

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**MARIA DO CARMO FERREIRA DE ANDRADE**

**A POLÍTICA DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO  
MUNICÍPIO DE CARUARU-PE**

**RECIFE**

**2013**

MARIA DO CARMO FERREIRA DE ANDRADE

**A POLÍTICA DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DE  
CARUARU/PE**

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

RECIFE

2013

---

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

A553p Andrade, Maria do Carmo Ferreira de.  
A política de regulação assistencial no município de Caruaru-PE /  
Maria do Carmo Ferreira de Andrade. - Recife: [s.n.], 2014.  
69 p.: il.

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

Orientadora: Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos.

1. Avaliação em Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3.  
Controles Formais da Sociedade. I. Vasconcelos, Ana Lucia Ribeiro  
de. II. Título.

CDU 614.2

---

MARIA DO CARMO FERREIRA DE ANDRADE

**A POLÍTICA DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DE  
CARUARU/PE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em saúde pública.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

-----  
Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos  
CPqAM/Fiocruz

-----  
Dra. Tereza Maciel Lyra  
CPqAM/Fiocruz

-----  
Dr. Petrônio José de Lima Martelli  
DMS/UFPE

## AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza e porto seguro, iluminando em todos os momentos desta caminhada.

Ao meu esposo Paulo e meus filhos, Paula Carmem e Pedro Henrique, que abriram mão de tantos momentos em família para que a pesquisa recebesse a devida atenção.

Aos meus Pais, Miguel Ferreira e Arcila Ricardo por acreditar na minha capacidade de alcançar objetivos na minha vida.

Aos meus familiares em especial, Maria dos Anjos, Dorotéia, filhos (Amanda, Luana, Vanessa, Vínicius, Daniel) e esposos (Cid e Vohnson), que me apoiaram direta e indiretamente para superação dos obstáculos e conclusão desta caminhada.

A minha orientadora Ana Lucia Vasconcelos, por ter cumprido com tanta eficiência a árdua tarefa de ter me orientado e por sua simplicidade e compreensão das eventualidades desta caminhada.

As minhas amigas Aparecida (Cida) e Edilene que compreenderam a minha ausência e acreditaram na minha caminhada.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, Catarina, Ana Maria, Andre, Kelly, Ricardo e todos que fazem o departamento de regulação que além do incentivo e das contribuições facilitaram a conciliação entre trabalho e estudo.

Aos colegas da turma do mestrado 2011/2013, que foram escolhidos um a um, de forma muito especial para formarem uma harmonia que deu um significado especial ao curso.

A Suelene e família, companheiros de estrada, muito presente em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis e na eficiência da colaboração deste trabalho,

A cada professor que contribuiu na minha formação, tornando as aulas atrativas e inesquecíveis.

A Instituição Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, que me acolheu, acreditou que valia a pena investir em mim e que eu daria retorno ao SUS.

Ao professor Petrônio Martelli, que sempre estimulou e proporcionou caminhos para esta caminhada e no meu crescimento.

Aos Casais que fazem parte das Equipes de Nossa Senhora em especial a de Nossa Senhora Aparecida pela compreensão direta ou indiretamente para que essa conquista fosse possível.

ANDRADE, Maria do Carmo Ferreira de. A Política de Regulação Assistencial no Município de Caruaru/PE. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

## RESUMO

A pesquisa analisou a Política de Regulação Assistencial em Caruaru-Pernambuco em 2012, na perspectiva do acesso equânime e atenção integral. Trata-se de um Estudo Descritivo, Exploratório e de um Estudo de Caso Único, de abordagem qualitativa. O primeiro foi realizado a partir da observação direta; da análise de documentos oficiais; de dados dos Sistemas de Informação do SUS: Ambulatorial (SIA-SUS) e Hospitalar (SIH-SUS); e dados do Sistema de Informação da Política de Regulação de Caruaru (INFOCRAS). O segundo foi realizado a partir de entrevistas com atores envolvidos, contendo perguntas relacionadas à capacidade de oferta dos serviços de saúde; a regulação assistencial; e à política de regulação assistencial para atenção integral à saúde da mulher. Evidenciou-se que as ações de regulação, iniciadas em Caruaru em 2001, obteve no global, desempenho *Satisfatório* na realização de consultas de especialidades médicas (9.274 consultas realizadas de 10.041 programadas) e *Insatisfatório* na realização de exames/procedimentos (10.500 exames/procedimentos realizados de 17.892 programados). A fragilidade regulatória foi evidenciada tanto na existência de demanda reprimida quanto no fato da grande maioria dos atendimentos ocorrerem sem o conhecimento da regulação. Foi observado, também, que a cobertura da atenção básica é insuficiente; e que tem sido pouco resolutiva, apesar da implantação em algumas unidades de arranjos inovadores (apoio matricial; e nas unidades não vinculadas a Estratégia Saúde da Família, o acolhimento através de uma escuta qualificada, e a reorganização do atendimento a partir de territórios). Observou-se, também, que a marcação de consultas/exames/procedimentos embora descentralizada em todas as unidades básicas, não permite autonomia quanto a escolha do profissional e do serviço prestador, nem garante a volta do usuário(a) para o mesmo profissional. As referências estaduais, responsáveis pela atenção de maior complexidade, tem atuado de forma independente da rede municipal, a partir de fluxos assistenciais informais, causando a descontinuidade da atenção para os(as) usuários(as).

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade no Acesso; Regulação e Fiscalização em Saúde

ANDRADE, Maria do Carmo Ferreira de. Policy in Regulatory Assistance of Caruaru/PE. Dissertation (Professional Masters in Public Health) – Research Center Aggeu Magalhães Fundação Oswaldo, Cruz, Recife, 2013.

## ABSTRACT

The research analyzed the Care Regulation Policy in Caruaru-Pernambuco in 2012, in the perspective of equal access and comprehensive care. This is a Descriptive, Exploratory Study and Single Case Study of qualitative approach. The first was held from direct observation; the analysis of official documents; data from the SUS Information Systems: Ambulatory (SIA-SUS) and Hospital (SIH-SUS); and data from the Information System of Regulatory Policy in Caruaru (INFOCRAS). The second was conducted through interviews with stakeholders, including questions related to the supply capacity of health services; the assistance regulation; and the health care regulatory policy for comprehensive care to women's health. It was evident that the regulatory actions that began in Caruaru in 2001, obtained in the global, *satisfactory* performance on queries of several medical specialties (9274 consultations of 10,041 scheduled) and *Unsatisfactory* in exams/procedures (10,500 tests/procedures performed of 17 892 scheduled). The regulatory weakness was evident both in the existence of demand repressed as the fact that most of care occur without the knowledge of the regulation. It was also observed that the coverage of primary health care is inadequate; and that has been little solving, despite implementation in some units with innovative arrangements (matrix support, and in the units not linked to the Family Health Strategy, the welcome through a qualified hearing, and the reorganization of care from territories). It was observed also that the queries/exams/procedures although decentralized in all basic units, does not allow autonomy as the professional's choice and provider service, or guarantee the return of the user to the same professional. The state references, responsible for the care of greater complexity, has acted independently of the municipal network, from informal assistance flows, causing the discontinuity of care for users.

**Keywords:** Health Evaluation; Health Services Accessibility; Equity in Access; Health Care Coordination and Monitoring

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa do Plano diretor de Regionalização de Pernambuco.....	25
Figura 2 - Mapa de Caruaru – PE e Divisão do município por Regiões.....	28
Quadro 1 – Proposta da Matriz de Análise e Julgamento do desempenho da Realização de Consultas, por Especialidades Médicas. Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012.....	31
Quadro 2 – Proposta da Matriz de Análise e Julgamento do desempenho de Realização de Exames e Procedimentos. Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012.....	32
Quadro 3 – Sujeitos da pesquisa segundo categoria profissional e suas respectivas codificações. ....	34
Quadro 4 – Matriz de Análise e Julgamento do desempenho da Realização de Consultas, por Especialidades Médicas. Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012.....	45
Quadro 5 – Matriz de Análise e Julgamento do desempenho da Realização de Exames e Procedimentos. Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012.....	46



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	– Programa das Ações Integradas de Saúde
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	– Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS – PE	– Conselho Municipais de Saúde de Pernambuco
CPqAM	– Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CRAS	– Central de Regulação da Assistência em Saúde
CFA	– Coordenação de Fluxo Assistencial
CCA	– Coordenação de Controle e Avaliação
CGFE	– Coordenação da Gestão de Fila de Espera
DRAC	– Diretoria de Regulação e Controle e Avaliação
DAB	– Diretoria de Atenção Básica
DAE	– Diretoria de Atenção Especializada
ESF	– Estratégia Saúde da Família
GM	– Gabinete do Ministro
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica
INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
MS	– Ministério da Saúde
NOAS	– Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	– Norma Operacional Básica
OPAS	– Organização Pan Americana de Saúde
PDI	– Plano Diretor de Investimentos
PPI	– Programação Pactuada Integrada
PDR	– Plano Diretor de Regionalização da Assistência
PSF	– Programa Saúde da Família
SCNES	– Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
USF	– Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1	Pressupostos que justificam este estudo.....	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1	Objetivo Geral.....	15
2.2	Objetivos Específicos.....	15
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
3.1	Contextualizando a Regulação.....	16
3.2	A Regulação no Sistema de Saúde Brasileiro.....	19
3.3	Instrumentos da Regulação Pública.....	24
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>28</b>
4.1	Desenho do Estudo.....	28
4.2	Área de Estudo.....	28
4.3	Coleta e Análise dos Dados.....	29
<u>4.3.1</u>	<u>Estudo Descritivo, Exploratório.....</u>	<u>29</u>
<u>4.3.2</u>	<u>O Estudo de Caso.....</u>	<u>33</u>
<i>4.3.2.1</i>	<i>Sujeitos do Estudo de Caso.....</i>	<i>33</i>
<i>4.3.2.2</i>	<i>Análise das Entrevistas.....</i>	<i>35</i>
4.4	Aspectos Éticos.....	35
4.5	Divulgação dos Achados do Estudo.....	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
5.1	Estudo Descritivo Exploratório.....	37
<u>5.1.1</u>	<u>A Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE.....</u>	<u>37</u>
<u>5.1.2</u>	<u>Grau de Desempenho da Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012.....</u>	<u>42</u>
<u>5.1.3</u>	<u>Características da Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012 segundo opinião dos atores envolvidos (Atenção Integral à Saúde com foco na Saúde da Mulher).....</u>	<u>47</u>
<i>5.1.3.1</i>	<i>A Percepção dos Atores Referente à Organização da Rede de Atenção à Saúde no Município de Caruaru-PE.....</i>	<i>47</i>
<i>5.1.3.2</i>	<i>A Percepção a Respeito do Acesso aos Serviços de Referência à Saúde no Município de Caruaru-PE.....</i>	<i>53</i>

5.1.3.3	<i>A Percepção sobre a Regulação Assistencial e suas Potencialidades para Garantia da Continuidade do Cuidado Integral à Saúde</i> .....	55
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>59</b>
6.1	Recomendações.....	60
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>61</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>65</b>
	APÊNDICE A – Guia de Entrevista.....	66
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da definição constitucional de saúde como um direito do cidadão e dever do estado, define-se, de forma geral, o macro-objeto da política de saúde e a responsabilidade indiscutível do Estado. Tem-se, para dar esse cumprimento, a legislação, que estabelece a forma de funcionamento do SUS, definindo um modelo de assistência no qual o direito legal de acesso, gratuito, as ações e serviços de saúde são universais (ALMEIDA et al., 1999). Isso remete à estruturação de regras articuladas em torno dos diversos interesses envolvidos e engloba: (i) o financiamento; (ii) a definição das competências das três esferas de governo e a natureza das relações intergovernamentais, considerando a configuração federativa do país; (iii) a oferta de serviços, que inclui ou deve incluir a regulação dos atores privados; e (iv) formas de regulação da demanda, com definição da porta de entrada ao sistema de saúde e do fluxo da atenção, tendo a descentralização e regionalização como diretrizes antigas, estando presente em várias experiências de reordenamento do sistema de saúde brasileiro, mesmo antes da criação do SUS. Entretanto, foi somente no bojo do movimento sanitário, que desembocou na Constituição Federal de 1988, que a descentralização e regionalização assumem papel estratégico na política nacional, com o objetivo de expandir o acesso às ações e serviços de saúde (Universalização e Integralidade; Atendimento as necessidades loco-regionais; Ampliação da participação social), com melhora na gestão dos recursos (BRASIL, 1988).

No contexto da regionalização o processo político envolve a distribuição do poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relação entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadão) no espaço geográfico, bem como a criação de instrumentos de planejamento, integração assistencial, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

De acordo com Lima et al. (2002), não há descentralização eficiente sem a organização e articulação dos espaços regionais. Pois, sem isso, há uma tendência clara ao desperdício nos gastos públicos e à produção de iniquidades, decorrentes da expansão da atenção médica nos municípios sem nenhuma articulação regional, da fragmentação de equipamentos sanitários, da perda de escala e das diferenças de capacidade instalada entre os municípios.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o compromisso de prestar assistência universal e integral, de forma equânime e de boa qualidade à população (BRASIL, 1990). Para isso, o Ministério da Saúde (MS) editou

instrumentos normativos (Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e sua revisão NOAS 01/2002, que enfatizam a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços; e define a implantação de complexos reguladores para execução do percurso assistencial, que deve ser voltado para a disponibilização de serviços assistenciais mais adequados à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. De acordo com o MS, o processo regulatório significa atuar positivamente para promover o acesso dos cidadãos aos serviços, o que significa atuar sobre a oferta, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para aumentar ou remanejar a oferta programada (BRASIL, 1990a, 2001, 2002).

Para Souza (2001), a NOAS desloca a ênfase do processo de descentralização para garantir aos cidadãos acesso a ações e serviços de saúde, em todos os níveis, com vistas à consolidação dos princípios do SUS.

No entanto, Mendes (2002) já aponta que o SUS apresenta significativa fragilidade regulatória, e que isso decorre, por um lado, pela falta de um alinhamento conceitual sobre o que é regulação e, por outro, pela ausência de um marco regulatório próprio.

