no que diz respeito a referência para as unidades solicitantes e executantes, tornando-se um elo entre os pontos do sistema. A DGRS apresenta a possibilidade de resposta aos serviços e, conseqüentemente, ao usuário. A seguir verifica-se algumas falas.

A Regulação vem tentando melhorar o número de cotas. O vínculo que se tem com as unidades de referência. A relação de contato com as unidades, de organizar a forma de marcação. Facilita muito. G3

A organização mesmo. Essa centralização dos serviços junto a Central de Regulação. De certa forma isso ficava muito solto. Tanto na questão financeira, quanto na questão da cota. Ninguém sabia quem recebia. Quem demandava. A regulação traz esse ajuste. A principal ferramenta dela é centralizar para organizar. No sentido de trazer mais acesso e poder visualizar de forma clara onde estão os furos. Às vezes você tem a cota, e a gente sabe que isso acontece, e por algum motivo o cara não vai. Fica aquela lacuna. Mas na unidade de saúde não consegue ter a cota, e a regulação está lá com a cota. G6

O que facilita um pouco é o empenho da Regulação. De tentar resolver, ou de pelo menos garantir o atendimento. [...] Quando a gente precisa tem esse tipo de contato com a Regulação do Recife. E o conhecimento que os funcionários e os profissionais tem. G7

A gente tinha mais dificuldade. Com a regulação melhorou, por que a gente tem a quem se reportar. [...] Mas mesmo assim existe déficit. Entende. Eu acredito que é um processo em construção que tende a melhorar. E1

Em algumas entrevistas a Central de Regulação de Consultas e Exames do Recife é apresentada como uma potencialidade para o desenvolvimento da regulação assistencial, pois, para alguns entrevistados:

A Regulação veio facilitar o acesso do paciente através da marcação. Melhorou bastante. No conveniado tem dificuldade. O monitoramento da rede conveniada tem que melhorar. Mas com relação a regulação melhorou bastante. G8

A criação da Central de Marcação foi um avanço. Eu tenho uma admiração profunda de como a nossa Central de Regulação foi organizada. Parece coisa de primeiro mundo. Porque a Central funciona realmente. A gente recebe retorno do que encaminha. É tão chique você chegar a receber uma ligação da Central dizendo assim: “tal médico não vai atender tal dia”, para que a gente possa falar com o usuário. A Regulação funciona muito bem, não só na Central, mas também no Distrito. G9

Outros fatores que contribuem para que a regulação assistencial possa contribuir para integralidade do cuidado, estão voltados para: o Programa de Saúde da Família, dentro do modelo que visa o sujeito integral, a existência de protocolos de acesso aos serviços e a integração da gestão com as equipes de saúde. Essas ideias estão descritas a seguir:

O que facilita é a questão da Saúde da Família, na medida que eles tem o vínculo com a comunidade e a questão da rede que já é formada. G6

Para gente ter a facilidade tem que ter protocolos vigentes. Eles são dados. O que a gente precisa é buscar estratégias e sensibilizar os profissionais, para incorporar todas nossas normas e nossos fluxos, que não são nossos, mas são as normas de uma forma em geral. Para que eles incorporem isso na sua prática diária. G2

Acho que os fóruns de discussão e debates. A implantação de um modelo que visa o sujeito integral, que não mais apenas por linha de cuidado e por política específica. O próprio pacto que trás isso como prioridade, ajuda no

processo. A questão da mulher especificamente. Acho que o trabalhador em si, ele não quer mais trabalhar tão fracionado. Ele começa a se sensibilizar com o cuidado mais integral e construção de linha de cuidado. E com projeto terapêutico. Eles se incomodam com a baixa resolutividade. Na verdade não é no usuário, é no próprio serviço do efeito do seu serviço, que não é suficiente pra dar conta. Então eles tentam acionar mesmo quando ele não tem uma rede instalada uma rede de amizade. E a forma que eles buscam fazer algo mais integral. Agora faltam instrumentos, falta como fazer. Faltam serviços, ofertas de gestão. G1

De acordo com Mendes (2002), em um sistema integrado deve existir pontos de atenção à saúde interligados e responsáveis por uma atenção contínua e qualificada, a uma clientela adstrita, em um determinado território, em um determinado gasto. A atenção básica pode assumir a função de promover a interação comunicativa entre os diversos pontos do sistema de saúde, dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, configurando a sua importância no processo de regulação da assistência.

