

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

MARIA VERÔNICA HERCULINO MARTINS SÁ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR AS FALTAS
DOS USUÁRIOS AO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO**

**RECIFE
2012**

MARIA VERÔNICA HERCULINO MARTINS SÁ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR AS FALTAS DOS
USUÁRIOS AO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Gessyanne Paulino

RECIFE

2012

Catlogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S111p Sá, Maria Verônica Herculino Martins.
Plano de Intervenção para Reduzir as Faltas dos Usuários ao Atendimento Especializado. / Maria Verônica Herculino Martins Sá. - Recife: [s.n.], 2012.

20 p.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientador: Gessyanne Vale Paulino.

1. Descentralização. 2. Regulação e Fiscalização em Saúde. 3. Políticas Públicas de Saúde. I. Paulino, Gessyanne Vale. II. Título.

MARIA VERÔNICA HERCULINO MARTINS SÁ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR AS FALTAS DOS USUÁRIOS AO
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Msc Gessyanne Vale Paulino
Prefeitura do Jaboatão dos Guararapes

Dr. Sidney Feitoza Farias
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me concedido a vida, dando-me força e coragem para lutar pelos meus sonhos;

Em especial aos meus pais, Josefa Luíza Carneiro Campello e Fernando Carneiro Campello Filho que me ensinaram que a base educacional familiar, a dedicação, a disciplina e a determinação são os caminhos mais corretos para o sucesso profissional;

Ao meu filho, Fernando Sá que sempre me apoiou com palavras de incentivos;

A minha orientadora Gessyanne Paulino pelo apoio e dedicação na elaboração e finalização deste trabalho;

À Gerente de Regulação Déa Ramos pelo incentivo profissional e acadêmico;

Aos meus familiares, com quem mais convivo e compreenderam os meus momentos de ausência;

E agradeço a todos aqueles que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção desse meu objetivo.

SÁ, Maria Verônica Herculino Martins. **Plano de Intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado**. 2012. Monografia (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

O absenteísmo do usuário é um ato praticado de não comparecer às consultas e aos procedimentos agendados no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta prática gera desperdícios de recursos públicos, desorganiza a oferta de serviços, limita a garantia da atenção nos diversos níveis de assistência e retorno dos usuários faltosos ao fluxo de marcações de consultas e exames. Bem como, acarreta uma série de insatisfações dos usuários que realmente precisam e ainda não conseguiram acesso as consultas e exames. Esse desequilíbrio ocasiona má utilização da oferta, aumenta da fila de espera e faz muitos usuários esperar mais que deveria. Monitorar as faltas dos usuários sem o apoio da Central de Regulação e do Sistema SISREG é quase impossível. Sendo assim, surge a necessidade de criar alternativas que viabilizem com mais rapidez acessos aos usuários aos serviços de saúde, como instrumento de garantia de forma mais efetiva. Este Plano de intervenção tem como objetivo implantar ações para reduzir o índice de faltas dos usuários na realização de seus exames e consultas especializadas marcadas através da Central de Regulação. Para a abordagem metodológica do estudo, buscou-se desenvolver a pesquisa sob dois aspectos: Quanto aos fins, caracterizou-se a pesquisa como intervencionista, onde irá interferir na realidade estudada e fazer sugestões de melhoria. E quanto aos meios foi realizada pesquisa bibliográfica em livros e meios eletrônicos.

Palavras chave: Descentralização, Regulação e fiscalização em saúde, políticas Públicas de saúde

SA, Maria Veronica Herculino Martins. **Decentralization and implementation of programs and services in the City of Jaboatão Guararapes: the community health workers in the regulation assistance.** 2012. Monograph (Specialization in Health Services and Systems). Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

Absenteeism user is an act done not attend scheduled appointments and procedures in the National Health System (SUS). This practice generates waste of public resources, disrupts the provision of services, limits the guarantee of care in different levels of care and feedback from users defaulting to the flow of appointments for consultations and examinations. As well, a number of causes dissatisfaction of the users who really need it and still could not access the consultations and examinations. This imbalance leads to misuse of supply, increases the queue and makes many users should expect more. Monitor the faults of users without the support of the Central Regulatory System and SISREG is almost impossible. Therefore, the need arises to create alternatives that allow faster access to health services users, as a collateral instrument more effectively. This action plan aims to implement actions to reduce the rate of misconduct of users in performing their tests and specialist consultations marked by Regulation Center. For the methodological approach of the study, we sought to develop research in two aspects: Regarding purposes, characterized the research as interventionist, which will interfere with reality and make suggestions for improvement. And as to the means bibliographical research in books and eletronic media.