Esse cenário desencadeou uma grande discussão envolvendo os gestores dos diversos níveis e o Conselho Nacional de Saúde, que resultou no “Pacto pela Saúde” através da Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que 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 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 MS institui por meio da Portaria Nº 1.559, de agosto de 2008, a *Política Nacional de Regulação*, que estabelece a necessidade de estruturar ações de regulação, controle, gerenciamento 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 visa à organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

O SUS traz em si grande complexidade no fato de ser um sistema que garante o direito à saúde, imprescindível para assegurar o direito à vida. Sendo assim, dirigido pelos entes federativos, com financiamento tripartite e gestão participativa, surge num momento em que os dirigentes, os profissionais de saúde e o cidadão detêm maior compreensão sobre o seu direito à saúde, que se concretiza na organização constitucional e legal do SUS, a regulamentação da Lei nº 8.080/90, por meio do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011,

publicado em 29 de junho de 2011 no Diário Oficial da União. O Decreto 7.508 tem o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos, tão necessários a consolidação e melhoria permanente do SUS. Visa, portanto, dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer as ações e serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde, organizados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

### 1.1 Pressupostos que justificam este estudo

De acordo com o Relatório de Gestão da Diretoria de Planejamento de Caruaru – PE, a expansão dos serviços de saúde de Caruaru é crescente, principalmente a partir da pactuação realizada em 2005, através da PPI, processo que possibilitou acréscimo financeiro voltado para garantir o acesso aos serviços especializados pactuados. Mesmo assim, não foi possível a organização do serviço de saúde de Caruaru em “Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS)”, trazendo como consequência, um elevado grau de fragmentação das ações de saúde, dificultando o acesso da população quando delas necessitam.

As Unidades Básicas de Saúde, nem sempre funcionam como porta de entrada e primeiro nível de atenção, e muito menos se interligam com os serviços especializados e hospitalares, resultando em fluxos assistenciais que se estabelecem independentes da existência de estruturas formais de regulação (CARUARU, 2013).

Com base no exposto, e por não ter havido até o momento estudos sobre a política de regulação assistencial em Caruaru, se justifica a presente investigação que tem por objetivo analisar os instrumentos regulatórios a fim de identificar estratégias de melhora, e assim, contribuir para mudanças nos pontos considerados sensíveis e impeditivos do seu pleno funcionamento.

É importante registrar a posição da pesquisadora, que está atualmente implicada com o processo de coordenação dessa Política de Regulação, daí seu interesse em conhecer os resultados da aplicação dos instrumentos de regulação, que tem interferido inclusive, no desempenho observado.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar a Política de Regulação Assistencial em Caruaru – PE.

### 2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever a Política de Regulação Assistencial de Caruaru-PE;
- b) Caracterizar o desempenho alcançado pela Política de Regulação Assistencial de Caruaru-PE, em 2012;
- c) Conhecer a partir da visão dos atores envolvidos, as características da política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, com foco nas consultas e procedimentos especializados.

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Contextualizando a Regulação

O conceito de regulação é muito amplo e sua aplicação original nos remete a discussão, 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 normatizar 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.

Segundo Walshe (2003) na tentativa de enquadrar mandato legal, para o desenvolvimento do processo regulatório, o conceito de regulação apresenta quatro características fundamentais: *(i)* para exercer sua função o regulador deve ser reconhecido como autoridade competente, pelas partes interessadas; *(ii)* centralização da responsabilidade pelo regulador para maior controle das atividades, evitando que as partes interessadas trabalhem por seus interesses individualmente; *(iii)* o regulador exercerá função mediadora (conflitos de terceiros), garantindo assim sua autonomia para tomada de decisões (livre de influências políticas); *(iv)* o regulador deverá atender ações de interesse público (o processo de regulação se destina a servir objetivos essenciais da sociedade).

A regulação já se fazia presente nas Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPs) e nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), na medida em que foram estabelecidas regras para a utilização de serviços e medicamentos, bem como ofertados serviços de saúde para seus beneficiários, estabelecendo regras de utilização. Todas se caracterizam como regulação dos serviços de saúde. Nos IAPs, como o modelo adotado foi o da compra de serviços, em detrimento da sua prestação direta pela Instituição, essas ações se intensificaram.



Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, esse processo se acelerou e a assistência médica prestada pelo Estado passou a ocorrer basicamente pela aquisição de serviços privados. Como o INPS necessitava de uma enorme rede de prestadores espalhada por todo o país, o processo de formação dessa rede poderia ser caracterizado como o primeiro e mais importante mecanismo regulatório praticado pela Instituição. Os critérios utilizados, bem como o perfil da rede credenciada, definiram inicialmente o tipo de assistência a ser praticado. Portanto, esse modelo adotava um modo de regulação, junto aos seus prestadores, nos mais variados formatos: regulação comercial, administrativa, financeira e assistencial. Nesse momento, a regulação da assistência propriamente dita foi o aspecto mais relegado na construção e consolidação de um marco regulatório para a assistência à saúde no Brasil. Os mecanismos instituídos inicialmente guardam pequena relação com os aspectos qualitativos dos serviços prestados, com a regulação do acesso e critérios de elegibilidade para a execução de ações de saúde. Importante destacar que esse processo se aprofundou muito com a expansão dos serviços privados de saúde contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), em 1978, que atuava junto aos prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário, buscando controlar, principalmente, a produção e os gastos na assistência médica aos segurados. Este modelo de regulação centrava-se no controle sobre os gastos do setor, apoiados em uma excessiva normatização, imposição de regras e fluxos. No caso específico do INAMPS, o processo regulatório foi tanto mais intenso quanto maior era a crise financeira da instituição. Um exemplo desta prática restritiva foi a Portaria n. 3.042/82, que limitava os exames por percentuais das consultas, objetivando o controle da prestação de serviços (BRASIL, 1982).

Segundo Merhy (1992), essa situação é evidenciada, em geral, de um lado pelos métodos utilizados de planejamento normativo, administração paramétrica e controle, avaliação contábil-financeira; e de outro lado pelos métodos de organização dos serviços e avaliação com base em programas verticais de saúde pública.

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 influência ou controla as organizações reguladoras que indiretamente afetam as questões de oferta, demanda e preço (WASHE, 2003).

A teoria econômica clássica atribui à “lei da oferta e da demanda”, em um mercado de livre competição, à determinação das quantidades e dos preços da produção. Quando não estão dadas as perfeitas condições de competição, ocorrem as falhas de mercado. Na

ocorrência destas falhas de mercado, deveria ocorrer a intervenção do Estado na economia (CASTRO, 2002; DONALDSON; GERARD, 1993; MCGUIRE et al., 1992). Ainda na perspectiva da economia a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir as disfunções do mercado, sendo definidos instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle, no sentido de otimizar a alocação dos escassos recursos disponíveis na sociedade (SANTOS; MERHY, 2006).

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. Nesse 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 se refere a ineficiente gestão de recursos; a perda de continuidade do cuidado e qualidade do atendimento. Desta forma, para a coordenação assistencial, compreende-se a regulação como um conjunto de relações, saberes, tecnologia e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses.

Donaldson e Gerard (1993) identificam as seguintes características da perfeita competição: *(i)* racionalidade; *(ii)* inexistência de externalidades; *(iii)* perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor (consumidores bem informados com capacidade de decidir sobre seu consumo); *(iv)* numerosos e pequenos produtores sem poder de mercado. Essas características, segundo esses autores, não estão presentes no setor saúde, justificando, nesse caso, uma ação mais intensa do Estado.

Castro (2002), ao analisar as principais falhas do mercado que ocorrem no setor saúde, aponta que há necessidade de intervenção do Estado a partir de regulamentações, ou mesmo diretamente, por meio da produção de serviços de saúde. Esse autor apresenta sua preocupação da seguinte forma: *(i)* 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 pelos nascimentos, pela renda, e pela educação; *(ii)* os serviços tenderão ser alocados conforme a capacidade de pagamento, prejudicando, especialmente, os mais desfavoráveis e doentes (CASTRO, 2002).

Magalhães Jr. (2006, p.40) apresenta a questão da seguinte forma: o termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde, mesmo nos majoritariamente públicos, com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando em geral como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado, relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde. Ou seja, a regulação não esta revestida da função

mais clássica de regulação, regular as relações de mercado na saúde. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica, fazendo, assim, com que o papel regulador do Estado na saúde pública não se limite à elaboração de um conjunto de normas para serem impostas pelo poder público, mas fundamentalmente à constante pactuação e combinação de idéias, visando definir ações prioritárias no campo da saúde coletiva.

Para Campos (1997a), uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos dirigentes do sistema público de saúde é a de colocar os serviços públicos realmente em prol do bem-estar coletivo, utilizando, em cada circunstância, os recursos disponíveis da maneira mais produtiva possível. Na realidade, o conjunto de conhecimentos acumulados sobre o planejamento e a gestão de serviços públicos de saúde é muito pobre, não conseguindo sequer tratar de todas as dimensões e das contradições determinantes da ineficácia econômica (baixa produtividade), social (impotência em promover o bem-estar) e mesmo técnica dos sistemas estatais (incapacidade de resolver problemas de saúde).

### 3.2 A Regulação no Sistema de Saúde Brasileiro

Conforme foi referido no item anterior, a etimologia da palavra “regulação” significa ato ou efeito de regular. Todavia, no setor saúde o termo regulação toma vários sentidos. Segundo Magalhães Jr. (2006) o termo regulação tem sido utilizado num sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados. Para 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, ocorrendo essas disputas em duas dimensões: a *macro regulação*, referentes às definições mais gerais das políticas das instituições; e a *micro regulação* ou *regulação assistencial*, onde o processo regulatório pode se dar no cotidiano das pessoas. Esses autores afirmam que a 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 da saúde pelo Estado brasileiro tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços adotado ao longo do tempo. Entende-se, aqui, o processo de regulação como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Assumindo, assim, que a regulação se refere à definição de regras de funcionamento e à articulação de vários agentes com vistas a alcançar os objetivos do sistema de saúde, pode-

se dizer que a definição das regras de funcionamento do Sistema Único de Saúde, as quais se referem à própria definição da política de saúde, constituem o marco regulatório do sistema público no Brasil (BRASIL, 2008).

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. O objetivo, teoricamente, é garantir que o sistema, no seu todo, atinja seus objetivos principais (FARIAS et al., 2008).

A análise da intervenção do Estado nas questões sociais, através das políticas sociais tem como consequência à existência de uma relação de direito positivo que se estabelece entre o cidadão e o seu Estado. Ou seja, a intervenção estatal via políticas sociais, regulando e/ou propiciando condições de manutenção de uma atenção de qualidade e equânime é considerada função intrínseca do Estado moderno, configurando padrões de direitos sociais próprios a cada nação. A política social vai requerer, na plenitude do seu exercício, o estabelecimento de mediações entre Estado e Sociedade, dentre as quais se destaca a cidadania (FLEURY, 1994). Sendo assim, o grau de regulação pública exercida guarda forte correlação com o amadurecimento das relações sociais e com o desenvolvimento e respeito à cidadania (GIDDENS, 1996).

No âmbito da saúde, particularmente no Brasil, conforme já referido, esse processo se expressa pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios constitucionais e infraconstitucionais que definem sua estrutura e dinâmica institucional. Nesse setor, o processo de regulação é entendido como um conjunto de atividades políticas, jurídicas, administrativas e técnico-gerenciais que vão muito além da simples atividade normativa e burocrática, constituindo-se numa ação permanente do Estado, responsável pelo projeto estratégico coletivo, explícito e pactuado com vistas à implementação do SUS. A discussão sobre a expansão do papel regulador do Estado, em parte como substituição às suas funções tradicionais de provedor direto de serviços públicos, tem ocorrido no Brasil desde os anos 90. Mas, a despeito dos esforços de alguns projetos governamentais em *desregular*, as circunstâncias parecem conspirar para estender o escopo e a escala da intervenção regulatória estatal na vida econômica, social e comercial (WALSHE, 2003). Segundo esse autor, pode-se dizer que se vivencia a “era dourada” da regulação. Segundo Gurgel Júnior (1999), o caráter regulador do Estado na Saúde se insere, nesse contexto, subordinado ao dinamismo do processo de reforma sanitária brasileira em curso há quase duas décadas.

A partir da Lei Orgânica da Saúde (8080/90) (BRASIL, 1990a), seguida das normas infra-constitucionais – as Normas Operacionais Básicas (NOB) e, principalmente, a Norma

Operacional de assistência à Saúde (NOAS) –, iniciou-se o processo de institucionalização da regulação.

A definição de regulação adotada pela NOAS refere-se à disponibilização da assistência mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada (BRASIL, 2001). Todavia, às restrições a sua implantação, fez da NOAS apenas uma tentativa de enquadramento das diversas situações em modelos, pressupondo uma forte atividade de regulação dos Estados, que acabou por diminuir 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, 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 N<sup>o</sup> 399/06 referente ao *Pacto pela Saúde* (BRASIL, 2006a), 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. Nessa Portaria, o *Pacto de Gestão* destaca a indicação da necessidade de incremento da 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, 2006a). Assim, o *Pacto pela Saúde* define a regulação como uma diretriz e cria uma linha de financiamento, com 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, e explicita as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e da União, definindo conceitos para as principais estruturas e instrumentos regulatórios (BRASIL, 2006c).

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 na busca da equidade social (BRASIL, 2006a).

O *Pacto pela Vida* estabelece seis prioridades, com definição de objetivos e metas: saúde do idoso; controle do câncer de colo do útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas 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 da população: o controle do câncer de colo do útero e de mama, bem como a redução da mortalidade infantil e materna.

Neste sentido, a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de saúde, instituída a partir da Portaria GM N° 1.559/2008, tem como finalidade orientar os entes federados, no sentido de que se organizem redes e fluxos assistenciais, provendo acesso aos serviços de saúde, de forma equânime, integral e qualificada no âmbito de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2008). Essa política reforça a necessidade de se estruturar as ações de regulação, controle e avaliação, bem como o fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS. Para isso, essa Portaria organiza as ações de regulação em saúde em três dimensões de atuação: (i) Regulação dos Sistemas de Saúde; (ii) Regulação da Atenção à Saúde; e (iii) Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial.

A **Regulação dos Sistemas de Saúde** é a mais ampla das três, tendo como foco a produção de bens e serviços de saúde. Nessa dimensão verificam-se as regulamentações que devem ser seguidas para execução das políticas de saúde. Para isso, desenvolve-se ações correspondentes 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; a vigilância sanitária e epidemiológica; a regulação da saúde suplementar; a auditoria assistencial ou clínica; e a avaliação e incorporação de tecnologia em saúde (BRASIL, 2008).

A **Regulação da Atenção à Saúde** tem como objetivo garantir a prestação de serviços à população, por meio de ações diretas e finais dirigida aos prestadores públicos e privados. Essa dimensão é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Contempla as seguintes ações: cadastramento de usuários (no Sistema do Cartão Nacional de Saúde); cadastramento de estabelecimentos e de profissionais da saúde (no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento 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, da gestão, e da satisfação dos usuários; avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; avaliação dos indicadores epidemiológicos; e avaliação das ações e serviços nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2008).

A *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. É efetivada pela disponibilização de serviço assistencial mais adequado à necessidade do cidadão. Essa dimensão contempla as ações de regulação médica (regulação da atenção pré-hospitalar e hospitalar – controle dos leitos disponíveis –); regulação da atenção às urgências; e regulação das agendas de consultas e procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e ainda, o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008). Com essa visão Magalhães Jr. (2006) 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, segundo suas demandas, aos vários serviços ofertados pelo sistema de saúde”.