## 6 CONCLUSÕES

A regulação assistencial, certamente, pode ser um instrumento para que se alcance a integralidade do cuidado, mas dependendo da forma como está implantada poderá servir à reprodução de um sistema ineficiente e pouco efetivo sobre os problemas de saúde. Por outro lado, a regulação pode ser uma ferramenta de gestão, que a partir da avaliação das práticas gerenciais e assistenciais, induza a construção de um modelo de atenção mais universal, justo, humanizado, com garantia do cuidado integral, desde que a rede de fato seja instituída de acordo com a necessidade.

Este trabalho apresentou reflexões sobre a regulação assistencial, no sentido de contribuir na integralidade da atenção à saúde da mulher e desta forma conclui-se que:

- a) O estudo permitiu uma descrição da rede assistencial do Recife e do Distrito Sanitário III, especificamente a rede de assistência à saúde da mulher. Uma distribuição de equipamentos produtores de serviços de saúde, que apresenta lacunas no tocante a formatação de uma rede integrada e solidária, que acolha a usuária, e possibilite o acompanhamento do percurso terapêutico nos diversos níveis de atenção.
  
- b) O Programa Municipal de Atenção à Saúde da Mulher tem disponível no Distrito Sanitário III uma estrutura diversificada de serviços de saúde, e apesar de ter definido fluxos assistenciais e perfis das unidades, ainda apresenta lacunas assistenciais. A Política Municipal de Saúde da Mulher apresenta na sua essência alguns dispositivos fundamentais para organização de rede e do processo regulatório.
  
- c) A atenção básica se mostra ainda pouco resolutiva, apesar da implantação, em algumas unidades, de arranjos inovadores, como: a clínica ampliada, o acolhimento com classificação de risco, o apoio matricial, o projeto terapêutico singular, bem como a reorganização da regionalização da assistência;
  
- d) A cobertura da assistência primária ainda é insuficiente para atender as usuárias do Distrito Sanitário III;

- e) O percurso terapêutico da mulher tem uma descontinuidade, principalmente quanto ao acesso à atenção especializada, que apresenta fluxos assistenciais informais, bem como precário fluxo para referências estaduais de atenção à saúde da mulher;
- f) A Diretoria Geral de Regulação do Sistema tem se apresentado como elo entre os diversos pontos da rede, principalmente na construção de fluxos e apoio as equipes do DS III;
- g) O escopo limitado as regulação assistencial restringe acesso aos serviços especializados;
- h) O modelo de marcação, via central de marcação, contribui para um maior controle da utilização da oferta disponível, porém apresenta algumas limitações no sentido da autonomia do usuário na escolha da assistência prestada;
- i) O vínculo entre a usuária e o serviço não se dá de forma satisfatória e linear nas unidades do DS III, dificultando o acompanhamento terapêutico e a responsabilidade sanitária das equipes de saúde;
- j) As informações sobre a rede de atenção e a comunicação entre os componentes dessa rede são incipientes, e não contribuem para construção de fluxos assistenciais operativos e efetivos;

Com base nos achados, observou-se que há necessidade de se fortalecer a regulação assistencial no DS III como um instrumento de gestão, que contribua na organização do sistema de saúde local.

## 7 RECOMENDAÇÕES

- a) A revisão do plano de regionalização da atenção à saúde da mulher, que defina os papéis para cada serviço, de acordo com a densidade tecnológica, incluindo as unidades estaduais;
- b) Investimento adequado com incentivos financeiros e estruturas organizacionais alinhados com a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- c) A ampliação dos mecanismos de coordenação assistencial, que incorpore todos os instrumentos necessários para a organização do sistema;
- d) Inclusão de instrumentos eficazes para identificação das imperfeições do sistema, e com capacidade de ser ferramenta de calibração e ordenação da rede de atenção à saúde da mulher;
- e) A construção e/ou revisão dos fluxos assistenciais para linha de cuidado da Saúde da Mulher, com fluidez de comunicação entre os diversos atores, ordenando o acesso a partir dos critérios de risco;
- f) Integração dos sistemas de informação;
- g) E, principalmente, a expansão da cobertura da atenção primária qualificada no distrito, ajustando a oferta à demanda reprimida observada.