Keyword: decentralization, regulation and supervision in health, Public Health Policies

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	Absenteísmo do Usuário.....	16
2.2	Antecedentes Históricos e Conceito de Regulação	16
2.3	Tipos de Regulação.....	18
2.4	Política Nacional de Regulação.....	18
2.5	Regulação da Assistência à Saúde no Brasil: Centrais de Regulação.....	19
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	Objetivo Geral.....	20
3.2	Objetivos específicos.....	20
4	DIRETRIZES.....	21
5	METAS.....	22
6	ESTRATÉGIAS.....	23
7	RESULTADOS ESPERADOS.....	25
8	CRONOGRAMA DE AÇÕES DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	26
9	ORÇAMENTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
10	VIABILIDADE.....	28
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 criou o SUS, fortaleceu e impulsionou a criação de diversas leis, portarias e normas na perspectiva de garantir ações e serviços de saúde mais eficazes.

Segundo Mendes (2004) a lei 8080 de 19/09/1990 em seu Art. 4º define que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.

De acordo com Trevisan e Junqueira (2007) a lei 8080/90, em seu Art. 7º, inciso IX, alínea a e b, define que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Brasileira de 1988. Obedecendo, porém, os seguintes princípios: descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Com as NOB 01/93 e a NOB 01/96 o processo de Descentralização amparado nos princípios do SUS impulsionou algumas transformações nas ações e serviços de saúde nos últimos anos (MENDES, 2004). Os Municípios adquiriram mais autonomia política, administrativa e suas responsabilidades nas suas estruturas organizacionais em relação aos acessos e serviços de saúde aumentaram consideravelmente.

Um serviço descentralizado pode se caracterizar por transferir tanto poderes de autoridade quanto de decisão, qualquer que seja a dimensão. Possibilita o equilíbrio entre responsabilidade, obrigações e poderes do nível central e local com uma melhor adequação do acesso (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Há mais de duas décadas, o Brasil vem redefinindo o perfil do sistema de saúde. Nos anos 1990, reformularam-se os papéis e funções dos entes governamentais na oferta de serviços, nas gerências de unidades e na gestão do sistema de saúde (VIANA et al., 2002).

No entendimento de Solla (2005), Spedo (2009), Palha e Villa (2003), Farias (2009) o setor saúde tem passado por importantes mudanças com a implantação do

Sistema Único de Saúde (SUS). Após a Constituição Federativa de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142 de 1990, a descentralização dos serviços de saúde tem sido o eixo norteador para a operacionalização dos princípios organizativos e diretivos do Sistema Único de Saúde (PALHA; VILLA, 2003).

E complementa Beltrammi (2008) “a descentralização é um princípio do Sistema Único de Saúde que guarda uma significativa transversalidade conceitual e operativa com os demais princípios que o fundamentam”. União, Estados e Municípios cooperam-se entre si pela qualidade das ações e serviços de saúde.

Os gestores municipais diante de sua autonomia podem implantar, implementar e regular serviços de acordo com suas realidades e necessidades. A Central de Regulação de consultas e exames constitui-se em uma das formas existentes de controlar a oferta e a demanda dos serviços de saúde.

Diante das necessidades e complexidades de demanda e ofertas aos serviços de saúde, os municípios buscaram mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditoria, dos serviços de saúde que foram reorganizados e os processos de marcação de consultas foram informatizados através dos complexos reguladores que são as Centrais de Regulação.

Este Plano de intervenção ajudará o Município de Jaboatão¹ dos Guararapes a intensificar seus serviços de marcação de consultas e exames regulados através da Central de Regulação e criar mecanismos pontuais para que a falta dos usuários as clínicas conveniadas não se torne uma prática constante, acarretando uma má utilização dos serviços ofertados.

De acordo com os dados do IBGE (2012) o Município do Jaboatão dos Guararapes que tem população estimada de 678.346 mil habitantes e está situado no litoral do Estado de Pernambuco.

Até dezembro de 2008 este era constituído de cinco distritos. A partir de 2009, com o novo modelo de gestão este foi dividido em 07 regionais: Jaboatão Centro, Cavaleiro, Curado, Muribeca, Prazeres, Guararapes e Praias. A rede de saúde está distribuída nas regionais da seguinte forma:

¹ Esta seção baseia-se em dados e informações disponibilizadas pela Gerência de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Saúde (SESAU) e pelo endereço eletrônico da Prefeitura do Jaboatão dos Guararapes, disponível em: <http://www.jaboatao.pe.gov.br>

A regional 1 (Jaboatão Centro) possui cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 59,68%, 17 Equipes de saúde, 17 equipes de saúde bucal, 04 Pacs, 01 UBS, 01 Centro especializado odontológico, 01 policlínica, 01 Centro de vigilância ambiental, 01 centro de reabilitação, 01 hospital conveniado, 04 clínicas conveniadas, 01 NASF, 01 residência terapêutica, 01 CAPS, 01 unidade de Pronto atendimento (UPA), 01 ouvidoria do SUS, 01 serviço especializado – SAE (DST, HIV/ AIDS).