O Decreto 7.508/11, que regulamenta a Lei 8080/90, estabelece que seja assegurada ao usuário a “continuidade do cuidado em saúde”, em todas as suas modalidades dos serviços, incluindo hospitais e outras unidades integrantes da rede de atenção, local e/ou regional, cabendo aos entes federativos sua efetivação, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas comissões intergestores, com garantia de transparência, integralidade e equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde. Esse Decreto também estabelece como responsabilidade dos entes federativos a orientação e ordenação dos fluxos das ações e serviços de saúde; e de monitoramento do acesso às ações e serviços de saúde. Nessa perspectiva, a “ação regulatória” é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre gestão e os serviços, assim como dos serviços entre si, e entre os serviços e os usuários.

A “ação regulatória” é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação de consultas e procedimentos, realizados por profissional(is) de saúde, sendo observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a ação assistencial mais adequada a cada caso, promovendo-se, por meio das redes integrada de serviços de saúde (RISS), a equidade de acesso e eficiência (BRASIL, 2006a).

“Equidade de acesso” deve ser entendida como aquela que ocorre segundo as necessidades em saúde, e não em função de outras variáveis como renda, gênero, etnia, ou residência geográfica (ADAY; ANDERSEN, 1974). E, por eficiência, aquela que depende de fatores individuais e internos aos serviços de saúde, que interferem na qualidade dos cuidados prestados (ANDERSEN, 1995).

D. Intignano e Ulman (apud MAGALHÃES Jr, 2006), analisaram as políticas de regulação, partindo da idéia de que as políticas de saúde buscam um equilíbrio entre três objetivos: (1) o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas de um sistema que não prejudique o emprego e a produção; (2) a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; e (3) a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios.

### 3.3 Instrumentos da Regulação Pública

A partir de 1999, o termo regulação começa a aparecer em uma sequência de dispositivos legais do Ministério da Saúde, apontando para uma concepção específica da qual se iria definir um conjunto de orientações e atividades articuladas à idéia de regulação assistencial (BRASIL, 2001).

Em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) (BRASIL, 2001), trata a questão da regulação de modo mais detalhado quanto ao fortalecimento da capacidade de Gestão do SUS, sendo ratificada pela NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002).

No processo de aprimoramento e de definição de instrumentos para a gestão do SUS, a NOAS-SUS 01/2001 pode ser considerada um marco a orientar as ações atuais, particularmente na questão da definição do sistema de regulação do SUS, partindo-se do pressuposto de que a ampliação das responsabilidades dos municípios promoveria a garantia de acesso aos serviços iniciando-se pela atenção básica, e que a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo de consolidação do SUS.

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).

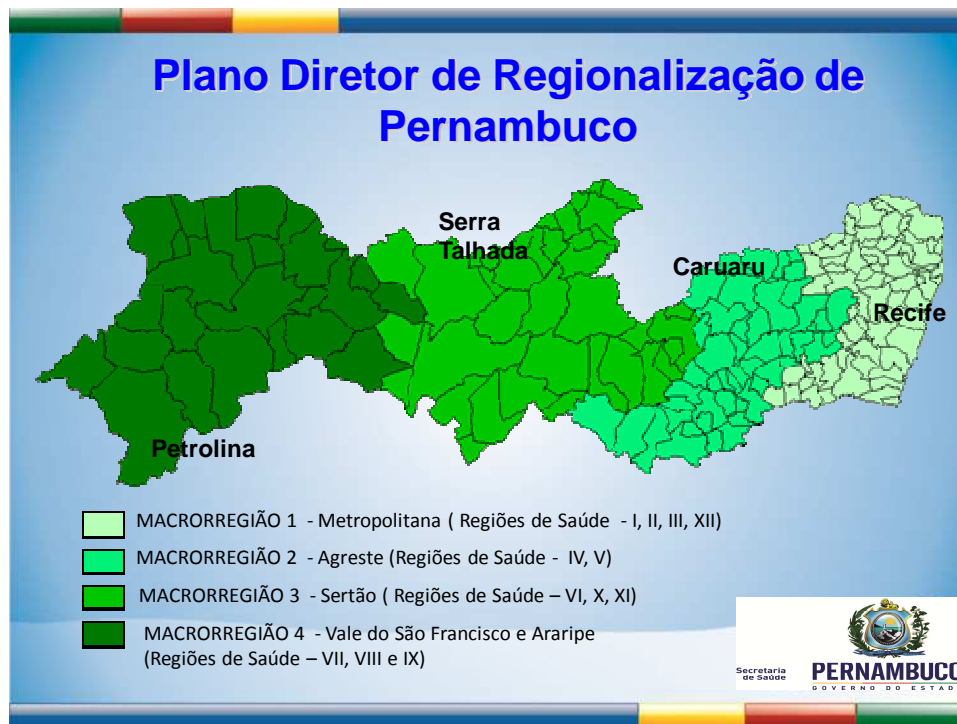
Santos e Merhy (2006) consideram o financiamento, que é utilizado como instrumento no processo regulador, como o principal mecanismo indutor de ações e serviços de saúde. Outras ferramentas que também apóiam a regulação são: a definição de rede prestadora de serviços de



saúde; a programação assistencial; as Autorizações das Internações Hospitalares (AIH) e Autorizações para Procedimentos de Alta complexidade (APAC); os Tratamentos Fora de Domicílio (TFD); as bases de dados nacionais; as centrais informatizadas de leitos; a auditoria analítica e operacional; o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde; e a avaliação e monitoramento das ações de atenção à saúde.

A organização das redes de atenção à saúde inclui a análise permanente dos principais instrumentos de planejamento regional: Plano Diretor de Regionalização (PDR), que em Pernambuco ocorre conforme se demonstra na Figura 1; Plano Diretor de Investimentos (PDI); e Programação Pactuada e Integrada (PPI). O gerenciamento das redes de atenção à saúde, para garantir o acesso da população, passa pela execução permanente das atividades de programação, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde.

Figura 1- Plano Diretor de Regionalização (PDR) em Pernambuco.



Fonte: IV Regional de Saúde, 2013.

A Portaria GM/MS Nº 1.559/2008 apresenta uma estrutura centralizadora das operações de regulação, formada por unidades operacionais conhecidas como “Centrais de Regulação”. No entanto, preferencialmente, as ações de saúde devem ocorrer de forma descentralizada no sistema de saúde, que agregadas são denominadas de “Complexo Regulador” – termo que será adotada neste estudo. Essa estrutura pode ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, podendo ser estadual, regional ou municipal (BRASIL, 2008).

A estruturação do “Complexo Regulador”, de acordo com as diretrizes para sua implantação, permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade, destacando-se para isso as seguintes ações: a existência e funcionamento do PDR e da PPI do Estado; a definição da área de abrangência; o conhecimento dos recursos assistenciais dentro da área de abrangência definida; o conhecimento dos fluxos de informações; e o exercício da autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes (BRASIL, 2006).

Os “complexos reguladores” devem ser formados por estruturas que incorporem autoridade sanitária e inteligência ao conjunto de instrumentos tecnológicos para o gerenciamento da oferta de serviços, alimentados por sistemas de informação em tempo real, que norteie o funcionamento da rede assistencial de saúde. Em relação à logística do “complexo regulador”, é preciso: *(i)* Integrar os sistemas de informação existentes (as centrais de marcação de consultas e exames especializados, as centrais de internação, as centrais de regulação em alta complexidade e câmaras de compensação); *(ii)* Manter cadastro atualizado dos estabelecimentos e profissionais de saúde; *(iii)* Estabelecer protocolos clínicos e operacionais, de forma pactuada entre os atores da assistência à saúde; *(iv)* Ter clara a dimensão da necessidade de recursos humanos, de equipamentos e material de consumo, de tecnologia, de recursos financeiros, para que as necessidades da população da área regulada sejam atendidas (BRASIL, 2002d).

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; 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 de Alta Complexidade (CNRAC) e procedimentos estratégicos de alguma política de saúde específica.

O gestor público, dotado de instrumentos que lhe permitam regular, acompanha os prestadores: na execução dos recursos programados; na avaliação de qualidade e da satisfação dos usuários do sistema; na avaliação de resultados e efetividade das ações e serviços; e no perfil epidemiológico da população. As funções de controle, regulação e avaliação impõem aos gestores a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos), supervalorizados em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos usuários (BRASIL, 2002b).

Existem, ainda, instrumentos norteadores das ações do gestor e de base para o acompanhamento e fiscalização da implementação das políticas do setor pelo Conselho de Saúde e outras instâncias formais de controle, regulação e avaliação, como: os Planos de Saúde, aprovados pelos Conselhos de Saúde; o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos; a Programação Pactuada Integrada; os Pactos da Atenção Básica; os Termos de Garantia de Acesso e de Compromisso entre os entes públicos existentes no território, entre outros (BRASIL, 2002a).

Desta forma, o “complexo regulador” é o conjunto de estratégias e ações destinadas a ensejar o adequado e integral atendimento ao indivíduo, definidas pelos gestores públicos responsáveis pela formulação das políticas de saúde e pelo gerenciamento do sistema de saúde (BRASIL, 2002c).

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

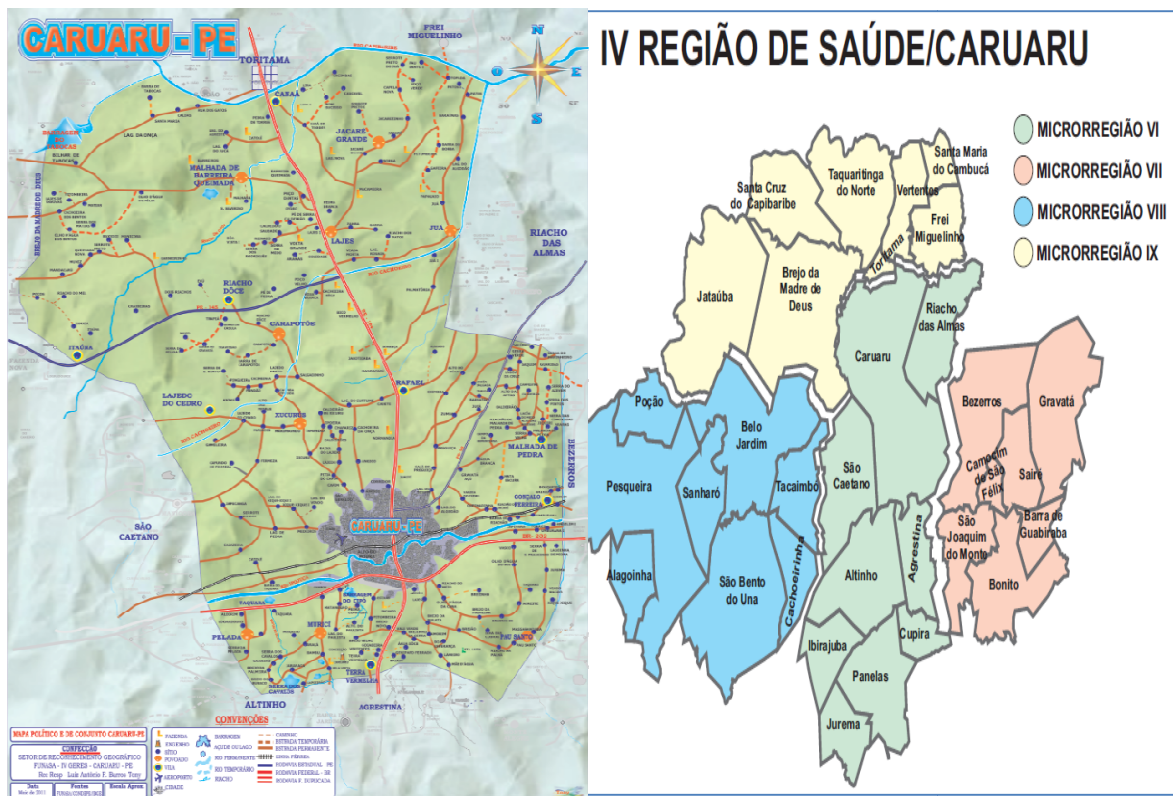
### 4.1 Desenho do Estudo

Para analisar a Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, foi realizado inicialmente um **Estudo Descritivo, Exploratório** e em seguida um **Estudo de Caso Único**, de abordagem qualitativa.

### 4.2 Área de Estudo

O estudo foi realizado no município de Caruaru, localizado na região do agreste pernambucano, a 132 km de distância da capital do Estado, Recife.

Figura 2 - Mapa de Caruaru-PE e divisão do município por regiões de saúde.



Fonte: Pernambuco (2012)

Caruaru possui uma população de 319.579 habitantes, no entanto como sede da IV<sup>a</sup> Gerência Regional de Saúde, composta por 32 municípios, a Secretaria de Saúde de Caruaru, atualmente é referência para uma população estimada em 1.214.326 habitantes (IBGE, 2010).

### 4.3 Coleta e Análise dos Dados

#### 4.3.1 Estudo Descritivo, Exploratório

Essa etapa do estudo foi realizada a partir de pesquisa documental e observação direta, respectivamente, dos documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caruaru e no Departamento de Regulação, Controle e Avaliação.

A análise documental utilizou: relatórios existentes da Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação do Sistema de Regulação (INFOCRAS); relatórios do Setor de Ouvidoria da SMS de Caruaru; o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Atas de oficina de regulação com o Departamento de Atenção Básica e o Departamento de Atenção Especializada; o Plano Municipal de Saúde vigente; o Relatório de Gestão da SMS de Caruaru; os Contratos (Termo de Referência) dos prestadores da Rede Complementar; os Sistemas de Informação do SUS: Ambulatorial (SAI-SUS) e Hospitalar (SIH-SUS).

A análise dos quantitativos de consultas programadas, agendadas e realizadas, permitiu caracterizar o desempenho alcançado por essa política. As informações de consultas programadas (pactuadas) e agendadas (reguladas), bem como a demanda reprimida (fila de espera) foram obtidas no Sistema de Informação de Regulação de Caruaru (INFOCRAS), e as informações de consultas realizadas foram adquiridas no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS). Os padrões de julgamento do grau de desempenho da Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE foram analisados por intermédio da relação entre a pontuação esperada (consultas/procedimentos programados) e a observada (consultas/procedimentos realizados). Em seguida, mediante o somatório dos pontos observados e esperados, foi calculado o percentual correspondente ao grau de desempenho de consultas e de procedimentos na Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, conforme demonstrado abaixo:

Percentual de Desempenho (%) =  $\Sigma X(O) / X(E) * 100$ . Sendo, X(O) a pontuação observada (realizada), e X(E) a pontuação esperada (programada).

Por fim, o percentual de aumento ou de diminuição de consultas/procedimentos observados (realizado) em relação ao esperado (programado) foi obtido subtraindo-se 100 do percentual de desempenho evidenciado.