## 8 REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: Modelos e Práticas. Saúde e Sociedade, V. 18, supl.2, p.11-23, 2009.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília, DF, 2008. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes Brasília, DF. Ed. do Ministério da Saúde, 2007 – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 28 de fev 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de auditoria do SUS. Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. Brasília, df 2006b.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf> Acesso em janeiro 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.

CABRAL, A. M. C. et al. (Org.). Referência e Contra-referência: uma proposta de reestruturação para a assistência à saúde no Distrito Sanitário IV, Recife, Recife: Bargaço, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V.9, p. 139 – 146, 2004.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. Revista Sociologias. Porto Alegre, Ano 4, n. 7, p122-135, jan./ jun. 2002.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, março de 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/qids/anexos/Integralidade.pdf> Acesso em janeiro de 2010.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades assistenciais como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos Tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.13, n.3. p. 469-478, Jul. /Set. 1997.

COELHO, M. R. S. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). Teses e Plano de Ação 2005-2007. Brasília, DF, 2005.

CONILL, E. M., Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./ out., 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: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO COSEMS-PE. Relatório do Seminário de Regionalização da Assistência à Saúde em Pernambuco. Recife, 2010.

CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTA, G.C.; PONTES, A. L. M. (Org.) Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV: FIOCRUZ, 2007. p. 267-284.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças, In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-226.

DONABEDIAN, A. The definition of Quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration, 1988.

DONALDSON, C. & GERARD, K. Economics of health care financing: the visible hand. London: McMillan Press, 1993.

FERREIRA, J. B. B. Avaliação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. Epidemiologia e políticas de saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Org.) Fundamentos de Epidemiologia. Barueri, SP: Manole, 2005. Cap. 19, p.319-335.

FURTADO, L. A. C.; TANAKA, O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. Rev. Saúde Pública, São Paulo, V.32, n.6, p. 587-95, 1998.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. Tendências quanto à universalidade nos sistemas de saúde em países periféricos. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n. 64, p155-164, maio. /ago. 2003.

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

GIOVANELLA, L. Integralidade da atenção em sistemas em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. Saúde em debate, Rio de Janeiro, n.60, p.37-61,2002.

GIDDENS, A. Para além da esquerda e da direita: o futuro da política radical. Sao Paulo. UNESP, 1996.

GOUVEIA, G.C.; et al. Health care user`s satisfacion in Brazil, 2003. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; v.21, n.51, p. S109-S18, 2005.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 419-421, 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”. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20 n.2. p.S331-S336, 2004.

IPEA/IBGE/NESUR/IE-UNICAMP. Caracterização e Tendências da Rede Urbana do Brasil, Brasília, 1999.

LEMME, A. C.; NORONHA, G; RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em Hospital Universitário. Rev. Saúde Pública, São Paulo,; v. 25, n.1, p. 41-6, 1991.

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

MANDÚ, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v.10, n. 3, p.358-71, mai./jun., 2002.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./ out. 2004.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

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

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. V. (Org.). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: UNESCO, 2005. p. 28-42.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.25-32, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A política regulação do Brasil. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12). Mendonça, C. S.; Reis, A. T.; Moraes, J. C. (orgs.) 116 p.: il. Brasília:, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Los Sistemas Locais de Salud: conceptos – métodos e experiências. Washington., 1990. 742 p (publication científica, 519). PAG 38.

PABON, H. Evaluación de Servicios de Salud. Cali: XYZ Editora, 1985.

PIRES, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.

PÉREZ, A. S. M.; NAVARRETE, M. L. V. Técnicas cualitativas aplicadas em salud. In: NAVARRETE, M. L. V. *et al* (Org.) Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas em salud: cursos graal 5 consorci hospitalari de Catalunya. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions. 2006. p. 53-81.