A Regional 2 (Cavaleiro) possui cobertura de ESF de 57,84%, 17 Equipes de Saúde da Família, 15 equipes de saúde bucal, 04 PACS, 04 UBS, 01 centro especializado odontológico, 01 policlínica, 01 NASF, 01 centro de pronto atendimento (UPA), 01 ouvidoria do SUS.

A Regional 3 (Curado) possui cobertura de ESF de 64,00%, 06 equipes de saúde da família, 05 equipes de saúde bucal, 01 policlínica, 01 NASF, 01 Centro de Pronto atendimento (UPA), 01 ouvidoria do SUS.

A Regional 4 (Muribeca) possui cobertura de ESF de 38,90%, 06 equipes de saúde da família, 05 equipes de saúde bucal, 01 policlínica, 01 NASF, 01 centro de pronto atendimento (UPA), 01 ouvidoria do SUS, 03 UBS, 01 clínica conveniada, 01 centro de abordagem ao tratamento ao fumante.

A Regional 05 (Prazeres) possui cobertura de ESF 56,08%, 14 equipes de saúde da família, 13 equipes de saúde bucal, 01 PACS, 01 UBS, 01 policlínica, 01 hospital público e 01 conveniado, 04 clínicas conveniadas, 01 NASF, 01 central de marcação de consultas e exames, Centro de pronto atendimento (UPA), 01 ouvidoria do SUS, 01 laboratório central, 01 centro de referência da criança e adolescente.

A regional 06 (Praias) possui cobertura de ESF de 41,86%, 14 equipes de saúde da família, 14 equipes de saúde bucal, 02 PACS, 04 UBS, 01 centro de referência ao trabalhador, 09 clínicas conveniadas, 01 SAMU, 01 NASF, 01 residência terapêutica, 01 ouvidoria do SUS.

A Regional 07 (Guararapes) possui cobertura de 33,62%, 06 equipes de saúde da família, 05 equipes de saúde bucal, 04 PACS, 01 centro de testagem e aconselhamento, 01 policlínica

A marcação de consultas até 2010 eram feitas pelas chefias de unidades de saúde que autorizavam através de carimbos os exames e consultas solicitados pelos médicos. No mínimo os usuários do SUS se dirigiam as clínicas duas ou três vezes para confirmar data e horário da realização de seus exames. No final de cada mês

os Prestadores entregavam suas produções através das requisições médicas e estas eram contabilizadas manualmente.

Em agosto de 2010 amparado na portaria 1559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação, o Município de Jaboatão dos Guararapes implantou a Central de Regulação de marcação de consultas e exames através do Sistema SISREG. Tudo começou com um projeto piloto nas cinco policlínicas que depois se expandiu para todas as unidades de saúde. Graças a esta implantação são monitorados e regulados atualmente 21.074 procedimentos, 16 Prestadores conveniados e 105 unidades de saúde. Depois que os exames e consultas são marcados pela Central de Regulação, o usuário só precisa ficar atento para a data, horário e local estabelecido para realizar o seu exame. Não precisa mais retornar as Clínicas mais de duas vezes em busca desta confirmação.

Antes da implantação da Central de Regulação seria impossível monitorar em tempo real, todas as marcações diárias e mensais de consultas e exames solicitados pelas unidades de saúde por procedimento. Bem como, não existiam dados a respeito do percentual das faltas dos usuários que não compareceram as clínicas para realizarem suas consultas ou exames. Se uma unidade não usasse a sua cota não havia nenhuma possibilidade de forma segura, rápida e eficaz a transferência de cotas para outra unidade. Outra dificuldade encontrada era que o processo manual de contagem da produção dos prestadores no setor de controle e avaliação dificultava a construção de relatórios mensais de forma mais moderna. Hoje através da tecnologia da informação e o sistema de informação SISREG é possível utilizar como o apoio do Excel relatórios que facilitam para os gestores tomadas de decisões mais rápida e segura. A Central de Regulação de marcação de consultas e exames do Município do Jaboatão dos Guararapes possuem atualmente uma equipe técnica de 16 videofonistas pela manhã e 16 videofonistas pela tarde. Interação diariamente com a Central, 13 UBS, 84 Unidades de Saúde da Família, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento, 05 Policlínicas e 03 Centros de Referências (Reabilitação e Fisioterapia, da Mulher e da Criança e Adolescente). Em cada unidade de saúde existem estagiários capacitados que tanto marcam diretamente por computador suas demandas de consultas e exames, como ligam para a Central de Regulação para marcar suas solicitações. No total geral são 130 estagiários distribuídos na rede que participam da organização de marcação de consultas e exames.