Os parâmetros abaixo foram usados para estabelecer o grau de desempenho:

<b>Classificação</b>	<b>Grau de desempenho</b>
Satisfatório	Igual ou superior a 80%
Parcialmente Satisfatório	De 79 a 61%
Insatisfatório	Igual ou menor que 60%

Tem-se no Quadro 1 e 2 a seguir, respectivamente, a **Matriz de Análise e Julgamento do Desempenho de Realização das Consultas, segundo Especialidades Médicas e de Realização de Exames / Procedimentos, da Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, em 2012**, tendo como máximo programado, 10.041 consultas e 17.892 procedimentos.

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento do desempenho da Realização de Consultas, por Especialidades Médicas. Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012.

<b>Especialidades</b>	<b>Programadas (Esperadas)</b>	<b>Agendadas (Reguladas)</b>	<b>Realizadas (Observadas)</b>	<b>Desempenho</b>	<b>Fila de Espera (% em relação ao Esperado)</b>
Alto Risco	96 (100%)				
Angiologia	185 (100%)				
Cardiologia	1.740 (100%)				
Cirurgia de Cabeça e pescoço	48 (100%)				
Cirurgia Geral	580 (100%)				
Cirurgia Pediátrica	60 (100%)				
Cirurgia Plástica	45 (100%)				
Cirurgia Urológica	105 (100%)				
Dermatologia	740 (100%)				
Endocrinologia (adulto)	583 (100%)				
Endocrinologia (infantil)	120 (100%)				
Gastroenterologia	219 (100%)				
Geriatría	691 (100%)				
Ginecologia	560 (100%)				
Hematologia	80 (100%)				
Mastologia	300 (100%)				
Nefrologia	90 (100%)				
Neuropediatria	290 (100%)				
Neuroclínica	246 (100%)				
Oftalmologia	365 (100%)				
Oncologia	90 (100%)				
Ortopedia	500 (100%)				
Otorrinolaringologia (avaliação cirúrgica)	128 (100%)				
Otorrinolaringologia	280 (100%)				
Pneumologia	360 (100%)				
Proctologia	105 (100%)				
Psiquiatria	1.120 (100%)				
Urologia	315 (100%)				
<b>Máximo de consultas</b>	<b>10.041 (100%)</b>				

Fonte: autora

Quadro 2- Matriz de Análise e Julgamento do desempenho da Realização de Exames e Procedimentos. Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012.

<b>Exames e Procedimentos</b>	<b>Programados (Esperados)</b>	<b>Agendados (Regulados)</b>	<b>Realizados (Observados)</b>	<b>Desempenho</b>	<b>Fila de Espera (% em relação ao Esperado)</b>
Avaliação Urodinâmica	09 (100%)				
Biopsia de próstata	08 (100%)				
Biopsia de Tireóide ou Paratireóide	40 (100%)				
Colonoscopia	35 (100%)				
Colposcopia	246 (100%)				
Ecocardiografia Transtorácica	310 (100%)				
Eletronecefalograma	91 (100%)				
Esofagogastroduodenoscopia	910 (100%)				
Fisioterapia	1.588 (100%)				
Histeroscopia	120 (100%)				
Holter 24 horas	09 (100%)				
Mamografia bilateral	2.747 (100%)				
MAPA	09 (100%)				
Punção aspirativa de mama por agulha fina	40 (100%)				
Punção aspirativa de mama por agulha grossa	40 (100%)				
Raio X	5.951 (100%)				
Teste Ergométrico	100 (100%)				
Ultrasonografia	5.087 (100%)				
Urofluxometria	120 (100%)				
Avaliação e acompanhamento de glaucoma	420 (100%)				
Retossigmoidoscopia	12 (100%)				
<b>Máximo de consultas e procedimentos</b>	<b>17.892 (100%)</b>				

Fonte: autora



### 4.3.2 O Estudo de Caso Único

O Estudo de Caso Único, de abordagem qualitativa, foi realizado a partir de entrevistas com atores envolvidos (Questionários semi-estruturados – Apêndice I), contendo perguntas relacionadas à capacidade de oferta dos serviços de saúde; a regulação assistencial; e à política de regulação assistencial para atenção integral à saúde da mulher. A finalidade dessa etapa do estudo é entender as razões que interferiram no desempenho observado; e, por tratar-se de uma intervenção em curso, obter resultados que possam contribuir para sua melhora.

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).

Hartz (1997) aponta que o estudo de caso é a estratégia metodológica mais apropriada, ao possibilitar uma análise em profundidade de um fenômeno em um só meio. E, segundo Yin (2001), o estudo de caso é uma investigação empírica de fenômenos contemporâneos que dificilmente podem ser dissociados ou isolados do seu contexto e o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos. Objetiva responder perguntas do tipo “como” e “por que”, permitindo a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Esse autor aponta, ainda, que a definição da unidade de análise é relevante para o desenvolvimento do estudo de caso, pois está relacionada à forma como as questões iniciais da pesquisa foram definidas.

#### *4.3.2.1 Sujeitos do Estudo de Caso*

Minayo (2004) afirma que os sujeitos do estudo devem possuir atributos que o pesquisador deseja conhecer, e em 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 essa autora, numa pesquisa qualitativa o importante para a seleção dos sujeitos do estudo é identificar aqueles capazes de aprofundamento e abrangência da compreensão do objeto de estudo, em vez de se buscar números capazes de levar a uma simples generalização dos resultados.

Com base no exposto, 16 potenciais informantes-chaves (gestor, gerente e profissional de saúde) foram identificados, tendo sido entrevistados 13, entendendo-se como “gestor” aquele(a) que formula políticas de saúde e “gerente” aquele(a) que atua em nível administrativo (de uma unidade, de uma política específica) e profissional de saúde o(a) servidor(a) que utiliza o sistema regulatório.

Foram entrevistados seis gestores (Secretário(a) de Saúde, Diretor(a) da Atenção Básica, Diretor(a) da Atenção Especializada, Diretor(a) de Planejamento e Auditoria, Coordenador(a) de Fluxo Assistencial, e Coordenador(a) do Programa Saúde da Mulher); um gerente (da Clínica da Mulher); dois agentes reguladores (da Central de Regulação, e da Unidade Encaminhadora) e quatro profissionais de saúde, dois médicos (da Unidade Encaminhadora, e da Unidade Prestadora) e dois enfermeiros (da Unidade Encaminhadora, e da Unidade Prestadora). As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), em local e hora programado com os sujeitos da pesquisa, com previsão de 60 minutos para cada entrevistado(a).

Não sendo possível avaliar todas as políticas específicas, priorizou-se a saúde da mulher levando-se em consideração que, no âmbito da gestão municipal, foi elaborada a “Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Caruaru” visando garantir a saúde sexual e reprodutiva dessa população caruaruense, em busca da cidadania e equidade de gênero. E, porque, apesar dos esforços da gestão municipal na organização da rede de atenção à saúde da mulher, ela se apresenta ainda desarticulada e com pouca resolubilidade em todos os níveis de atenção, causando lacunas assistenciais com restrições as demandas das usuárias.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e codificadas para divulgação dos resultados, segundo o que se segue:

Quadro 3- Sujeitos da pesquisa segundo categoria profissional e suas respectivas codificações.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Codificação</b>	<b>Nº de Entrevistados</b>
Médico	M1, M2	02
Enfermeiro	E1, E2	02
Agente Regulador	AR 1, AR2	02
Gestor	G1, G2, G3, G4, G5, G6	06
Gerente	G7	01
<b>Total</b>		<b>13</b>

Fonte: autora

Segundo Minayo (2004), codificar as entrevistas é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo e é através dela que a pesquisadora deve repassar as informações contidas nas narrativas dos atores selecionados.

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.

#### 4.3.2.2 *Análise das Entrevistas*

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

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo basicamente desdobra-se em três fases: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; (3) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Com base nessas diretrizes, a própria pesquisadora na pré-análise realizou uma leitura flutuante, estabelecendo o primeiro contato com as narrativas a serem analisadas, deixando-se tomar contato exaustivo com o material; Em seguida, procedeu-se a demarcação, constituindo o *corpus* do universo coletado (conjunto tido em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos), iniciando sua análise (BARDIN, 1977). Na segunda etapa (exploração do material), foi feita as codificações das entrevistas, sua enumeração, classificação e agregação, ou seja, o material foi submetido a um processo pelo qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados, visando alcançar uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Após esta etapa, as informações foram organizadas em categorias para análise (tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação). As categorias de análise foram fundamentadas nos eixos temáticos da política de regulação assistencial tais como: Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Acesso aos Serviços de Saúde; Acesso a Regulação Assistencial.

#### 4.4 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CEP/CPqAM, da Fundação Oswaldo Cruz, e aprovada por meio do Parecer Nº 30 de 17 de julho de 2013, CAAE 1468913.0.00005190 (Anexo I).

Os sujeitos entrevistados receberam informações sobre a pesquisa, tendo sido destacado que os dados seriam analisados de forma agregada, não havendo identificação dos sujeitos nos resultados. Cada profissional assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice B, conforme regulamentado na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

As entrevistas, bem como todos os dados relacionados à pesquisa, serão guardados sob responsabilidade da pesquisadora, por cinco anos, de acordo com o estabelecido pelo CEP.

Vale ressaltar que foi preservada a confidencialidade das informações dos entrevistados, bem como a adoção de um caráter imparcial durante o desenvolvimento do trabalho de campo.

#### 4.5 Divulgação dos Achados do Estudo

A divulgação dos achados deste estudo será por meio da elaboração de artigo científico; de resumos executivos aos gestores locais; apresentação em eventos científicos e gerenciais da SMS de Caruaru e do Conselho Municipal de Saúde, com participação das equipes locais participantes.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Estudo Descritivo, Exploratório

#### 5.1.1 A Política de Regulação Assistencial de Caruaru-PE

Segundo informações obtidas na observação direta e na pesquisa documental as ações de regulação foram iniciadas em Caruaru em 2001, a partir de uma Central de Regulação de Consultas e Exames (CRCE), especificamente voltada para o Tratamento de Pessoas Fora de domicílio (TFD). Essa iniciativa foi marcante no ano de 2005, com a implantação da PPI (processo coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e aprovados nas instâncias colegiadas), a qual estabeleceu Caruaru como referência para 116 municípios (32 da IV<sup>a</sup> Gerencia Regional de Saúde, e 84 das Regiões do Agreste e Sertão – 62,7% do total de municípios de Pernambuco, com uma população de, aproximadamente, 1.214.326 habitantes –). Nesse momento a Secretaria de Saúde de Caruaru cria um Departamento de Regulação, Controle e Avaliação (DRAC), que implanta o sistema de informação e regulação de consultas e exames especializados, denominado INFOCRAS. Em seguida foi instituído o *Call Center*, para possibilitar através do 0800 2817080, o acesso da população às clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e odontologia).

A criação desse departamento tornou-se a base para implantação dos instrumentos regulatórios no tocante ao percurso assistencial, controle e avaliação das ações em saúde tais como: a Coordenação de Desenvolvimento e Programas de Sistema de Regulação (CDPSR); a Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados (CRCEE); a incorporação da Coordenação de Controle e Avaliação (CCA); da Coordenação de Fluxos Assistenciais (CFA); e da Coordenação de Gestão de Fila de Espera (CGFE), componentes que tem como finalidade: a reorganização da rede de referência; a implantação de protocolos clínicos e de acesso; a coordenação dos fluxos assistenciais e a construção do monitoramento dos pactos afirmados entre os municípios em 2005, iniciando-se, assim, a operacionalização do processo regulatório no município de Caruaru. O DRAC, a partir de sua implantação assume demandas até então assumidas por outras Diretorias da SMS de Caruaru, assumindo dessa forma, responsabilidades que convergem para a consolidação do SUS, absorvendo 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 (CARUARU, 2011).

Uma das primeiras tarefas do DRAC foi à implementação do controle e avaliação na rede SUS municipal, com a implantação da CRCEE, da CDPSR, e congregação conforme dito, da CCA, da CFA, e da CGFE, unificando os processos de trabalho e, assim, ampliando a função reguladora da saúde no município, de forma gradativa, completando uma estrutura organizacional de operação do “complexo regulador”.

Em 2001 a CRCE tinha uma equipe mínima de dois técnicos administrativos, sendo ampliada em 2006 para uma equipe multiprofissional, com ênfase o profissional de Serviço Social e o técnico de programação de sistema de informação. Segundo o relatório de 2009 do DRAC, nessa ocasião a estratégia teve sucesso devido ao “universo limitado” e de certa forma com o “fluxo já organizado”, sendo possível realizar adequações e acertos sem maiores percalços. Todavia, a pactuação para atender a população dos 116 municípios, tem sido um grande desafio para a SMS de Caruaru, dificultado, até os dias atuais, pela não organização dos serviços de saúde em rede, para atender com eficiência a população, que ao contrário, permanece “invadindo” a rede municipal de forma espontânea e desordenada.

A VIª Conferência Municipal de Saúde / Iª Conferência Municipal de Saúde Mental, traz em seu conteúdo os eixos norteadores das ações de saúde em Caruaru, tendo como propósito o fortalecimento e a efetivação de um modelo de atenção à saúde adequado às necessidades da população do município, resultando em contribuição importante para o Plano Municipal de Saúde de 2010 a 2013.

O Plano Municipal de Saúde de 2010 a 2013 estabeleceu a *Programação Anual de Saúde* como instrumento norteador para as ações e metas voltadas para implementação da política de regulação, conforme estabelece o Art. 3º da Portaria GM N° 3.332/ 2006.

De acordo com o Relatório de Gestão da Diretoria de Regulação da Assistência de Caruaru (Caruaru, 2011), percebe-se a preocupação do efetivo controle e avaliação das ações de saúde, tornando-se uma questão relevante para implantação da regulação, que vem apontando a necessidade de incorporar serviços de saúde complementares na política de saúde municipal, na perspectiva de potencializar a rede de atenção para atender às necessidades da população. Todavia, o presente estudo evidenciou que, apesar da ampliação da atenção básica e da oferta nos centros de saúde tradicional de serviços especializados (segundo parâmetros da Portaria SAS N° 1.101/2001), o sistema municipal não consegue absorver a demanda. Verifica-se a persistência de *fila de espera* por consultas e procedimentos especializados, resultantes de uma atenção básica pouco resolutiva e uma demanda desordenada aos serviços especializados, afetando a qualidade da oferta de serviço (CARUARU, 2011).

Atualmente o município concentra em seu território um número expressivo de serviços de saúde de diferentes naturezas jurídicas: públicos municipais e estaduais; e privados prestadores do SUS. Para isso, desde 2011 a Secretaria Municipal de Saúde vem trabalhando na construção sistemática de intervenção que facultem o acesso, tendo como estratégia administrativa a implantação de unidades reguladoras, onde às unidades de saúde municipais, de nível primário de atenção, são denominadas “unidades encaminhadoras (solicitantes)” e as unidades de saúde municipais especializadas, e outros serviços especializados da Rede Complementar, são denominados “unidades prestadoras (executantes)”.