RECIFE. Relatório do Plano de Referência da Assistência do Distrito Sanitário III. Secretaria de Saúde, Diretoria de Regulação do Sistema, Gerência de Fluxos Assistenciais. Recife, 2009.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. Relatório de Gestão da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Recife 2001 – 2006. Recife, 2007.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. Relatório de Gestão da Diretoria Geral de Regulação do Sistema. Recife, 2006.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 7, 2005, Recife. Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde: Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2005.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE , 6, 2003. Recife. Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde: Secretaria de Saúde do Recife, 2003.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, the Canadian Institute for Health Information, /Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health, 2002.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. M. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Revista Interface: Comunic., Saúde, educ., v.10, n.19, p25-41, jan. /jun., 2006.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 795-806, 2004.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e Vigilância da Saúde no SUS: Desafios e Perspectivas. In. Teixeira, C. F. (org.) Promoção e Vigilância da Saúde. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, Bahia, 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Como Fazer Teses em saúde Pública. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TRAVASSOS, S. C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, Sup 2, p.190-198, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: 1.ed. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

## APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Servidor

### TÍTULO DO PROJETO:

Regulação e Integralidade da Atenção à Saúde da Mulher na Cidade do Recife.

**INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: NESC/ CPqAM/ FIOCRUZ**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_,  
Servidor (a) Municipal de Saúde no período estudado, declaro que estou participando voluntariamente do estudo, cujo título está acima referido, de modo que a assinatura deste termo, em duas vias, sendo uma via para mim e outra para o pesquisador, formaliza meu aceite. Estou ciente de que este estudo tem por objetivo avaliar a implantação da regulação assistencial na Secretaria de Saúde do Recife, com vistas à verificação dos limites e possibilidades para atender a integralidade da atenção da Saúde da Mulher.

Estou ciente que para coleta dos dados participarei como entrevistado(a), permitindo que o diálogo seja gravado para posterior transcrição. Sei que os resultados deste estudo ao serem futuramente apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza não farão qualquer menção ao meu nome, mantendo-me no anonimato necessário para garantia deste tipo de estudo. E que os riscos decorrentes da não preservação do anonimato não ocorrerão, visto que está garantido o sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em qualquer momento poderei desistir de participar do estudo caso seja essa a minha vontade e sem que isso ocorra sem qualquer tipo de prejuízo quanto a minha pessoa. Estou ciente de que os benefícios da pesquisa, para com as instituições e atores envolvidos, estão na possibilidade de contribuir com a consolidação da regulação assistencial e integralidade da atenção da Saúde da Mulher no Distrito Sanitário III – Recife.

Caso necessite de qualquer esclarecimento, poderei procurar o pesquisador Alberto Luiz Alves de Lima, através do endereço: Av. Manoel Borba, 951, Boa Vista – CEP: 50.070.000 Recife, ou através do email: [lima.alberto@recife.pe.gov.br](mailto:lima.alberto@recife.pe.gov.br).

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

FIOCRUZ

Ministério da Saúde

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

## APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Gestor

### TÍTULO DO PROJETO:

Regulação e Integralidade da Atenção à Saúde da Mulher na Cidade do Recife.

**INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: NESC/ CPqAM/ FIOCRUZ**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_,  
Gestor(a) Municipal de Saúde no período estudado, declaro que estou participando voluntariamente do estudo, cujo título está acima referido, de modo que a assinatura deste termo, em duas vias, sendo uma via para mim e outra para o pesquisadora, formaliza meu aceite. Estou ciente de que este estudo tem por objetivo avaliar a implantação da regulação assistencial na Secretaria de Saúde do Recife, com vistas à verificação dos limites e possibilidades para atender a integralidade da atenção da Saúde da Mulher.

Estou ciente que para coleta dos dados participarei como entrevistado(a), permitindo que o diálogo seja gravado para posterior transcrição. Sei que os resultados deste estudo ao serem futuramente apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza não farão qualquer menção ao meu nome, mantendo-me no anonimato necessário para garantia deste tipo de estudo. E que os riscos decorrentes da não preservação do anonimato não ocorrerão, visto que está garantido o sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em qualquer momento poderei desistir de participar do estudo caso seja essa a minha vontade e sem que isso ocorra sem qualquer tipo de prejuízo quanto a minha pessoa. Estou ciente de que os benefícios da pesquisa, para com as instituições e atores envolvidos, estão na possibilidade de contribuir com a consolidação da regulação assistencial e integralidade da atenção da Saúde da Mulher no Distrito Sanitário III – Recife.