São monitorados atualmente 21.074 procedimentos e 16 Prestadores conveniados. Sendo que 18.058 procedimentos são referentes aos prestadores conveniados, distribuídos em 30 tipos de procedimentos entre consulta e exames. Porém, no mês de abril/2012 começou também serem regulados as consultas especializadas e exames da Policlínica Carneiro Lins que faz parte de rede pública de serviços do Município de Jaboatão dos Guararapes, que totalizam 3.016 procedimentos.

Diante desta complexidade de demanda e solicitações por parte dos usuários do SUS a rede não está organizada de forma a atender imediatamente todas as solicitações provindas destas unidades. Portanto, mesmo com a ampliação da Central de Regulação de 08 para 16 videofonistas o acesso à Central de Regulação ainda existe. O que acontece normalmente na semana das liberações das cotas as unidades de saúde as linhas telefônicas ficam sempre ocupadas.

Na perspectiva de amenizar esta problemática, surgiu o processo da Descentralização da Central de Regulação (profissionais das unidades marcando pelo computador suas próprias demandas de consultas e exames). Este processo iniciou-se em outubro de 2011 nas cinco Policlínicas, e hoje são 23 unidades de saúde que desempenham estes serviços descentralizados na marcação de consultas e exames. Este processo permite que estas unidades tenham mais autonomia de marcar suas consultas e exames sem depender da Central de Regulação.

Mesmo desencadeado o processo da descentralização da Central de Regulação observamos que:

- Alto índice de faltas dos usuários que não vão as Clínicas realizarem seus exames e consultas das unidades de saúde das regionais I, II, II, IV, V, VI e VII depois que são marcados através da Central de Regulação;
- 31,37% das consultas e exames marcados através da Central de Regulação são perdidos no Sistema pela falta do usuário;
- Queixas dos Prestadores por os mesmos não conseguirem atingir seus tetos de produção de serviços;
- Aumento da demanda reprimida nas especialidades em 100% das especialidades de consulta de oftalmologia, exames de endoscopia, ultrassom simples e com doppler marcados através da Central de Regulação.

O quadro abaixo demonstra como os dados estão distribuídos no período de janeiro a agosto de 2012 em relação a falta destes usuários.

PROCEDIMENTO	MARCADO	REALIZADO	FALTA DO USUÁRIO	% FALTA DO USUÁRIO
ENDOSCOPIA	1.386	854	532	38,38
ULTRASOM COM DOPLER	1.132	967	165	14,57
ULTRASOM SIMPLES	34.675	26.511	8.164	23,54
CONSULTA COM OFTALMOLOGIA	23.634	16.444	7.190	30,42
TOTAL	60.827	44.776	16.051	26,38

Quadro 01 – Falta dos usuários em relação aos procedimentos de oftalmologia, ultrassonografia e endoscopia no período de janeiro a agosto de 2012 marcados através da Central de Regulação.

fonte: <http://www.sisregiii.saude.gov.br>

De janeiro a agosto de 2012 foram solicitados pelas unidades de saúde das sete regionais de saúde 133.210 procedimentos. Verifica-se que 31,36% de procedimentos não foram realizados pelos Prestadores. Ou seja: 41.777 procedimentos deixaram de ser realizados pelas faltas dos usuários. O quadro abaixo demonstra como estes dados estão distribuídos.

MÊS	MARCAÇÕES FEITAS PELA CENTRAL	ATENDIMENTO REALIZADO	FALTA DO USUÁRIO	% FALTA DO USUÁRIO
JANEIRO	13.187	9.491	3.696	28,02
FEVEREIRO	13.816	10.054	3.762	27,22
MARÇO	15.555	11.329	4.226	27,16
ABRIL	16.997	11.870	5.127	30,16
MAIO	18.527	12.905	5.622	30,34
JUNHO	17.224	11.005	6.219	36,10
JULHO	18.134	11.858	6.276	34,60
AGOSTO	19.770	12.921	6.849	34,64
TOTAL	133.210	91.433	41.777	31,36

Quadro 02 – Solicitações das unidades das sete regionais de janeiro a agosto/2012 marcados através da Central de Regulação

fonte: <http://www.sisregiii.saude.gov.br>

Através do Sistema SISREG e o monitoramento diário de todos os procedimentos ofertados as unidades de saúde percebeu-se que as faltas dos usuários estavam se tornando uma prática constante. Comprometendo e limitando, porém, a demanda de vários procedimentos ofertados. Mesmo os usuários tendo muitas dificuldades de acesso em relação ao agendamento de suas consultas e

exames, observamos através do sistema SISREG que mensalmente os dados estavam crescendo.