Como “unidades municipais encaminhadoras” têm-se: nove unidades básicas de saúde (UBS); quarenta e duas unidades de saúde da família (USF); três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); três equipes do Programa Melhor em Casa (SAD); e três equipes do Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS). E, como “unidades prestadoras municipais”: os ambulatórios especializados de Centros de Saúde; a Clínica da Mulher; o Hospital do Coração de Caruaru; o Laboratório Municipal de Citopatologia; a Policlínica Santa Rosa; a Policlínica Ana Rodrigues; a Policlínica da 3ª. Idade; a Policlínica do Vassoural; a Policlínica do Salgado – Unidade de Saúde Mental; a Unidade de Fisioterapia; e a Unidade de Imagenologia.

No que se refere aos serviços municipais relacionados com a “linha de cuidado da saúde da mulher”, o município possui, no total, 51 profissionais que se encontram nas unidades tradicionais e 48 profissionais nos programas USF e PACS. De acordo com o Relatório sobre o Diagnóstico da Rede de Saúde da Mulher no município de Caruaru (CARUARU, 2012) 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 o objetivo de ordenar a demanda e realizar o acompanhamento terapêutico das usuárias.

A pactuação entre a SES e a SMS de Caruaru para atender a população dos 116 municípios, representou um avanço, por estabelecer responsabilidades, regras e metas, formalizadas em instrumento legal, apesar de ter, conforme dito, dificultado até os dias atuais, para o setor de regulação, controle e avaliação, a organização dos serviços de saúde em rede. Foi nesse período que teve início a expansão de oferta de serviços de média e alta complexidade na rede municipal, através da rede complementar.

A efetivação dessas ações apoia, em parte, nas publicações de normas, que orientam contratação de serviços de saúde por gestores locais do SUS, como a Portaria GM Nº

1.286/93 e a Portaria GM N<sup>o</sup> 399/2006 que institui o *Pacto pela Saúde* (BRASIL, 2006). Entre as regras pactuadas com os prestadores de serviços de saúde em Caruaru, as questões de humanização do atendimento foram destaque, chamando-se também à atenção para a obrigatoriedade de incluir toda oferta de serviços na CRCE (CARUARU, 2011).

A SMS de Caruaru, apesar da concentração em seu território, da oferta de serviços de média e alta complexidade, e do estabelecimento de responsabilidades, regras e metas, formalizadas em instrumento legal, no que diz respeito à gestão local, apresenta limitações na coordenação do sistema loco-regional, e parte dessa limitação ocorre devido ao alto custo para o pagamento de pessoal (76% do total de gastos do setor saúde).

De acordo com o Relatório de Gestão do DRAC de 2010 a implantação da Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação, foi programada para acontecer em quatro etapas: (a) Conhecimento sobre a organização de marcação de consultas já desenvolvidas por unidades de saúde especializadas, utilizando o INFOCRAS (software, Sistema de Informação da Central de Regulação Assistencial em Saúde, desenvolvido pelo Setor de Desenvolvimento de Programas de Sistema de Regulação do município de Caruaru) e adequando a oferta de serviços para atender as necessidades da população (regulação e deflagração do processo de marcação); (b) Capacitação tecnológica e funcional da equipe de regulação da SMS de Caruaru, para inclusão progressiva das unidades conveniadas e sua vinculação as unidades próprias da atenção primária e especializadas; (c) Ampliação do Sistema de Informação de Regulação (INFOCRAS) a inserção de novos módulos na base do sistema, priorizando dentre eles a criação do módulo de *Fila de Espera*; (d) Descentralização do sistema INFOCRAS para todas as unidades de atenção básica (unidades encaminhadoras), implementando com essa iniciativa a marcação (regulação) de consultas e exames especializados. Esta última etapa ainda caminha com uma diversidade de dificuldades, ressaltando-se a deficiência na conexão de rede, afinal, essa estrutura tecnológica deve contribuir para agilizar os processos de coordenação do sistema, devendo, portanto ser priorizada a fim de solucionar essa necessidade com a incorporação de tecnologia mais robusta em todo o processo de regulação.

Para a implantação dos fluxos referenciados, via sistema informatizado de regulação, algumas estratégias foram importantes como: (a) a criação dos Protocolos de Acesso; do Protocolo Operacional e dos Manuais de operação, que foram trabalhados em parceria com o setor responsável pela Tecnologia de Informação, Coordenação de Fluxos Assistenciais (CFA); e (b) a padronização dos fluxos assistenciais para todas as unidades de saúde (própria e conveniada), com estabelecimentos 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 CFA propôs ao município uma organização da rede assistencial centrada na necessidade tecnicamente definida (demanda da população e oferta de serviços). O caminho metodológico para mudança da lógica de organização das referências passou pela inclusão de gerentes das unidades de saúde (encaminhadores e prestadores) na construção dos fluxos assistenciais (CARUARU, 2011).

A CRCE foi à estratégia escolhida para iniciar a organização e controle das ofertas de serviços especializados. Para isso, inclui-se no sistema informatizado de regulação toda a oferta de serviços das unidades públicas e conveniadas, possibilitando: o controle da utilização e otimização dos serviços; o remanejamento de cotas; a avaliação mensal das atividades executadas pelo INFOCRAS; e a reorganização periódica desse sistema. A oferta disponível da rede própria permaneceu sendo gerenciada pelos departamentos assistenciais e, portanto, pelas unidades de saúde, utilizando-se os fluxos pactuados e estabelecidos. Vale ressaltar que o movimento para construção de fluxos assistenciais incluía, apenas, a oferta dos serviços municipais, permanecendo a oferta de serviços da rede estadual fora da discussão do acesso organizado. Essa situação apresenta-se, até o momento, como uma limitação para programação assistencial sobre gerenciamento da CRCE de Caruaru.

Dentre as dificuldades para implementação do processo de regulação na rede de saúde de Caruaru tem-se, também, a inexistência de mecanismos que garanta a *contra-referência* do usuário para a unidade solicitante, promovendo assim a “continuidade do cuidado”; e a não identificação de casos com *prioridade / urgência* para marcação de consultas ambulatoriais e exames, pois a CRCE não dispõe de médicos reguladores para identificar esses casos, utilizando protocolos de acesso.

De acordo com o Protocolo Operacional da CRCE (CARUARU, 2010), a marcação de consultas especializadas é realizada através de um sistema de tele-atendimento. Para ter acesso a CRCE 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, agendando-o(a) através do sistema de regulação INFOCRAS. Após o preenchimento das vagas do mês, o usuário é questionado se deseja entrar na *fila de espera*. Mediante seu consentimento, sua inserção é feita diretamente no banco de dados da CRCE, utilizando o INFOCRAS. Esse agendamento gera um *CHECK-IN* (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 do *CHECK-IN* o usuário comparece a unidade prestadora do serviço para receber o atendimento. Todavia, apesar dos esforços para implantar a referida estratégia, este estudo identificou que não existe “autonomia do usuário” quanto à escolha do profissional e do serviço de referência especializado. Todavia, o(a) usuário(a) de alguma forma faz sua escolha, estando essa escolha relacionada com a sua percepção em relação ao acesso, a tecnologia e a resolubilidade do serviço, e busca o atendimento por conta própria ficando em plano secundário a observância de encaminhamento feito pela unidade solicitante.

Pelo exposto, a regulação da assistência no município de Caruaru ainda é um processo em construção, onde a CRCE no DRAC (nível central), e todas às unidades encaminhadoras (solicitantes) por meio do sistema INFOCRAS estabelece sua demanda e às unidades executoras disponibiliza a oferta de serviços. Além da CRCE foi estabelecido em Caruaru os *Fóruns de Discussão*, que como espaço deliberativo discute ações relacionadas com a coordenação do sistema de saúde local, como por exemplo, a utilização / otimização das vagas e a construção dos fluxos assistenciais para atender a população (CARUARU, 2012).

#### 5.1.2 Grau de Desempenho da Política de Regulação Assistencial de Caruaru-PE, 2012.

Segundo informações obtidas no INFOCRAS (consultas / exames programadas(os), agendadas(os) e demanda reprimida) e no SIA-SUS (consultas / exames realizadas(os)), o desempenho alcançado pela Política de Regulação Assistencial em Caruaru – PE, demonstrado na Matriz de Análise e Julgamento, Quadro 4 (desempenho de consultas) e Quadro 5 (desempenho de exames e procedimentos), corrobora os resultados da pesquisa documental citadas no item 4.1.1.

O desempenho alcançado pela Política de Regulação Assistencial em Caruaru – PE, conforme pode ser observado nos Quadros 4 e 5, obteve no global, respectivamente, desempenho de consultas SATISFATÓRIO e desempenho de exames e procedimentos INSATISFATÓRIO.

Observando, o desempenho de consultas por especialidades médicas, chama atenção, o desempenho no atendimento de Alto Risco, que, apesar de SATISFATÓRIO, para atender a demanda foi necessário um aumento de 571% de consultas em relação ao programado, observando-se, também, que a regulação, na maioria dos casos, não participou desse processo (apenas 79/644 consultas foram agendadas no INFOCRAS). A ausência de *fila de espera* é compreensível, podendo ter sua explicação nas seguintes hipóteses: gravidade dos casos,

motivando seu atendimento; a busca de atendimento, pelo usuário, em outros serviços / centros de referência; e o não registro da demanda reprimida no INFOCRAS.

A Organização Pan-Americana de Saúde (1990) afirma que o atendimento ao paciente implica no estabelecimento de 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 no grau de risco do paciente. No presente estudo, a não participação da regulação foi evidenciada, em algumas atividades que obtiveram resultados SATISFATÓRIOS, podendo ser citadas, por exemplo, as consultas de cirurgia de cabeça e pescoço, onde a regulação registrou apenas 03 casos dos 56 atendidos – aumento de 17% do programado –, permanecendo, todavia, uma *fila de espera* que exige um aumento de 87% no programado. No caso das consultas de ginecologia e geriatria, pode-se observar que apesar da não participação da regulação no processo de boa parte das consultas realizadas, o incremento foi suficiente para atender a demanda.

Chama atenção, também, o desempenho das consultas com resultado SATISFATÓRIO, onde o regulado, mesmo tendo sido maior que o programado não foi suficiente para atender toda a demanda, provocando uma grande *fila de espera* (são exemplos às consultas de cirurgia plástica, neurologia clínica, proctologia e urologia); e onde as consultas agendadas, acima do programado, não foram realizadas, deixando *fila de espera* e denotando a não observância por parte dos executores (são exemplos as consultas de angiologia e ortopedia).

Todavia, remete-se a compreensão do princípio da “equidade de acesso” que deve ser entendida como aquela que ocorre segundo as necessidades em saúde, e não em função de outras variáveis (ADAY; ANDERSEN, 1974). E, por eficiência, aquela que depende de fatores individuais e internos aos serviços de saúde, que interferem na qualidade e continuidade dos cuidados prestados (ANDERSEN, 1995).

Pode-se observar que todas as consultas com desempenho PARCIALMENTE SATISFATÓRIO (cirurgia geral, endocrinologia (adulto), nefrologia, neuropediatria, otorrinolaringologia (avaliação cirúrgica), e pneumologia) foram realizadas em quantitativo abaixo do programado, e que destas, as únicas realizadas acima do valor regulado foram às consultas de cirurgia geral. Registra-se *demandas reprimidas* em todos os casos. No caso da otorrinolaringologia (avaliação cirúrgica), a necessidade de ampliação de consultas para sua solução é de 662% em relação ao programado.

As consultas com desempenho INSATISFATÓRIO (cirurgia pediátrica, cirurgia urológica, dermatologia, endocrinologia (infantil), hematologia, mastologia, oncologia e psiquiatria) também foram realizadas em quantitativo inferior ao programado. Todavia, chama atenção o fato de apenas quatro de oito especialidades terem gerado “*fila de espera*”. Dentre as especialidades que possuem *demandas reprimidas*, evidencia-se a oncologia que requer uma ampliação de oferta de 2.372% em relação ao programado, seguindo-se as consultas da cirurgia pediátrica que requer uma ampliação de 247%.

O presente resultado pontua, portanto, que a ação regulatória não tem sido observada como o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, deixando, assim, de ser a responsável pelo mecanismo de relação entre gestão e os serviços, entre os serviços entre si, e entre os serviços e os usuários, conforme se espera (Brasil, 2006).

Quanto aos exames e procedimentos, este estudo evidenciou que, apesar do desempenho ter sido globalmente INSATISFATORIO, apenas oito de vinte e uma (38%) das atividades obteve esse desempenho. E dentre essas, apenas duas geraram *fila de espera* (a demanda para eletroencefalograma e para ultrassonografia). A necessidade de ampliação em ultrassonografia é de 4.573 procedimentos (90% em relação ao programado).

Dentre os exames / procedimentos com desempenho SATISFATORIO (doze de vinte e um), constatou-se que seis foram realizados em quantitativo acima do programado, e dentre esses, para a colonoscopia e o teste ergométrico a ampliação de oferta requerida é de, respectivamente, 274% e 273% em relação ao programado.

Este estudo demonstrou na pesquisa documental e na avaliação de desempenho, a existência de dificuldades na capacidade organizativa e autonomia municipal para expansão / organização de serviços, e disponibilização de exames e procedimentos, a fim de atender à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada conforme prevê a NOAS (BRASIL, 2001) e reforça as conclusões de Santos; Merhy (2006) quando referem que a proposta de regulação tem se restringido à assistência de média e alta complexidade, aparecendo enquanto atividade específica de marcação de consultas, mantendo a separação entre controle, regulação e avaliação e auditoria, delimitando o potencial de intervenção da regulação.

Quadro 4- Matriz de Análise/Julgamento do Desempenho da Realização de Consultas, por Especialidades Médicas. Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012.