Caso necessite de qualquer esclarecimento, poderei procurar o pesquisador Alberto Luiz Alves de Lima, através do endereço: Av. Manoel Borba, 951, Boa Vista – CEP: 50.070.000 Recife, ou através do email: [lima.alberto@recife.pe.gov.br](mailto:lima.alberto@recife.pe.gov.br).

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

FIOCRUZ  
Ministério da Saúde  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

## APÊNDICE III – Guia de Entrevista

### GUIA DE ENTREVISTA

Data e lugar da entrevista:		
Hora de início/ de finalização:		Duração:
Nome:		
Idade:	Sexo:	
e-mail:	Tel:	
Instituição/ Unidade:		
Cargo:	Tempo no cargo:	Titulação:

### 1. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER DA CIDADE RECIFE

- Como é a rede de atenção à saúde da mulher no Recife?
- Levando em consideração a Política Municipal de Saúde da Mulher, que estratégias estão sendo elaboradas para desenvolver a rede de atenção à saúde (RAS)?
- Como estão dispersos na região os serviços de atenção básica (AB) e especializados referência à saúde da mulher?
- Esses serviços estão qualificados para desempenhar o papel de coordenadores do cuidado e ordenadores da RAS da Mulher?
- Existem processos de qualificação em curso, na área temática da saúde da mulher voltada para AB? Se sim, é possível avaliar sua eficácia e efetividade?
- Como estão sendo construídos os vínculos entre as equipes de referência e os usuários?
- Quais as dificuldades desses vínculos?
- Que aspectos da regionalização da atenção à saúde da mulher são susceptíveis de melhora em relação ao acesso e a continuidade da atenção?

### 2. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE – ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

- Como está organizada a oferta de serviços de saúde, em seus vários componentes (ambulatorial, hospitalar, de apoio, etc.)?
- Essa oferta é adequada para atender a demanda das usuárias recifenses?
- As lacunas assistenciais são conhecidas? E de que forma estão sendo dimensionadas (demanda reprimida e/ ou parâmetros de necessidade)?
- São conhecidas as causas das lacunas assistenciais?

- e) Que fatores dificultam o acesso aos serviços de saúde no sentido de garantir uma atenção continuada à usuária?
- f) Que fatores facilitam o acesso aos serviços de saúde no sentido de garantir uma atenção continuada à usuária?
- g) Que sugestões tem para melhorar o acesso aos serviços de saúde?

### **3. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

- a) Como se deu a implantação da regulação assistencial na Secretaria de Saúde do Recife?
- b) Como está a regulação entre os níveis assistenciais - voltados para saúde da mulher – da atenção básica à atenção especializada (média e alta complexidade)?
- c) Que elementos estão dificultando a regulação assistencial no sentido de garantir a integralidade da atenção à saúde da mulher?
- d) Que elementos estão facilitando a regulação assistencial no sentido de garantir a integralidade da atenção à saúde da mulher?
- e) Como funcionam os suportes logísticos de regulação e gestão no município?
- f) Que sugestões tem para melhorar a regulação assistencial entre os serviços?

## ANEXO I –

### Parecer 01/2010 do Comitê de Ética CPqAM/FIOCRUZ



**Título do Projeto:** Avaliação da regulação assistencial: O caso as Secretarias de Saúde do Recife.

**Pesquisador responsável:** Alberto Luiz Alves de Lima

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 18/11/2009

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 74/09

**Registro no CAAE:** 0075.0.095.000-09

#### PARECER Nº 01/2010

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 25 de fevereiro de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 25 de fevereiro de 2010.

*Giselle Campozana Gouveia*



Giselle Campozana Gouveia  
Farmacêutica  
Coordenadora  
Mat. SAPE 0463376  
CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados,
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 25/02/2011.