Acreditava-se que os absenteísmos desses usuários eram gerados pela demora na marcação, baixa oferta de alguns procedimentos, falta de recursos financeiros dos usuários para ir até as clínicas e falta de um acompanhante.

No sentido de saber quais os reais motivos das faltas desses usuários foram entregues aos gestores responsáveis das regionais de saúde, uma relação de todos os usuários faltosos por unidade de saúde do mês de agosto/2012. O levantamento foi realizado por telefone no mês de agosto/2012 e obtivemos os seguintes resultados: A maioria dos usuários respondeu que não compareceram as clínicas por ter esquecido o dia do exame, por não terem sido avisados pelas unidades de saúde, por doença, por não poder se ausentar do trabalho, trânsito congestionado e lento e outros compromissos mais importantes.

Sendo assim, os problemas em questão transcendem as ações dos Gestores ligados diretamente com a Central de Regulação. A solução do problema exige a participação de novos atores que de fato contribuam com ações que promova respostas mais participativa e integrada e conscientize os usuários que sua falta em relação a consultas e exames marcados através da Central de Regulação gerará a má utilização da oferta e aumento da fila de espera.

Os Agentes Comunitários de Saúde - ACS pelas sua prática diária de acompanhamento de forma integral a saúde dos usuários do SUS pode contribuir neste processo.

Sendo assim, o objetivo deste Plano de intervenção é implantar ações para reduzir o índice de faltas dos usuários na realização de seus exames e consultas marcadas através da Central de Regulação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Absenteísmo do Usuário

Segundo Santos (2008) “o absenteísmo do usuário é um ato praticado de não comparecer às consultas e aos procedimentos agendados no sistema único de saúde”. Ou seja: sem que tenha ocorrido qualquer comunicação prévia à unidade de saúde responsável.

Ainda de acordo com esta autora esta prática limita a garantia da atenção nos diversos níveis de assistência. E complementa: dentre dos poucos estudos realizados, as estimativas sobre taxas de absenteísmos variam entre 22 a 30%. Chama a atenção esta estudiosa que o absenteísmo gera perdas, desperdícios dos recursos públicos, aumento da demanda e retorno do usuário faltoso ao fluxo de marcações de consultas e exames.

Na busca de resolver esta problemática este fenômeno deve ser mais bem explorado por todos os envolvidos como: usuários, lideranças, mídia, serviços e gestão (BENDER, 2010).

Monitorar as faltas desses usuários por unidade de saúde e por prestador sem o apoio da Central de Regulação e do sistema SISREG é quase que impossível. Através dessa ferramenta de gestão podem-se organizar fluxos dos pacientes, regular as ofertas de serviços e monitorar a demanda reprimida desses usuários de forma ética e humanizada.

2.2 Antecedentes Históricos e Conceitos de Regulação

Segundo Farias et al. (2011) a regulação garante maior efetividades as ações e serviços de saúde visando assegurar os objetivos sociais. Devido a sua relevância e complexidade este processo de implementação vem se consolidando a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda de acordo com estes autores a introdução de ações regulatórias no SUS se fortaleceu com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) - 01/2001 e 01/2002, Pacto pela Saúde em 2006, Lei Orgânica da Saúde n. 8080/90 e através da Política Nacional de Regulação 1559/08.

No entendimento de Santos e Merhy (2006) a regulação no Sistema de Saúde brasileiro já se fazia presente antes da criação do SUS, através das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), nos Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e no Instituto de Previdência Social (INAMPS).

Para se conceituar a palavra regulação faz-se necessário avaliar se o recorte analisado é econômico, jurídico ou institucional (FARIAS et al, 2009). Por existir inúmeras e diferentes conceituações e ser de natureza polissêmica, cada uma reflete diferentes perspectivas da agenda política. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Segundo o dicionário Aurélio, Regular também tem como significados: sujeitar as regras, dirigir, regrar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar e comparar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Regular em saúde está ligado com a tarefa de estabelecer regras, ordens e disciplina. Relaciona-se aos aspectos de organização dos fluxos dos pacientes nos diversos níveis de assistência (BRASIL, 2001).