Especialidades	Nº Profissionais	PROGRAMADO	AGENDADO (regulado)	REALIZADO	% Aumento/Diminuição em relação ao Programado	DESEMPENHO	Fila de Espera
Alto Risco	01	96	79	644	Aumento 560,83	SATISFATÓRIO	0
Angiologia	04	185	256	185	0	SATISFATÓRIO	42 (23%)
Cardiologia	12	1.740	1.559	1.514	Diminuição 12,98	SATISFATÓRIO	21 (1,2%)
Cirurgia Cabeça e Pescoço	01	48	3	56	Aumento 16,66	SATISFATÓRIO	42 (87%)
Cirurgia Geral	07	580	396	433	Diminuição 25,34	PARCIALMENTE SATISFATÓRIO	57 (10%)
Cirurgia Pediátrica	01	60	10	19	Diminuição 68,33	INSATISFATÓRIO	148 (247%)
Cirurgia Plástica	01	45	51	111	Aumento 146,66	SATISFATÓRIO	88 (195%)
Cirurgia Urológica	01	105	57	57	Diminuição 45,71	INSATISFATÓRIO	0
Dermatologia	07	740	886	426	Diminuição 42,43	INSATISFATÓRIO	211 (29%)
Endocrinologia (Adulto)	05	583	417	368	Diminuição 6,87	PARCIALMENTE SATISFATÓRIO	52 (9%)
Endocrinologia (Infantil)	01	120	45	45	Diminuição 62,50	INSATISFATÓRIO	0
Gastroenterologia	01	219	189	247	Aumento 12,78	SATISFATÓRIO	0
Geriatria	05	691	627	840	Aumento 21,56	SATISFATÓRIO	0
Ginecologia	15	560	406	667	Aumento 19,10	SATISFATÓRIO	0
Hematologia	01	80	45	47	Diminuição 41,25	INSATISFATÓRIO	0
Mastologia	04	300	212	144	Diminuição 52,00	INSATISFATÓRIO	0
Nefrologia	01	90	83	67	Diminuição 25,55	PARCIALMENTE SATISFATÓRIO	27 (30%)
Neuropediatria	01	290	360	214	Diminuição 26,20	PARCIALMENTE SATISFATÓRIO	140 (48%)
Neurologia clínica	02	246	309	514	Aumento 108,94	SATISFATÓRIO	1.007 (409%)
Oftalmologia	06	365	628	345	Diminuição 5,47	SATISFATÓRIO	2.665 (730%)
Oncologia	01	90	16	16	Diminuição 80,22	INSATISFATÓRIO	2.135 (2.372%)
Ortopedia	03	500	607	539	Aumento 7,80	SATISFATÓRIO	74 (15%)
Otorrinolaringologia (Avaliação Cirúrgica)	02	128	192	100	Diminuição 21,87	PARCIALMENTE SATISFATÓRIO	848 (662%)
Otorrinolaringologia (Avaliação clínica)	02	280	361	229	Diminuição 18,21	SATISFATÓRIO	22 (8%)
Pneumologia	03	360	268	232	Diminuição 35,55	PARCIALMENTE SATISFATÓRIO	152 (42%)
Proctologia	01	105	130	157	Aumento 49,52	SATISFATÓRIO	661 (630%)
Psiquiatria	10	1.120	391	632	Diminuição 43,57	INSATISFATÓRIO	207 (18%)
Urologia	04	315	406	426	Aumento 35,23	SATISFATÓRIO	86 (27%)
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>10.041</b>	<b>8.989</b>	<b>9.274</b>	<b>Diminuição 7,63</b>	<b>SATISFATÓRIO</b>	<b>8.685 (86%)</b>

Fonte: autora

Quadro 5- Matriz de Análise e Julgamento do Desempenho de Realização de Exames e Procedimentos. Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012.

Exames e Procedimentos	Nº Profissionais	PROGRAMADO	AGENDADO (regulado)	REALIZADO	% Aumento/Diminuição em relação ao Programado	DESEMPENHO	Fila de Espera
Avaliação Urodinâmica	01	09	14	09	0	SATISFATÓRIO	26 (288%)
Biopsia de Prostata	01	08	11	07	Diminuição 12,50	SATISFATÓRIO	0
Biopsia de Tireoide ou Paratireoide	01	40	20	25	Diminuição 37,50	PARCIALMENTE SATISFATÓRIO	0
Colonoscopia	01	35	54	67	Aumento 91,42	SATISFATÓRIO	96 (274%)
Colposcopia	03	246	61	199	Diminuição 19,10	SATISFATÓRIO	0
Ecocardiografia Transtorácica	04	310	362	279	Diminuição 10,00	SATISFATÓRIO	88 (28%)
Eletroencefalograma	01	91	33	52	Diminuição 42,85	INSATISFATÓRIO	05 (5%)
Esofagogastroduodenoscopia	06	910	957	798	Diminuição 12,30	SATISFATÓRIO	58 (6%)
Fisioterapia	04	1.588	668	4.531	Aumento 185,32	SATISFATÓRIO	244 (15%)
Histeroscopia	02	120	120	120	0	SATISFATÓRIO	0
Holter 24 horas	01	9	15	11	Aumento 22,22	SATISFATÓRIO	0
Mamografia Bilateral	05	2.747	1.260	1.150	Diminuição 58,13	INSATISFATÓRIO	0
MAPA	01	9	18	10	Aumento 11,11	SATISFATÓRIO	0
Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina	01	40	12	09	Diminuição 77,50	INSATISFATÓRIO	0
Punção Aspirativa de Mama por Agulha Grossa	01	40	09	13	Diminuição 67,50	INSATISFATÓRIO	0
Raio X	05	5.951	2.024	1.491	Diminuição 74,94	INSATISFATÓRIO	0
Teste Ergométrico	01	100	111	134	Aumento 34,00	SATISFATÓRIO	273 (273%)
Ultrasonografia	04	5.087	1.654	1228	Diminuição 75,86	INSATISFATÓRIO	4.573 (90%)
Urofluxometria	02	120	18	14	Diminuição 88,33	INSATISFATÓRIO	0
Acompanhamento e Avaliação de Glaucoma	02	420	380	484	Aumento 15,23	SATISFATÓRIO	0
Retossigmoidoscopia	01	12	10	03	Diminuição 75,00	INSATISFATÓRIO	0
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>17.892</b>	<b>24.892</b>	<b>10.500</b>	<b>Diminuição 41,31</b>	<b>INSATISFATÓRIO</b>	<b>5.363 (30%)</b>

Fonte: autora

### 5.1.3 Características da Política de Regulação Assistencial em Caruaru-PE, 2012, segundo opinião dos atores envolvidos (Atenção Integral à Saúde, com foco na Saúde da Mulher)

De acordo com o Relatório de Gestão da Atenção Integral à Saúde da Mulher em Caruaru (CARUARU, 2013), 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, com integração da atenção especializada, quando necessário, a fim de promover uma atenção integral às mulheres. Para isso, a regulação utiliza-se de dispositivos de avaliação e monitoramento relativos ao acesso as ações e serviços de saúde, no intuito de coordenar o cuidado. A regulação, nas perspectivas de mudanças dos processos de trabalho nos diferentes níveis de atenção, deve atuar desde a definição dos perfis das unidades de saúde; a construção de fluxos assistenciais com referência e contra-referência; a gestão da fila de espera; e a discussão e implantação da linha de cuidado, promovendo, muitas vezes, mudanças das práticas profissionais, visando à “continuidade da atenção as usuárias”.

#### *5.1.3.1 A Percepção dos Atores Referente à Organização da Rede de Atenção à Saúde no Município de Caruaru*

Este estudo constatou que a maioria dos entrevistados tem conhecimento dos serviços existente hoje no município de Caruaru, no que diz respeito aos fluxos de referência e níveis de atenção, com suas respectivas competências assistenciais. Contudo, quatro dos trezes entrevistados, citam as unidades hospitalares sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), como entraves na “continuidade da atenção integral as usuárias”.

Os serviços básicos são oferecidos nas unidades básicas de saúde (centros de saúde e unidades de saúde da família, onde os(as) usuários(as) procuram os serviços, espontaneamente, e/ou têm o atendimento programado pelas equipes de saúde da família) e nas unidades especializadas (como as policlínicas, centros de imagem) como serviço de referência municipal. (G1)

Atualmente, sempre tem o que melhorar, mas hoje a rede de atenção de Caruaru teve um grande avanço, com serviço próprio, como por exemplo, a clínica da mulher, e não podemos deixar de enxergar novos serviços de referência como: consultas de mastologia, aumento na área de ginecologia, pré-natal de alto risco, procedimentos como a colposcopia. No entanto, não garantimos o seguimento para maior complexidade, deixando a mulher “perdida no sistema”, pois ela não sabe onde buscar o serviço. (G6)

Quando se precisa de uma atenção de maior complexidade não é garantido a integralidade do cuidado porque o próprio serviço local não garante, ainda tem uma fragmentação na rede própria e, principalmente, com as unidades do Estado, pois a Secretaria Estadual está cada vez mais assumindo o papel do município mas não conversa com o município e nem com a regional na chegada destes grandes hospitais. (M2)

Em relação às estratégias que estão sendo elaboradas para desenvolver a Rede de Atenção à Saúde é unanimidade entre o grupo de gestores da Secretaria de Saúde de Caruaru, que os fóruns de debates, realizados com a participação dos profissionais da rede e gestores, tem sido uma alternativa para construir um sistema 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 desempenhadas em cada ponto do sistema, definindo as respectivas atribuições e competências no sentido que todos exerçam seus papéis adequadamente. As citações a seguir pontuam o exposto:

Caruaru vem trabalhando a implantação de instrumentos para facilitar o encaminhamento das usuárias aos serviços de referências e também se preocupa em avaliar sistematicamente como vem se dando esta comunicação. É evidente que já se observa um avanço em relação ao que existia anteriormente, após a implantação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC). Hoje existe um canal de comunicação aberto, que busca melhorar esta comunicação, mediado pelo DRAC, não só entre as unidades, mas entre os Departamentos tanto da Atenção Básica, quanto da Atenção Especializada Mas este é um processo em construção, ainda temos muita estrada a percorrer. (G3)

Importante ressaltar que a articulação com atenção básica é extremamente importante por entender que ela é a ordenadora, no entanto é nefrálgico, pois a comunicação da rede é inexistente. (G3)

Bem positivo é a articulação da atenção básica com a população, [...] porque existe a abertura de discutir as dificuldades para melhorar e garantir o acesso. (G5)

Não tenho a vivência de como funciona a regulação em outros municípios, contato com a estadual, central de regulação estadual. Acho que foi uma construção coletiva em todos os níveis da secretaria, nos processos de trabalhos, nos departamentos fins, assistenciais. As pessoas do DRAC, na maioria das vezes, trabalham no nível de pressão, mas ao mesmo tempo, eles têm um desejo de conhecer quem gera a demanda. (G2)

Apesar dos avanços no que se refere à implantação de serviços, ainda persiste uma rede de atenção fragmentada, especialmente para a atenção a gestação, ao parto e ao puerpério. Outras áreas, como por exemplo, a prevenção do câncer de colo uterino, a detecção do câncer de mama e a assistência às doenças ginecológicas prevalentes também carecem de uma maior sistematização e melhoria do acesso. Como no restante do país, a atenção à saúde



em Caruaru ainda é um desafio quando se pensa na concepção de um cuidado integral. Essa situação encontra-se expressa na opinião dos entrevistados.

A rede ainda é desarticulada, não dá conta das necessidades da população, pois ainda é bastante frágil, apesar de avançar nas consultas e exames especializados. Ainda se tem dificuldade em relação à cobertura de unidades básicas, já que Caruaru tem uma baixa cobertura nesta área. Mas, mesmo assim, nas áreas cobertas pelo PSF se esbarra na média complexidade, como por exemplo, os exames de apoio ao diagnóstico, ultrassonografia, até mesmo em algumas consultas especializadas. (G2)

A rede de atenção à saúde atualmente vem crescendo, mas sempre tem o que melhorar. Já se possui cotas para consultas e exames especializados, em alguns ainda é pouco, mas acho que temos que mudar muito, principalmente na unidade de referência para o parto. A insegurança da mulher é grande, e como nós trabalhamos no mesmo município, mas quem está lá na maternidade não tem o menor conhecimento que existimos aqui na ponta do serviço e não se preocupa com a usuária e assim muitas vezes perdemos o vínculo com a usuária pela credibilidade, buscando ajudas políticas para fazer o seu parto em outro município. (E2)

Atualmente a gestão se utiliza de dispositivo gerencial e administrativo, como matriciamento por “linha de cuidado” e apoio institucional nos departamentos assistenciais, no intuito de proporcionar um trabalho articulado entre profissionais, gerentes de unidades, no sentido de efetivar as ações de promoção, prevenção e reabilitação. Dentre os entrevistados apenas dois desconheciam as estratégias voltadas para construção da rede de atenção à saúde, quanto aos instrumentos de gestão.

Não tenho muita clareza do funcionamento da rede como um todo, pois não enxergo o paciente ser cuidado do começo ao fim, vejo que existe lacunas e ao mesmo tempo não sabemos como ajudar uma vez que não temos a informação ou compreensão de como funciona alguns serviços de referência. (E2)

[...] a rede de atenção, acho que é porque não vejo a coisa funcionar de forma casada, quem pede e quem atende até o fim do tratamento do paciente, é como se o paciente ficasse no meio do caminho. (E1)

A respeito da capacidade dos serviços de desempenhar o papel de coordenadores do cuidado e ordenadores da Rede de Atenção à Saúde, 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 para aumentar a demanda. Essa informação fica clara nas falas a seguir.

Não entendo porque as unidades básicas (PSF) perdem tantas consultas, não agendam às vezes penso que é para se livrar do paciente. Em compensação, encaminha para os centros de saúde, aumentando a quantidade de pacientes nas unidades, chegando a ser até desumano, tanto para os pacientes como para as pessoas que trabalham nas recepções das unidades. (AR1)

[...] quem realiza o cuidado não tem a visão na mesma condição da gestão, conseqüentemente, também não tem definição de se ver como ordenador de um sistema de saúde municipal tornando à atenção fragmentada, ou seja, o cuidado fragmentado deixando a desejar a capacidade de ser resolutivo. (G1)

É muito fragmentado, inclusive porque não se pensa, que quando você, por exemplo, tem diabetes, hipertensão, ou qualquer outra ação programática. As pessoas estão muito voltadas para se existe um problema de saúde da mulher e não relaciona uma condição generalista do cuidado de promoção e prevenção ou mesmo no cuidado integral. (G2)

As falhas dos serviços têm influência do processo de gestão e/ou gerência. Por sua vez, as dificuldades de gerenciamento, causadas geralmente pela intensa rotatividade de postos gerenciais, têm suas conseqüências na organização do sistema. A contribuição de um entrevistado pontua bem essa situação.