Sendo a regulação um conjunto de ações mediatas esta se interpola entre as demandas dos usuários e seus acessos aos serviços de saúde, que se traduz em fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames, além dos processos de trabalhos correspondentes (NASCIMENTO et al., 2009).

A Regulação no setor saúde por se uma ação complexa envolve várias atividades, ferramentas e estratégias que engloba programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação individuais e coletivos. A NOAS/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como oferta de serviços e controle do acesso (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Sendo assim, surgem então a necessidades de criar alternativas que viabilizem com mais rapidez acessos dos usuários aos serviços de saúde como instrumento de garantia de forma resolutiva de forma eficiente, eficaz e efetiva.

Os padrões de qualidade no atendimento devem ser assegurados como forma de proteção, acolhimento e respeito. E é nesta garantia que o governo

Municipal atua em nome dos seus cidadãos como agente regulador com equidade e integralidade.

2.3 Tipos de Regulação no Setor Saúde

No sistema de saúde há dois tipos de regulação: a regulação sanitária de bens e serviços e a regulação da assistência:

A primeira se refere aos esforços das autoridades sanitárias de minimizar os efeitos adversos gerados pelos produtos e serviços por meio da economia, especialmente aqueles associados com a produção de produtos alimentares e alimentos. A Regulação assistencial é definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

2.4 Política Nacional de Regulação

De acordo com a Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS em seu art. 2º, organiza as ações em três dimensões:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto são a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS;

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Ainda segundo esta mesma portaria em seu art. 9º, § 1º organiza o Complexo Regulador em:

- I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;
- II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e
- III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

“A Regulação no setor saúde assume um papel de estabelecer padrões de qualidade e segurança nas prestações dos serviços de saúde, melhorando as condições de tratamento e cura de inúmeras doenças que cada usuário dos SUS é acometido” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

2.5 Regulação da Assistência à Saúde no Brasil: Centrais de Regulação/2012

Segundo o CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2011) “o Sisreg é um sistema de informações on-line, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação. É um programa (software) que funciona através de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. É composto por dois módulos independentes, a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH)”.

Este sistema é operado, de um lado, por profissionais das secretarias municipais e estaduais de saúde, e de outro, por profissionais das unidades de saúde (BRASIL, 2010).

Apesar da grande importância que tem uma Central de Regulação em regular os fluxos e demandas dos usuários e as ofertas de serviços, são poucos os municípios que implantaram seus complexos reguladores.

No Brasil são apenas 223 Centrais de Regulação, o que representa um percentual de 4%. Sendo que 203 são Centrais de Regulação Ambulatorial e 20 são Centrais de Regulação Hospitalar. Dos 1.791 municípios que possuem a região Nordeste apenas 6,36% possuem esses serviços. No estado de Pernambuco estão instaladas Centrais de Regulação nos municípios de Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Olinda e Recife.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Implantar ações para reduzir o índice de faltas dos usuários na realização de seus exames e consultas especializadas marcadas através Central de Regulação.

3.1 Objetivos Específicos

- Sensibilizar os agentes comunitários de saúde no processo de acompanhamento dos usuários do SUS em relação a datas e locais de exames e consultas especializadas marcadas através da Central de Regulação;
- Criar um fluxo de informação produzida pela Central de marcação de consultas e exames;
- Disponibilizar para a rede municipal de saúde o fluxo de informação produzida pela Central de marcação de consultas e exames.
- Monitorar a realização das consultas e exames marcados pela Central de Regulação.

4 DIRETRIZES

Contribuir para melhoria do atendimento ao usuário na rede municipal de saúde;

Reduzir a demanda reprimida das consultas e exames nas unidades de saúde das sete regionais;

Incentivar as ações intersetorial neste processo de mudanças.

5 METAS

- Capacitar 100% dos agentes comunitários de saúde no sentido de estes acompanharem os usuários do SUS em relação a datas e locais de exames e consultas marcadas através da Central de Regulação;
- Elaboração de um relatório das quantidades marcadas e confirmadas dos exames e consultas por unidade e por regional;
- Disponibilizar 100% para a rede municipal de saúde o fluxo de informação produzida pela Central de marcação de consultas e exames.

6 ESTRATÉGIAS

Para a realização dessas ações se faz necessário a participação de 02 técnicos. 02 de nível superior que ficarão responsáveis pela elaboração dos cartazes, monitoramento das consultas e exames marcadas pela Central de Regulação, relatórios gerenciais, capacitações dos agentes comunitários de saúde e reuniões com os estagiários da rede ligados diretamente com a Central de Regulação e dois de nível médio que ficarão responsáveis pela organização da confecção das apostilas, horário, local do curso e outros assuntos que viabilizem a realização destas ações.

1) Capacitar os agentes comunitários de saúde no sentido de estes acompanhar os usuários do SUS em relação a datas e locais de exames e consultas especializadas marcadas através da Central de Regulação

Atividade:

- Capacitação dos 700 agentes comunitários com ênfase na Regulação da Assistência à saúde.
- Criação na rotina de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde ações de monitoramento de datas, horários, locais dos exames e consultas marcadas através da Central de Regulação de cada usuário no momento da visita domiciliar.

2) Criar fluxos de informações produzida pela Central de marcação de consultas e exames

Atividade:

- Elaboração de um relatório em planilha de Excel das quantidades marcadas pela Central de Regulação de marcação de consultas e exames e dos atendimentos não realizados pelos Prestadores conveniados no período de janeiro a dezembro/2012.
- Elaboração de um cartaz solicitando a colaboração dos usuários para realizarem suas consultas e exames;

- Reunião com 130 estagiários da rede ligados diretamente com a Central de Regulação para divulgação dos dados dos usuários faltosos.

3) Disponibilizar para a rede municipal de saúde o fluxo de informação produzida pela Central de marcação de consultas e exames.

Atividade:

- Entregar 105 relatórios gerenciais as unidades de saúde com dados referentes as faltas dos usuários no intervalo de janeiro a agosto/2012;
- Distribuição de 105 cartazes informativos as unidades de saúde para serem anexados na recepção das unidades em relação as faltas dos usuários e suas implicações;
- Disponibilizar 16 cartazes nas clínicas dos Prestadores conveniadas;

4) Monitorar a realização das consultas e exames marcados pela Central de Regulação.

Atividade:

- Utilizar o sistema SISREG como ferramenta de gestão

7 RESULTADOS ESPERADOS

- Reduzir em 50% a falta dos usuários e a demanda reprimida das consultas e exames que estão pela Central de Regulação;
- Divulgar e Incentivar ações integradas entre Central de Regulação, usuários do SUS e agentes comunitários de saúde;
- Criar mecanismo de monitoramento e avaliação da falta dos usuários como prática constante.

8 CRONOGRAMA DE AÇÕES DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Ação	JAN 2013	FEV 2013	MAR 2013	ABR 2013	MAI 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SET 2013	OUT 2013
Capacitação dos 700 agentes comunitários com ênfase na Regulação da Assistência à saúde.		x	x							
Criação na rotina de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde ações de monitoramento de datas, horários, locais dos exames e consultas marcadas através da Central de Regulação de cada usuário no momento da visita domiciliar..				x	x	x	x	x	x	x
Elaboração de um relatório em planilha de Excel das quantidades marcadas pela Central de Regulação de marcação de consultas e exames e dos atendimentos não realizados pelos Prestadores conveniados no período de janeiro a dezembro/2012.	x									
Elaboração de um cartaz solicitando a colaboração dos usuários para realizarem suas consultas e exames;	x									
Entrega de 105 relatórios gerenciais as unidades de saúde com dados referentes as faltas dos usuários no intervalo de meses de janeiro a agosto/2012;		x	x							
Reunião com 130 estagiários da rede ligados diretamente com a Central de Regulação para divulgação dos dados dos usuários faltosos.		x								
Distribuição de 105 cartazes informativos as unidades de saúde para serem anexados na recepção das unidades				x						
Disponibilização de 16 cartazes nas clínicas dos Prestadores conveniadas;				x						
Utilização do sistema SISREG como ferramenta de gestão e monitoramento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Fonte: autora, 2012

9 ORÇAMENTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

ITENS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
RECURSOS HUMANOS	02 nível superior período de 10 meses	3.200,00	32.200,00
	02 nível médio período de 10 meses	1.500,00	15.00,00
RECURSOS MATERIAIS			
locação de espaço	1	400,00	400,00
toner	2	200,00	400,00
papel	10 resmas	12,00	120,00
confecção de cartazes	200	1.000,00	120,00
Encadernação das apostilas	800	1,50	1.275,00
Cofee break	20 lanches para 40 pessoas	300,00	6.000,00
TOTAL GERAL			40.515,00

Fonte: Autora, 2012

10 VIABILIDADE

Para a consolidação deste Plano de intervenção e analisando por diversos âmbitos seja ele econômico, financeiro e social o município de Jaboatão dos Guararapes, através da Secretaria de Saúde implantou a Central de marcação de consultas e exames, baseado na Portaria 1559 de 1 de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação que viabiliza incentivos financeiros de custeio na organização destes serviços. Em relação aos aspectos sociais há o controle das ofertas e demandas de serviços disponibilizados aos usuários do SUS, bem como a qualidade destes atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não podemos pensar o absenteísmo do usuário de forma única e isolada. Esta prática desorganiza a oferta de serviços e acarreta sérias insatisfações dos usuários que realmente precisam e ainda não conseguiram acesso as suas consultas e exames. Esse desequilíbrio ocasiona má utilização da oferta, aumento da fila de espera e faz muitos usuários esperar mais que deveria.