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, ficando assim desconectado o seguimento de atenção. (G7)

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF), se fosse organizada, poderia contribuir na qualificação da assistência. Porém, além da insuficiência de cobertura populacional pela ESF no município de Caruaru, poucas equipes assumem uma postura de trabalho integrado entre os profissionais. Como conseqüência dessa problemática tem-se os encaminhamentos desordenados ao especialista, herança de modelos de atenção adotados no passado, mas muito presente ainda. Isso aponta para problemas na atenção primária, de responsabilidade do município, principalmente quanto a sua resolutividade. A realidade nos apresenta com uma grande demanda para um nível especializado, sem nenhum processo inicial de vínculo na atenção primária, como vemos nas falas a seguir:

As pessoas procuram os serviços especializados muitas vezes sem o devido encaminhamento, por acreditar que indo diretamente para unidade especializada consegue mais rápido do que procurar a sua unidade da base. E, como exemplo, a clínica da mulher, acaba que elas vão diretamente para essa clínica e são atendidas, de uma forma ou de outra, sem passar por nós da atenção básica, que somos considerados a porta de entrada do sistema. (M2)

[...] de um modo geral os serviços estão estruturados em pontos de atenção que não se articulam em rede, porque normalmente estes serviços não se conectam entre si e não se reconhecem como parceiros no cuidado aos usuários do SUS. Dessa forma, embora compostos por profissionais qualificados, e com estrutura compatível de atendimento, terminam sem exercer o papel de coordenadores do cuidado e ordenadores da rede de atenção. (G1)

No processo de construção dos vínculos entre as equipes de referência e usuários do SUS, a atenção primária é o nível privilegiado, sendo que a unidade da saúde da família, hoje implantada em 31 unidades do município de Caruaru, com seu território delimitado acompanham as famílias cadastradas. No caso das áreas descobertas exige da gestão

municipal um esforço para que haja, por território, apoio institucional além do dispositivo de matriciamento, no sentido de fazer a adscrição da clientela nas unidades tradicionais. No campo do processo de trabalho a gestão lança mão de uma ação voltada ao atendimento das necessidades das pessoas, a partir de acolhimento e de uma escuta da demanda espontânea, e não programada. Atualmente, o cenário da atenção primária não segue um formato homogêneo, no que se refere ao vínculo entre usuários e equipes de saúde. As pessoas têm necessidades diferentes, as equipes têm relações interpessoais diferentes, e isso contribui para uma rede com várias realidades. Algumas unidades básicas criam vínculos a partir da relação direta com os usuários (consultas, exames, etc.) e a partir de ações coletivas e fora de protocolos definidos. Essa problemática encontra-se demonstrada nas falas a seguir:

Ainda hoje na Secretaria de Saúde de Caruaru tem serviços não regulados, existindo no sistema ainda demandas espontâneas como, por exemplo, a clínica da mulher que tem aporte de serviços direcionados para a mulher. (G5)

Muitas vezes as unidades que prestam os serviços realizam encaixes de pacientes fora do sistema de regulação, o que gera um vício das unidades, e desta forma, algumas até já tem um caderninho de anotação prejudicando todo o andamento da gente na regulação, além das combinações com os profissionais médicos de mudança das datas de atendimento sem o conhecimento da regulação, gerando uma marcação paralela. (AR2)

É necessário o diálogo constante com atenção básica através do matriciamento, do dispositivo de apoio institucional, para equacionar os possíveis entraves ou mesmo erros gerados entre a regulação, atenção básica e atenção especializada. (G5)

A dificuldade de estabelecimento de vínculos parece ser a tônica dos serviços de saúde, especialmente nas unidades especializadas, mas não apenas nelas. Este é um dos grandes desafios da gestão pública de saúde, criar as condições para possibilitar a construção de novos processos de trabalho, nos quais os profissionais de saúde assumam o papel de construtores de um cuidado integral e estimulem o aumento da autonomia dos usuários na condução do seu processo de saúde-doença. A iniciativa de grupos operativos de discussão na comunidade e com a equipe multiprofissional é uma alternativa para ampliar a adesão e fortalecimento de um vínculo com os usuários. Este estudo verificou, 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 da Estratégia Saúde da Família. Noutras, a colocação associa o vínculo do usuário como consequência da obrigatoriedade do cidadão de ter que entrar no sistema a partir da atenção primária. O entrevistado a seguir contextualiza, em linhas gerais, o exposto:

Falta ainda o pessoal da atenção básica incorporar a descrição do cliente, no olhar do cuidado, através do processo de trabalho, além das queixas constantes da qualidade de atendimento dos serviços de média complexidade, que muitas vezes, ou melhor,

na maioria, devolve as usuárias sem os devidos esclarecimentos, mostrando que não existe um mecanismo de garantir a volta do paciente, tornando um ponto de estrangulamento. (G7)

Essa narrativa direciona para a ideia de que o modelo piramidal de organização de rede de saúde ainda persiste, se concretizando na prática diária dos profissionais. Isso é apontado no próprio Decreto 7.508 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), o qual já estabelece um modelo que apresenta outras portas de entradas no sistema, como a unidade de urgência e emergência, provocando mudança na organização do sistema local. Cecílio (2001) chama atenção que o mais importante é a 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 que são susceptíveis de melhoria para garantia do acesso e da integralidade da atenção, os entrevistados apresentam alguns pontos que merecem atenção:

O município cresceu muito hoje na implantação de novas especialidades, principalmente nas consultas, mas infelizmente quando precisamos de um procedimento mais complexo esbarramos na descontinuidade da atenção, e o paciente fica perdido sem saber pra onde ir. (E1)

O desempenho da atenção básica é extremamente importante. No entanto, é preciso ficar bem estruturado uma vez que atenção básica não tem um acolhimento adequado, não está bem fortalecida. Os resultados seriam bem melhor! (G7)

A construção de uma rede de atenção à saúde, estabelecendo-se fluxos bem definidos, distribuição territorial adequada, facilitando o acesso do(a) usuário(a), demanda além da ampliação do acesso aos serviços especializados, a partir de maior articulação com o departamento de atenção especializada e com o departamento de regulação, articulação com a Secretaria Estadual de Saúde para referência de maior complexidade. Na opinião do entrevistado a seguir há dificuldades tanto na disponibilidade de especialista para atender a demanda quanto de recursos financeiros para atender as ações especializadas.

Hoje trabalhamos com uma capacidade menor do que a demanda de usuárias no serviço, além das dificuldades do mercado de trabalho em algumas especialidades da medicina, e do próprio financiamento das ações especializadas. (G1)

Portanto, na opinião dos entrevistados, em Caruaru os serviços de saúde não estão organizados em rede, perdendo-se, assim, os esforços de ampliação da capacidade instalada de serviços para atender a população. Verifica-se, dessa forma, uma atenção à saúde bem aquém da necessidade da população e dificuldades de ampliação de serviços, especialmente

pela limitação financeira e pela baixa oferta de profissionais das clínicas básicas bem como de algumas clínicas especializadas. Foi verificado, ainda, como barreira de acesso a atenção integral, a desarticulação dos serviços municipais e estaduais. Essa percepção corrobora os resultados do estudo de 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.

O presente estudo demonstrou, ainda, que em Caruaru há dificuldades no processo regulatório tanto devido a resistência de alguns profissionais envolvidos, estabelecendo regulação paralela de consultas e exames, como devido à busca espontânea da população por atendimento especializado, gerando atendimentos fora da regulamentação estabelecida.

Associada a formatação de uma rede funcional, no sentido de estruturar o percurso terapêutico do(a) usuário(a) do SUS local, há necessidade de qualificação dos serviços prestados; definição de protocolos assistenciais; estabelecimento de vínculos entre os profissionais entre si (trabalho em equipe promovendo aumento na força de trabalho) e com os usuários (promovendo maior acolhimento e resolutividade para as ações, nos vários níveis de atenção); e investimento em estrutura física, e na logística das unidades de saúde (incluindo internet, manutenção de informática entre outros). Todas essas condições concorrem para o aprimoramento das ações de regulação assistencial, contribuindo na superação das dificuldades apontadas e, conseqüentemente, organizando e qualificando a assistência.

#### *5.1.3.2 A Percepção a Respeito do Acesso aos Serviços de Referência à Saúde*

A autonomia do usuário em escolher o serviço de referência especializado está relacionada à sua percepção, em relação ao acesso, tecnologia e resolubilidade, independente da forma de encaminhamento feito pelo serviço de saúde. Nas entrevistas houve críticas em relação à 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, necessitando estudo que permita maior aprofundamento para esclarecer essa suposição.

No tocante a adequação da oferta dos serviços de saúde para atender a população de Caruaru, das treze entrevistas, apenas uma relatou que a oferta tem sido adequada para a demanda da unidade a qual trabalha, pontuando, porém, que em alguns momentos ocorre

demora no atendimento e que a demora tem sido maior nos resultados, mas que essa situação também ocorre no serviço privado, sendo, portanto, uma coisa esperada.

Em minha opinião o serviço aumentou as cotas de serviços, e na minha unidade já marcamos o necessário. Mas, para algumas consultas de especialidades, é que ficamos na fila de espera e perdemos o tempo quando o paciente foi ou será chamado. (AR1)

A demora no atendimento pode ser considerada uma inadequação da oferta, e faz com que o sistema de saúde perca credibilidade junto à população que tem necessidade de resolver a seus problemas rapidamente. Alguns autores observaram que a demora para o atendimento tem gerado os maiores graus de insatisfação na assistência em saúde (CARRARA; RODRIGUES, 2004; GOUVEWIA et al., 2005; LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991)

Travassos e Martins (2004), afirmam que a garantia do acesso aos serviços de saúde depende, não apenas do planejamento das ações e localização geográfica dos serviços, mas de outros fatores, tais como: culturais (como 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.

Na visão da maioria dos entrevistados a inadequação da oferta de serviços vincula-se ao quantitativo insuficiente de serviços disponíveis. Para outros, as limitações de oferta está mais relacionada à baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família e a insuficiência de especialistas. Como exemplo, a deficiência de ginecologistas não foi resolvida nem com a realização de dois concursos públicos nos últimos quatro anos, além de três convocações públicas, entre o ano de 2011 a 2012, na perspectiva de expansão e ampliação de serviços. Outros argumentaram que na assistência especializada a dificuldade basicamente esta relacionada à limitação financeira do “bloco da média complexidade” que impede a ampliação dos serviços para atender a demanda nas consultas e/ou exames especializados. Os recursos da média complexidade estão centralizados, em poder do Governo Estadual. Seja qual for o motivo, as dificuldades de acesso estão expressas tanto na demanda reprimida, monitorada pela “gestão da fila de espera”, quanto no calculo de necessidades para a concretização do atendimento. Tem-se dentre as necessidades: a qualificação da assistência à

saúde; a qualificação da coordenação e organização operacional do sistema; a melhoria na comunicação da rede de atenção em saúde; na disseminação da informação entre os níveis assistenciais; e a implementação das ações intersetoriais que devem ser planejadas e articuladas conjuntamente com os departamentos assistenciais quanto aos fluxos de acesso e assistenciais. As lacunas assistenciais existentes no município de Caruaru estão expressas nas seguintes citações:

Muitas vezes perdemos a “linha de cuidado” ficando incompleto o cuidado integral porque depende de um conjunto de fatores, dos profissionais em todos os níveis, da qualidade do profissional ou ação desenvolvida pelo mesmo, a exemplo de resultados dos exames laboratoriais. (E2)

Muitas vezes solicitamos exames para conclusão de diagnóstico, mas é tão demorado que perdemos de vista o paciente, sem falar que não é incomum esta preocupação. (M2)

Nossa equipe é pequena, mas não tem dificuldade de regular, só que as unidades solicitantes não colaboram no sentido de ajudar no tempo de marcação, regulamos o que existe, mas é pouco, não atende a todos, começa então a insatisfação, do porque é pouco? Como otimizar o pouco? ... (AR2)

Quando se trata de assistência especializada temos grandes limitações porque o município dispõe, além das policlínicas que oferecem consultas especializadas, de um único serviço de referência para a saúde da mulher, cuja capacidade instalada é insuficiente para atender toda a demanda. (G1)

Existe uma preocupação da gestão de investir na oferta, ampliando na contratação, mas ha dificuldade do profissional no mercado, nesta área. Neste momento, procura-se estruturar as referências voltadas para a ESF. (G3)

Os serviços de referência, e nem a própria equipe, tem a preocupação de monitorar o percurso, muitas vezes são perdidas, é preciso reforçar a responsabilização da equipe, mesmo quando o paciente vai para um nível de maior complexidade, e quando chega ao serviço de referência é tão complicado a garantia do atendimento, sem falar que não temos a contra-referência. (G2)

### 5.1.3.3 A Percepção sobre a Regulação Assistencial e suas Potencialidades para Garantia da Continuidade do Cuidado Integral à Saúde.

O momento vivido pelo SUS, com a compreensão de que não basta ofertar serviços de saúde, mas é preciso oferecer serviços de qualidade, resolutivos e com “economia de escala”, coloca para os gestores, e mesmo para a população, que a regulação assistencial é um instrumento importante para modificar a lógica de organização dos serviços, ajudando a identificar prioridades dentro de um “cenário de escassez”, permitindo assistência no menor tempo possível, qualificada, as necessidades das pessoas, evitando “a peregrinação de pacientes” em busca de atendimento.

A implantação da regulação assistencial na cidade de Caruaru surge num momento de grande fragilidade da coordenação assistencial. A ação regulatória apresenta-se como a resposta para essa situação. E, a “percepção dos sujeitos” a respeito das ações de regulação tem permitido ao gestor uma visão mais apurada das dificuldades de oferta e acesso aos serviços de saúde, em todas as áreas, inclusive na assistência à saúde da mulher, que por ser uma área de permanente investimento ao longo dos anos deveria estar numa situação mais adequada, não sendo essa a realidade. A política de Regulação do município de Caruaru atua sistematicamente com os departamentos assistenciais (Atenção Básica e Especializada) que favorecem o desenvolvimento das ações de regulação no processo de trabalho.

A regulação é o caminho para organizar “o caminho da usuária” no sistema de saúde, facilitando o acesso, e orientando até mesmo quando não tiver mais cotas para atender naquele momento. (G5)

A regulação, a medida que vai desenvolvendo suas ações vai permitindo uma identificação da real necessidade da usuária e como ação meio procura mediar entre os departamentos da atenção básica e especializada as possíveis soluções. (G4)

O fato do sistema de informação de regulação ser próprio do município é bastante positivo, pois nos permite discutir melhorar o sistema para adequar dentro das necessidades dos departamentos assistenciais. (G3)

Considerando que hoje, todas as Secretarias de Saúde trabalham com limitação financeira, com conseqüente insuficiência na oferta de serviços, a regulação permite observar pontos de estrangulamento, especialmente na média complexidade e na alta complexidade, aonde a situação chega a ser pouco mais complicada, uma vez que grande parte desses serviços é ofertada pela Secretaria Estadual de Saúde e o município não dispõe da garantia de atendimento de suas mulheres, e mesmo quando consegue referenciá-las, isto não ocorre em tempo oportuno.

De acordo com Mendes (2002), em um sistema integrado devem existir pontos de atenção à saúde, interligados e responsáveis por uma atenção contínua e qualificada, a uma clientela adscrita, em um determinado território, com 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.

A atual gestão implantou dispositivos administrativos e gerenciais como os apoiadores institucionais, apoio matricial, iniciação a construção de rede por “linha de cuidado”, e a distribuição dos serviços por territórios, a partir do conhecimento dos protocolos de acesso e regulação, a fim de evitar que os usuários fiquem pedindo “favores” para garantir à assistência que necessitam. Essa iniciativa foi reconhecida na fala de um entrevistado.