As Centrais de Regulação com o apoio do sistema SISREG desempenham um importante papel no monitoramento dessas faltas, evitando prejuízos ainda maiores.

Ações conjuntas e inserção de novos atores são de fundamental importância, pois o percentual de faltas desses usuários em estudo é crescente e preocupante.

Sendo assim este Plano de intervenção visa combater ou eliminar práticas e conscientizar os usuários a agirem de forma diferente para que a dinâmica de marcações de consultas realizadas pela Central de regulação não seja prejudica.

Os desafios exigem medidas inovadoras que sejam capazes de transformar um atendimento mais humanizado e comprometido com a vida. E que de fato dê conta de uma realidade que acolha e busque soluções criativas e resolutivas.

REFERÊNCIAS

BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. Artigo de revisão. RAS, São Paulo, v. 10, n. 41, out/dez. 2008.

Disponível em:

<http://www.cqh.org.br/files/RAS41_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 14. abr, 2012.

BENDER, A. S.; MOEMA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na Atenção secundária e suas implicações na atenção básica. Artigo. Revista Espaço para a saúde, Londrina, v.11, n. 2, p. 56-65, jun 2012.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica. 01/93. Portaria Ministerial n. 545 de 20 de maio de 1993. Manual de Gestor do SUS, Rio de Janeiro, 1993

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica. 01/96. Portaria ministerial nº 2.203 de 05 de novembro de 1996. Manual de Gestor do SUS, Rio de Janeiro, 1993

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência a Saúde. SUS - NOAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema Nacional de Regulação. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://sisregiii.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 de mai.2012

LOCKS, M. T. R. Central de marcação de consultas da grande Florianópolis: Um estudo de caso. 2002. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 mai. 2012.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. S. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: o estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. 2007. Artigo. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.. 23, nº 5, p. 1119 -1131, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Coleção para entender o SUS, 1ª ed. Brasília, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Seminário para Construção de Consensos. Brasília; Sergipe: Progestores, 2003.

FARIAS, S. F.; GURGEL, G. D.; COSTA, A. M. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (dês) caminhos da assistência médico – hospitalar. Ciência saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1043-1053, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.org/>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

FARIAS, S. F.; GURGEL, G. D.; COSTA, A. M. A regulação no setor público de saúde: Um processo em construção: Qualificação de gestores dos SUS. 2ª ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2011.

FARIAS, S. F. Interesses estruturais na Regulação da Assistência médicoHospitalar do Sus. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

HORTALE, Virginia Alonso et al. Desafios na Construção de um modelo para análise comparativa da organização de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 79-88, jan/mar, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/>>. Acesso em: 22 de jul. 2012.

MENDES, E. V. O Sus que temos e o SUS que queremos: uma agenda. Revista Mineira de Saúde Pública. Minas Gerais, n. 04, v. 3, p. 04 -100, jun-jul, 2004.

NASCIMENTO et al. Regulação em saúde: Aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. 2009. Artigo. Cogitare Enferm. Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 346-352, 2009.

PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. Revista de escola de enfermagem. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 19-26, 2003.

SANTOS, J. S. Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: Um estudo em um município Baiano. Mestrado.

Universidade Federal da Bahia – UFBA – Instituto de saúde coletiva. Programa de Pós Graduação em saúde coletiva, vitória da Conquista, 2008.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. Interface – Comunic, Saúde, Educ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan-jun, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 de jul. 2012.

SOLLA, José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Instituto de Saúde Coletiva. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out- dez, 2005. <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 de jul. 2012.

SOUZA., Rehem de Souza. A regionalização no Contexto atual das políticas de saúde. Revista Ciência & Saúde. Brasília, v. 06, n. 002, p. 451-455, 2001

SPEDO, S. M. O desafio da descentralização do Sistema Único de saúde em Município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 25, n. 08, p. 1781-1790, 2009. < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 de jun. de 2012.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Revista de Ciência e Saúde Coletiva. Rio de janeiro, v. 08, n. 2, p. 417- 437, 2003. < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 de jun. de 2012.

VERGARA, SYLVIA CONSTANT. Projetos e Relatório de Pesquisa em Administração. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'ávila. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 139-151, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 de jun. de 2012.