É dizer não aos privilégios, aos arranjos políticos, atender a quem está mais necessitado ter acesso aos serviços e saúde. (G5)

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

As dificuldades da regulação assistencial estão relacionadas, especialmente, às limitações financeiras para se investir na estrutura de regulação e na realidade dos serviços que, historicamente, se organizaram a revelia de um modelo idealizado para garantir a integralidade da atenção à saúde, passando muitas vezes pela informalidade, e pelo relacionamento pessoal entre os diversos profissionais de saúde. Destacam-se as narrativas a seguir:

Nós temos uma dívida histórica com os usuários de saúde, e neste caso específico com as mulheres, de organizar serviços que se reconheçam e conversem entre si, ofertam ações que garantam a integralidade do cuidado e estimulem a autonomia do usuário em relação às decisões relacionadas à sua saúde. (G1)

A precariedade, insuficiência de recursos, de pessoal, as unidades de referência, ausência do Estado para pactuação das responsabilidades. (G3)

Quanto às potencialidades da regulação as narrativas de alguns entrevistados identificam a Diretoria de Regulação, como a instância gestora responsável pelo processo de organização da rede. O DRAC parece exercer um importante papel, no que diz respeito à referência para as unidades solicitantes e executantes, tornando-se um elo entre os pontos do sistema. O DRAC apresenta a possibilidade de resposta aos serviços e, conseqüentemente, ao usuário. Nos discursos a seguir, a visibilidade da regulação está muito atrelada à existência de fatores motivadores para operacionalização das ações de regulação:

No caso de Caruaru um elemento facilitador é o entusiasmo e a dedicação com que a equipe de regulação vem desenvolvendo a estrutura organizacional dessa área, que historicamente foi alvo de pouca atenção e investimentos. (G1)

As recepcionistas, uma característica do município com a presença de um profissional nas recepções das unidades básicas de saúde, mas também precisa do entendimento do papel dele, qualificado, receptor das necessidades dos usuários que passa pela unidade. Foi uma opção da gestão para fortalecer, [...] ajuda bastante no processo de trabalho das equipes, [...] fortalece, ajudou bastante no processo de trabalho das equipes, fortalece a regulação, elemento que tem uma fala diretamente, a regulação dentro da unidade. (E1)

Referente, ainda, aos elementos que estão dificultando a regulação assistencial no sentido de garantir a integralidade da atenção à saúde, 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. Tem-se a seguir algumas falas dignas de nota:

Relação muito fragilizada, o vínculo que existe é cartorial, existe uma cota estabelecida e é através desta que se garante o acesso do usuário aos serviços. (M2)

Não é apenas uma atividade meio mas precisa estar no meio. (G2)

As constantes mudanças de horário, dia e mesmo faltas profissionais, dos médicos, sem o devido aviso, o paciente já está agendado depois de tanto tempo e quando chega o seu dia, o profissional falta, e aí terá que voltar para unidade de origem para reagendar. (G7)

Muitas vezes a comunicação da Atenção Básica e Atenção Especializada funcionam e outras vezes não, muitas vezes a regulação é informada pelo próprio usuário que o médico encontra-se de férias. (AR1)

Precisa melhorar a conexão de internet, requalificando dá uma cara nova, garantindo a infra-estrutura, melhorando nestes aspectos da conexão, as ferramentas potentes para dar conta, recorrendo as planilhas por deficiência, a uma comunicação fragilizada. (E2)

O Sistema de regulação ainda tem algumas fragilidades no sentido de não cruzar as informações com os demais sistemas, como SIA, SIAB, assim não permitindo, realizar o faturamento das ações reguladas (G3)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa evidenciam que apesar dos esforços empreendidos pela SMS/Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação de Caruaru-PE, para aumentar a oferta de serviços em relação ao programado, há fragilidade regulatória, refletida na existência de demanda reprimida e na grande maioria dos atendimentos realizados sem a participação da regulação. A ausência de participação da regulação pode ser decorrente, em parte, da falta de entendimento dos executores (unidades encaminhadoras e executoras) sobre os objetivos da regulação; ou devido a pressão sofrida pelos gerentes de unidades executoras/encaminhadoras, pela demanda ou por razões políticas/administrativas, fazendo-os não observarem o instrumento regulatório como ferramenta de gestão, assumindo por conta própria decisões que interferem adiante no acesso/qualidade da atenção à(o) usuá(ri)a(o).

Pelo exposto, a regulação assistencial em Caruaru-PE, não tem sido observada como instrumento para que se alcance a integralidade do cuidado. Ao contrário, o estudo de desempenho na realização de consultas, exames e procedimentos especializados permite afirmar que a prática vigente tem reproduzido um sistema ineficiente sobre os problemas de saúde, não respondendo ao que se propõe – promover o funcionamento de uma rede integrada e solidária, que acolha o(a) usuá(ri)o(a), e possibilite o acompanhamento de seu percurso assistencial nos diversos níveis de atenção –. Por outro lado, o uso equivocado da regulação não tem permitido que, como ferramenta de gestão a partir da avaliação das práticas gerenciais e assistenciais, se construa um modelo de atenção mais universal, justo, humanizado, focado na necessidade do(a) usuá(ri)o(a), e com garantia do cuidado integral.

Foi observado, também, que a atenção básica tem sido pouco resolutiva, apesar da implantação em algumas unidades de arranjos inovadores, como: o apoio matricial; e nas unidades não vinculadas a ESF, o acolhimento através de uma escuta qualificada, e a reorganização do atendimento a partir de territórios.

Foi evidenciado no tocante à cobertura que a assistência primária ainda é insuficiente para atender a demanda do município de Caruaru. E que, apesar da marcação de consultas, exames e procedimentos ocorrerem de forma descentralizada em todas as unidades básicas, a fim de contribuir para uma maior agilidade de resposta às(aos) usuá(ri)as(os), o sistema de regulação ainda não permite autonomia quanto a escolha do profissional e do serviço prestador, não havendo também a garantia de volta para o mesmo profissional.

As referências estaduais, responsáveis pela atenção de maior complexidade, tem atuado de forma independente da rede municipal, a partir de fluxos assistenciais informais, causando a descontinuidade da atenção para os(as) usuários(as).

### 6.1 Recomendações

As recomendações a seguir têm o propósito de colaborar com o fortalecimento do uso da regulação assistencial como contribuinte das práticas organizacionais dos serviços no âmbito do sistema municipal e regional de Caruaru-PE.

- a) Desenvolver um plano operativo que possibilite a articulação da rede de atenção à saúde e a comunicação entre os componentes dessa rede, com vistas à construção dos fluxos assistenciais, por linha de cuidado, com definição de responsabilidades nas unidades encaminhadoras e prestadoras quanto à efetividade da aplicação dos instrumentos de regulação, ordenando o acesso a partir dos critérios de risco;
- b) Desenvolver mecanismo permanente de negociação nas instâncias colegiadas para captação de recursos financeiros na perspectiva de expansão de serviços;
- c) Priorizar a expansão da cobertura da atenção primária, qualificada, e o ajustamento da oferta de serviços segundo a demanda reprimida observada.
- d) Implementar o sistema de regulação integrando as informações geradas aos demais sistemas de informações do Ministério da Saúde (SIA, SCNES entre outros);
- e) Implementar as ações de controle e avaliação sobre ações e serviços prestados e regulados, a fim de que a análise das reais necessidades da população e dos possíveis problemas do sistema regulatório, possibilite a gestão utilizar a política de regulação como ferramenta de calibração e ordenação da rede de atenção a saúde para os(as) usuários(as) de Caruaru e demais municípios que a partir da PPI têm Caruaru como referencia.

## REFERÊNCIAS

- ADAY L.A; ANDERSEN R. A framework for the study of Access to medical care. **Health services research**, Chicago, v. 9, p. 208-20, 1974.
- ALMEIDA, Célia et al. **A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade**. Pesquisa em Saúde Pública. Documentos técnicos. Washington, D.C: OPAS, 1999.
- ANDERSEN R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care does it matter. **Journal of Health and Social Behavior**, Los Angeles, v. 36, p. 1–10, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Constituição (1988). Da ordem social. In. \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 32. ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 123-130.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde**. Brasília:Ministério da Saúde; 2007. 44 p. ilus.(B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080. Regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. 2ª edição Brasília, 1991. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Seção 1. Brasília-DF, 1990 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01**. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02**. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n.º. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Institui o Pacto pela Saúde. Brasília-DF, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e Participativa. **Decreto n.º. 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da lei n. 8.080/90. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto\\_7508.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes** Brasília, DF. Ed. Ministério da Saúde, 2007 – (série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CAMPOS, G. W. de S. O Estado e a atenção à saúde: conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios. In: \_\_\_\_\_ **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997<sup>a</sup>. p. 87-132.

CARUARU. Secretaria de Saúde de Caruaru. **Relatório de Gestão da Diretoria de Planejamento**. Caruaru, 2013.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Revista Sociologias**. Porto Alegre, ano 4, n.7, p. 122-135, jan./jun., 2002.

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

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.

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. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

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

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA: Journal of the American Medical Association**, n. 260, 1998, p. 1743-1748.

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

FLEURY, S. A natureza do Estado capitalista e das políticas públicas. In: \_\_\_\_\_ **Estado sem cidadãos: Seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 11-57.

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.

GIDDENS, A. **Para além da esquerda e da direita: O futuro da política Radical**. São Paulo: UNESP, 1996.

GIOVANELLI, L; FLEURY, S. **Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise**, 1995, p.177-198.

GURGEL JÚNIOR, G. D. **O Hospital das clínicas da UFPE no contexto da Reforma do Estado Brasileiro: uma análise do programa de renovação Organizacional**. Recife, 1999. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1999.

HARTZ, Z.M.A. (Org.), 1997. **Avaliação de Saúde**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE. **Resultados da amostra do censo demográfico 2010: malha municipal digital do Brasil**. Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, J. de C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p. 62-70, jan./abr. 2002.

MAGALHÃES JR., H. M. **Regulação Assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade**. Belo horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (pensar BH – política social).

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, p. 1411-1416, set./ out. 2004.

MATTOS, R. Os Sentidos da Integralidade: algumas acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado em Saúde**. 4. Ed. Rio de Janeiro: CEPES /IMS/ UERJ /Abrasco, 2005 a. p. 105-116.

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.

NUÑEZ, 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 de 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 PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Los sistemas Locais de Salud: conceptos – métodos e experiências**. Washington, DC: OPAS, 1990.742 p (publication científica, 519). p. 38.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

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

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 4, p.687-707, 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, p. 25-41, jan./jun., 2006.

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.

SOUZA, R. R. de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfield, B. (Org.) **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002, p. 207-45.

TRAVASSOS, S.C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos 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.

WALSHE, K. **Regulating Healthcare: a prescription for improvement**. Maidenhead: Open University Press, 2003. 262p.



## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A - Guia de Entrevista

### Data e lugar da entrevista

<b>Hora de início/de finalização:</b>	<b>Duração:</b>
<b>Nome:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>e-mail:</b>	<b>Telefone:</b>
<b>Instituição/Unidade:</b>	
<b>Cargo:</b>	<b>Tempo no cargo:</b>
	<b>Titulação:</b>

### 1. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER DO MUNICÍPIO DE CARUARU

- a) Como você avalia a rede de atenção à saúde da mulher no município de Caruaru?
- b) Levando em consideração a Política Municipal de Saúde da Mulher, que estratégias estão sendo elaboradas para desenvolver a rede de atenção à saúde?
- c) De que forma estão dispersos na região os serviços de atenção básica e especializados referência à saúde da mulher?
- d) Na sua avaliação os serviços estão qualificados para desempenhar o papel de coordenadores do cuidado e ordenadores (Atenção Básica) da Rede de Atenção à Saúde da Mulher?
- e) Existem processos de qualificação em curso, na área temática da saúde da mulher voltada para Atenção Básica? Se sim, é possível avaliar sua eficácia e efetividade?
- f) Como estão sendo construídos os processos de trabalho entre as equipes de referência e os usuários?
- g) Na sua avaliação, quais são as principais dificuldades ou entraves para implementação da política?
- h) Quais são as ações voltadas para melhoras em relação ao acesso e a comunidade da atenção?

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

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

- d) 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?

### **3. REGULACÃO ASSISTENCIAL**

- a) Como você avalia a implantação da regulação assistencial na Secretaria de Saúde de Caruaru?
- 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) Na sua avaliação quais são os fatores que dificultam a regulação assistencial no sentido de garantir a integralidade da atenção à saúde da mulher?
- d) Na sua avaliação quais são os fatores que facilitam 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 têm para melhorar a regulação assistencial entre os serviços?

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TÍTULO DO PROJETO:**

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar como entrevistado no projeto de Mestrado Profissional sob o título: **A POLÍTICA DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E A ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE CARUARU**”, desenvolvida no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz e realizado por mim, MARIA DO CARMO FERREIRA DE ANDRADE<sup>1</sup>, sob a orientação de Dra. ANA LÚCIA RIBEIRO VASCONCELOS, com previsão para conclusão em maio de 2013.

O estudo tem por objetivo geral analisar a Política de Regulação Assistencial e a Atenção integral a Saúde da Mulher no município de Caruaru.

A entrevista durará em torno de 60 minutos, não é remunerada, e será, sob sua permissão, gravada. Todas as informações obtidas serão confidenciais, não sendo divulgadas para ninguém, e utilizadas apenas para os objetivos do presente estudo. Também há garantia de anonimato, sendo assegurado o sigilo e a privacidade dos entrevistados. Os dados de identificação serão retirados e apenas um código será utilizado.

Os resultados deste estudo podem vir a ser apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza, porém não farão qualquer menção ao seu nome, mantendo o anonimato necessário.

Há risco de constrangimento diante de questões que podem ser colocadas, que serão minimizadas pelo pesquisador, que prestará todos os esclarecimentos que venham a ser necessários. O Senhor (a) pode a qualquer momento, se recusar a responder alguma pergunta, ou retirar o seu consentimento para utilização da entrevista, sem que haja constrangimento para nenhuma das partes.

Embora a entrevista não represente nenhum benefício para o senhor (a), poderá contribuir para um estudo que colaborará para a melhoria da saúde pública.

Em qualquer momento você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa, sendo esse fornecido pela pesquisadora responsável por esse estudo, Maria do

---

<sup>1</sup> Mestranda do Mestrado profissional da FIOCRUZ, Diretora de Regulação, Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde de Caruaru.

Email: docarmoandrade@hotmail.com Telefone: 96761959

Carmo Ferreira de Andrade, através do e-mail e telefone disponibilizado no rodapé deste termo.

Este termo deverá ser assinado em duas vias, com cópia para o (a) senhor (a), e outra para a pesquisadora responsável.

Atenciosamente,

**MARIA DO CARMO FERREIRA DE ANDRADE**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na referida pesquisa, e declaro a minha concordância em participar.

Caruaru, de

Nome do entrevistado (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura