UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

***Avaliação do complexo regulador do sistema público
municipal de serviços de saúde***

Janise Braga Barros Ferreira

Ribeirão Preto
2007

Janise Braga Barros Ferreira

***Avaliação do complexo regulador do sistema público
municipal de serviços de saúde***

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Enfermagem em
Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e
políticas de saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Janise Braga Barros

Avaliação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde. Ribeirão Preto, 2007. 227 p.: il; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Profa. Dra. Silvana Martins Mishima.

1. Regulação e fiscalização em saúde; 2. Complexo Regulador; 3. Equidade em saúde; 4. Acesso aos serviços de saúde; 5. Assistência integral à saúde; 6. Rede de cuidados continuados de saúde; 7. Avaliação em Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ferreira, Janise Braga Barros. Avaliação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovada em: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Profa. Dra. Clarice Aparecida Ferraz

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster

Instituição: FMRP - USP Assinatura: _____

Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

Instituição: FMRP-USP Assinatura: _____

Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

Instituição: FSP-USP Assinatura: _____

Esta investigação recebeu financiamento da Fundação Waldemar Barnsley Pessoa e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Nacional – CNPq, processo nº 351742/1998-0.

Dedicatória

*Ao meu marido, Fernando, e aos meus filhos,
Felipe e Matheus, motivos de minhas principais
alegrias.*

*Aos meus pais, Antônio e Rosa Maria e aos meus
irmãos, por nossa convivência repleta de
aprendizados.*

Agradecimentos

A Deus sempre.

À Profa. Silvana Martins Mishima por sua orientação competente, zelosa, e afável. Minha admiração e minha gratidão.

Ao Prof. José Sebastião dos Santos pela oportunidade de participar na construção de um projeto fiel aos interesses coletivos e pela particular contribuição a este estudo.

À Profa. Aldaísa Cassanho Forster pela colaboração no aperfeiçoamento deste estudo, pela amizade e pelo incentivo nesses anos de convivência.

À Profa. Clarice Aparecida Ferraz pela generosa e profícua parceria na Secretaria Municipal da Saúde.

Ao Prof. Oswaldo Yoshimi Tanaka pela atenção e pelas contribuições que aprimoraram esta pesquisa.

Aos trabalhadores do complexo regulador, sujeitos deste estudo, pela disponibilidade e pela possibilidade de reflexão sobre o tema.

Aos amigos da Secretaria Municipal da Saúde, que acreditam no trabalho como fonte de produção de vida. São pessoas que persistem a despeito de tantos reveses.

Aos docentes, aos colegas de pós-graduação e aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP pela acolhida e pela partilha de experiências importantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À Fundação Waldemar Barnsley Pessoa e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, processo nº 351742/1998-0) pelas colaborações financeiras fundamentais à execução desta pesquisa.

Lista de siglas

ABS – Atenção Básica à Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas

CCE – Central de Cirurgias Eletivas

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPDH – DMS-FMRP-USP – Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

CR – Complexo Regulador

CRC – Central de Regulação de Consultas

CRO – Central de Regulação Odontológica

CRR – Complexo Regulador Regional

CURM – Central Única de Regulação Médica

CVS – Centro de Vigilância Sanitária

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS

DIEACA – Departamento de Informática, Estatística, Avaliação, Controle e Auditoria

DIR XVIII – Direção Regional da Saúde

DRS XIII – Departamento Regional da Saúde

EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

HCFMRP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NADEF – Núcleo de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência

NGA 59 – Núcleo de Gestão Assistencial 59

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan - Americana da Saúde

PAM II– Posto de Atendimento Médico II

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMS – Plano Municipal da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SMS - RP – Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TECMB – Taxa de Execução das Consultas Médicas Básicas

TECME - Taxa de Execução das Consultas Médicas Especializadas

TECMUE - Taxa de Execução das Consultas Médicas Urgência e Emergência

TEIBMC - Taxa de Execução de Internações de Baixa/Média Complexidade

TEIAC - Taxa de Execução de Internações de Alta Complexidade

UBDS – Unidade Básica e Distrital da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Taxa de Execução de Consultas Médicas Básicas, Especializadas e de Urgência e Emergência, RP-SP, 2004 a 2006

Gráfico 2 – Taxa de Execução de Consultas Médicas Básicas, RP-SP, 2004 a 2006

Gráfico 3 – Taxa de Execução de Consultas Médicas Especializadas, RP-SP, 2004 a 2006

Gráfico 4 – Taxa de Execução de Consultas Médicas por Especialidade, RP-SP, 2004 a 2006

Gráfico 5 – Taxa de Execução de Consultas Médicas Básicas de Urgência e Emergência, RP-SP, 2004 a 2006

Gráfico 6 – Taxa de Execução de Internações Hospitalares de Baixa e Média Complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

Gráfico 7 – Taxa de Execução de Internações por Alta Complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

Gráfico 8 – Internações hospitalares, sob gestão municipal, de residentes do município, segundo complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

Gráfico 9 - Internações hospitalares, sob gestão estadual, de residentes do município, segundo complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

Lista de tabelas

Tabela 1 – Parâmetros de cobertura de consultas médicas e cobertura alcançada pela produção de consultas médicas, RP-SP, 2004 a 2006

Tabela 2 – Distribuição percentual esperada, produção esperada e realizada de consultas médicas, RP- SP, 2004 a 2006

Tabela 3 – Cobertura esperada e alcançada, segundo especialidades médicas,RP-SP, 2004 a 2006

Tabela 4 – Produção e cobertura esperadas e realizadas de internações do SUS, segundo complexidade, Ribeirão Preto-SP, 2004

Tabela 5 – Internações ocorridas em prestadores hospitalares sob gestão municipal, segundo complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

Lista de quadros

Quadro 1 – Distribuição das novas centrais de regulação em atividade, coordenadores, reguladores e equipe administrativa por categoria profissional, Complexo Regulador, Ribeirão Preto-SP, 2006.

Quadro 2 – Distribuição das categorias profissionais atuantes no Complexo Regulador e a codificação adotada nas entrevistas

Quadro 3 – Distribuição numérica da população estimada por Distrito de Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2006.

Quadro 4– Distribuição das Unidades de Saúde da rede básica de atenção à saúde, segundo Distritos de Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2006.

Quadro 5 – Produção de consultas médicas na rede de saúde do SUS comparada aos parâmetros assistenciais de cobertura da Portaria 1101/02, Ribeirão Preto-SP, 2004.

Quadro 6 – Consultas médicas básicas esperadas por especialidades, produção, cobertura assistencial na rede própria, necessidade de recursos humanos, recursos humanos atuais e capacidade de cobertura da rede própria de atenção básica, Ribeirão Preto-SP, 2004.

Quadro 7 – Produção de consultas médicas especializadas de cardiologia, dermatologia, endocrinologia, oftalmologia e ortopedia para a população do município, segundo a realização na rede própria, estadual e conveniada do SUS, Ribeirão Preto-SP, 2004 a 2006

Lista de figura

Figura 1 – Distribuição geográfica e espacial dos Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP, 2006.

Resumo

FERREIRA, J.B.B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. 2007. 227 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Este estudo avaliou a repercussão da implantação do Complexo Regulador (CR) do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde para a rede de atenção de Ribeirão Preto–SP. Teve por aporte teórico a avaliação em saúde e como objetivos específicos: avaliar o alcance do CR, de acordo com a dimensão cobertura, nos anos de 2004, 2005 e 2006; avaliar o efeito do CR de acordo com a dimensão efetividade social. Estudo de avaliação normativa e pesquisa avaliativa, sendo adotada abordagem quanti-qualitativa. O cenário foi o CR, em RP/SP, em seu espaço funcional e organizacional de operação das ações regulatórias do sistema de atenção, implantado na Secretaria Municipal da Saúde. As fontes primárias, produzidas junto aos trabalhadores de diferentes categorias profissionais que atuavam na gestão e no nível operacional do CR, foram coletadas por meio de entrevista estruturada tendo como eixo temático: implantação do CR, sua função de ferramenta operacional para atenção básica e a relação entre a intervenção proposta e os resultados alcançados. As fontes secundárias foram: documentos oficiais existentes sobre o CR, Atas do Conselho Municipal de Saúde; artigos de jornais locais, Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do DATASUS. Para organização dos indicadores de análise, elaborou-se planilha específica, com dados relativos aos indicadores de cobertura: Indicador de Consultas Básicas; Indicador de Consultas Especializadas, Indicador de Internações de Baixa e Média Complexidade; Indicador de Internações de Alta Complexidade. Na análise dos dados primários, foi realizada a análise temática, sendo articulada à análise dos indicadores produzidos. O estudo mostrou que: o CR provocou alterações na acessibilidade organizacional e equidade da rede de saúde, tanto na atenção ambulatorial quanto hospitalar; destacou necessidade de constituição de rede solidária de atenção e apresentou a potência da estratégia em ser ferramenta profícua de avaliação e de gestão. A implantação do CR alterou significativamente o processo de trabalho dos sujeitos. A avaliação ainda apontou que, apesar do pouco tempo de implantação, a estratégia do CR é potencialmente capaz de colaborar na sustentabilidade do SUS, mas se fazem necessários: investimento, divulgação e aperfeiçoamento.

Descritores: Regulação e fiscalização em saúde; Complexo Regulador; Equidade em saúde; Acesso aos serviços de saúde; Assistência integral à saúde; Rede de cuidados continuados de saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

FERREIRA, J.B.B. **Evaluation of the regulator complex of the municipal public system of health services.** 2007. 227 p. Dissertation (Doctorate) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2007.

This study aimed to evaluate the publicity of the implementation of the Regulator Complex (CR) of the Municipal Public System of Health Services for the care network of Ribeirão Preto, SP, Brazil. The health evaluation provided the theoretical framework and the specific objectives were: evaluate the CR scope according to the coverage dimension in 2004, 2005 and 2006; evaluate the CR effect in terms of social effectiveness. This is a normative evaluation and an evaluative research with a quantitative qualitative approach. The scenario was the CR in RP/SP in its functional and organizational space of regulatory actions operation of the care system implemented in the Municipal Secretary of Health. The primary sources produced with workers of different professional categories who acted in the CR management and in its operational level were collected through structured interview according to the following thematic axis: implementation of the CR, its function as operational tool for the primary care and the relation between the proposed intervention and the results accomplished. The secondary sources were: CR official documents, Minutes of the Municipal Council of Health; local newspapers, outpatient and hospital DATASUS Information System. For the organization of the analysis indexes, a specific data sheet was elaborated, with data related to the coverage indexes: Primary Consultation index; Specialized Consultation Index, Low and Medium Complexity Hospitalizations Index; High Complexity Hospitalization Index. The thematic analysis was used for the primary data which was coordinated with the indexes produced. The study showed that: the CR caused alterations on the organizational accessibility and equity in the health network, both in the outpatient and the hospital care; highlighted the need of creating a comprehensive care network and presented the power of the strategy as a proficient evaluation and management tool. The CR implementation changed significantly the subjects' work process. The evaluation also pointed that despite the little time of implementation, the CR strategy has potential to benefit the SUS sustainability, though investment, publicity and improvement are necessary.

Descriptors: Health Regulation and Fiscalization; regulator complex; Equity in Health; Health Services Accessibility; Comprehensive Health Care; Delivery of Health Care; Health Evaluation

RESUMEN

FERREIRA, J.B.B. **Evaluación del complejo regulador del sistema público municipal de servicios de salud.** 2007. 227 p. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

El objetivo de este estudio fue la evaluación de la repercusión de la implantación del Complejo Regulador (CR) del Sistema Público Municipal de Servicios de Salud para la red de atención de Ribeirão Preto–SP. Tuvo como aporte teórico la evaluación en salud y como objetivos específicos: evaluar el alcance del CR, de acuerdo con la dimensión cobertura, en los años 2004, 2005 y 2006; evaluar el efecto del CR de acuerdo con la dimensión efectividad social. Investigación de evaluación normativa y pesquisa de evaluación, siendo adoptado abordaje cuanti-cualitativo. El escenario fue el CR, en RP/SP, en su espacio funcional y organizacional de operación de las acciones reguladoras del sistema de atención, implantado en la Secretaria Municipal da Salud. Las fuentes primarias producidas con los trabajadores de diferentes categorías profesionales que actuaban en la gestión y en el nivel operacional do CR, fueron colectadas por medio de entrevista estructurada teniendo como eje temático: implantación do CR, su función de herramienta operacional para atención básica y la relación entre la intervención propuesta y los resultados alcanzados. Las fuentes secundarias fueron: documentos oficiales existentes sobre el CR, Actas del Consejo Municipal de Salud; artículos de la prensa local, Sistema de Información Ambulatoria y Hospitalar del DATASUS. Para la organización de los indicadores de análisis, se elaboró una planilla específica, con datos relativos a los indicadores de cobertura: Indicador de Consultas Básicas; Indicador de Consultas Especializadas, Indicador de Internaciones de Baja y Media Complejidad; Indicador de Internaciones de Alta Complejidad. En el análisis de los datos primarios fue realizado el análisis temático, siendo articulados el análisis de los indicadores producidos. El estudio mostró que: el CR provocó alteraciones en la accesibilidad organizacional y equidad de la red de salud, tanto en la atención ambulatoria como hospitalar; destacó la necesidad de constitución de una red solidaria de atención y, presentó la potencia de la estrategia en ser herramienta eficaz de evaluación y de gestión. La implantación del CR alteró significativamente el proceso de trabajo de los sujetos. La evaluación también apuntó que, a pesar del poco tiempo de implantación, la estrategia del CR es potencialmente capaz de colaborar en la sustentabilidad del SUS, pero se hacen necesarios inversiones, divulgación y perfeccionamiento.

Descriptorios: Regulación y fiscalización en salud; Complejo Regulador; Equidad en salud; Acceso a los servicios de salud; Asistencia integral a la salud; Red de cuidados continuados de salud; Evaluación en salud.

Sumário

Apresentação	1
1) Introduzindo o tema	5
2) Objetivos	23
3) O aporte teórico e o percurso metodológico	24
3.1) O aporte da avaliação	24
3.2) O percurso metodológico	29
3.2.1) O cenário da pesquisa	31
3.2.2) As fontes de dados e os sujeitos da pesquisa	32
3.2.2.1) As fontes de dados	32
3.2.2.2) Os sujeitos da pesquisa	32
3.2.2.3) As técnicas e os instrumentos de coleta de dados	33
3.2.2.4) Procedimentos éticos	37
3.2.2.5) Análise dos dados	38
4) O Complexo Regulador do sistema público de serviços de saúde de Ribeirão Preto-SP	40
4.1) Aspectos da gestão local	40
4.2) Informações demográficas epidemiológicas do município	43
4.3) A estrutura da rede de atenção à saúde	46
4.4) O Complexo Regulador – a intervenção proposta	50
4.4.1) Caracterização assistencial do município	50
4.4.2) As bases conceituais do Complexo Regulador	57
4.4.3) O movimento da rede de atenção na implantação do Complexo Regulador – Ribeirão Preto	63
5) Resultados e discussão	77
5.1) Indicadores assistenciais	77
5.1.1) Atenção ambulatorial – analisando a cobertura assistencial	78
5.1.2) Atenção hospitalar – analisando a cobertura assistencial	107
5.2) O Complexo Regulador na perspectiva de seus operadores no	120

nível central - trabalhando com a dimensão da efetividade social	
5.2.1) A organização do Complexo Regulador para a garantia do acesso e da equidade	122
5.2.2) O processo de trabalho no Complexo Regulador	140
5.2.3) Constituição da rede solidária	151
5.2.4) O Complexo Regulador como ferramenta de avaliação e de gestão.	163
6) Considerações Finais	174
7) Referências	183
APÊNDICES.....	193
ANEXOS.....	195

Apresentação

A motivação para o desenvolvimento do objeto desta pesquisa surgiu no bojo de um processo de transformação que foi proposto para a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, no início da gestão compreendida entre o período de 2005 a 2008.

Na elaboração do Plano Municipal da Saúde (PMS) 2005-2008, instrumento de gestão que contém as diretrizes para a condução da política pública de saúde do município, foram apresentadas estratégias que buscavam a revisão do modelo de atenção à saúde e de gestão em curso, diante de um diagnóstico pouco satisfatório dos reflexos da produção destes modelos na situação de saúde da população.

Uma das estratégias propostas foi a incrementação do processo de regulação por meio da conformação de um Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde, na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Ribeirão Preto.

A atuação da pesquisadora na área de planejamento da Secretaria Municipal da Saúde, sua participação tanto na construção do Plano de Saúde quanto no processo de implantação da intervenção, objeto deste estudo, aliada ao compromisso de desenvolvimento de um produto que pudesse retornar seus frutos como contribuições à consolidação do SUS local e, ao interesse do gestor e da própria pesquisadora, afeita ao processo avaliativo, em realmente avaliar a potência da estratégia como ferramenta de qualificação da gestão e da atenção foram elementos decisivos para a concretização do estudo.

A configuração final do estudo apresenta seis capítulos a saber: No Capítulo 1 **Introduzindo o tema** discorremos sobre a organização de sistema de saúde, seus objetivos, suas possibilidades, a opção de organizá-lo tendo como ponto ordenador a atenção básica à saúde, buscando apresentar o objeto da pesquisa

como uma estratégia potencialmente capaz de contribuir no processo organizacional. No Capítulo 2 **Objetivos**, trazemos o anseio geral de avaliar as repercussões da implantação da estratégia, bem como duas especificidades reunidas na análise da dimensão cobertura assistencial e da efetividade social.

No Capítulo 3 **O aporte teórico e o percurso metodológico**, apresentamos a avaliação em saúde, em suas vertentes normativa e de pesquisa avaliativa, como referencial teórico da pesquisa, explicitamos o “porquê” da escolha da abordagem quanti-qualitativa, além de descrever o cenário, fontes de dados, sujeitos, técnicas e instrumentos empregados para o desenvolvimento do trabalho.

No Capítulo 4: **O Complexo Regulador do Sistema Público de Serviços de Saúde de Ribeirão Preto- SP** contextualizamos, de forma sucinta, características da gestão local e regional, informações demográficas e epidemiológicas do município e o momento estrutural da rede de atenção. Ainda, trazemos um panorama da situação assistencial, detalhando as bases conceituais da estratégia e resgatando o movimento da rede de atenção durante a implantação do Complexo Regulador.

No Capítulo 5 **Resultados e Discussão** apresentamos e analisamos os resultados dos indicadores assistenciais de cobertura e de execução selecionados, tendo como foco a atenção ambulatorial e hospitalar, por meio das ações de saúde, consulta médica e internações hospitalares, respectivamente. Ainda, apresentamos a discussão que coloca o Complexo Regulador na perspectiva de seus operadores no nível central, sujeitos desta investigação, a partir da dimensão efetividade social.

No Capítulo 6 **Considerações Finais** sintetizamos os resultados encontrados resultantes da análise quanti-qualitativa que, de maneira indubitável, credenciaram a estratégia, não somente como instrumento colaborativo para o repensar sobre o modelo de atenção e de gestão pretendidos, além de apresentar-se como ferramenta de gestão e de avaliação.

Enfim, invitamos a todos que têm a crença de que poderemos de forma coletiva e democrática, mas não menos trabalhosa, numa reunião solidária de esforços, construir a sustentabilidade da política pública de saúde brasileira, a partilhar conosco nosso estudo.

A força impulsionadora para persistir nesse caminhar, talvez, possa ser alimentada nas palavras de Bertolt Brecht, repassadas a mim por minha querida orientadora, durante a trajetória sofrida, mas necessária, de elaboração desta pesquisa:

"Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar."

1) Introduzindo o tema

Este estudo tem como objeto a avaliação das repercussões da implantação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde para a rede de atenção do município de Ribeirão Preto –SP.

Um sistema de serviço de saúde, segundo Starfield (2002, p.19), almeja dois principais objetivos

Otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. [...] Minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação a seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Podemos extrair deste conteúdo elementos para compormos uma discussão sobre a universalidade, a integralidade e a equidade e a estreita relação destes objetivos da atenção com a organização de um sistema de serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua sistema de serviços de saúde como um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000, p.5). Estes propósitos são alcançados na medida em que os sistemas de serviços de saúde respondem às necessidades, ou melhor, aos problemas de saúde da população em um contexto histórico, epidemiológico, demográfico, cultural e social.

Cabe registrar que utilizaremos as expressões “atendimento de problemas” e “atendimento de necessidades”, durante o desenvolvimento do trabalho, como similares, mas tendo a compreensão de que o conceito de necessidade de saúde abarcaria uma gama muito maior de situações que transcendem, em muitos casos, a capacidade de resposta de um sistema de serviço de saúde.

Discorrer sobre a organização de um sistema de serviços de saúde implica no reconhecimento de que todo este processo relaciona-se à necessidade de

consolidação dos princípios defendidos e definidos na Carta Constitucional e das premissas do Sistema Único de Saúde (SUS) e pressupõe a elaboração, pelo gestor da saúde, do diagnóstico da situação de saúde do seu território, como condição única para que o planejamento/programação do sistema de serviço de saúde se estabeleça de modo a viabilizar o desafio maior do nível local, ou seja, atender de forma real aos problemas de saúde de sua população.

Na construção do diagnóstico da situação de saúde, temos de considerar a orientação normativa do SUS, contida, inicialmente, nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080/90 e nº 8142/90, principalmente, no tocante à operacionalização do princípio da descentralização, incluindo a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde e, posteriormente, nas Normas Operacionais (Norma Operacional Básica, e de Assistência a Saúde) e no Pacto pela Saúde 2006, editados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996, 2002a, 2006a), com a finalidade de complementar a legislação nas questões da organização e operacionalização da descentralização das ações e serviços de saúde para as esferas de governo estadual e municipal. A relevância das Normas Operacionais foi citada por Queiroz (2003, p.101)

[...] as NOBs se constituem no mais importante instrumento de gestão e de aplicação de critérios na habilitação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na fase iniciada na década de noventa, denominada fase político-administrativa da reforma setorial, ao introduzir no SUS as inovações necessárias para remodelar instrumentos de gestão, alterar o arranjo institucional e reestruturar o modelo de atenção e de organização do sistema.

A articulação dos níveis de governo constituiu-se importante propósito das normativas buscando a integração do sistema para que cada esfera pudesse desenvolver seus papéis e competências na implementação do SUS.

No movimento de descentralização, convergindo o foco de análise para o município, observamos o cenário advindo das transferências de novas responsabilidades para o nível local. Segundo Teixeira (2002, p.102) existiram

[...] desafios e perspectivas colocados especificamente para os gestores de sistemas municipais, que neste contexto extremamente complexo, buscam identificar e implementar propostas de mudanças das práticas de saúde, seja o fortalecimento da atenção básica em seu município e a racionalização e regulação da atenção de média e alta complexidade no âmbito dos sistemas microrregionais, seja por assumirem a responsabilidade pelas ações de vigilância epidemiológica e sanitária ou ainda por tentarem implantar ações de vigilância e promoção da saúde e até políticas públicas saudáveis.

Para o enfrentamento desta nova realidade os gestores, como registrado anteriormente, precisam realizar um profundo diagnóstico da situação de saúde de sua população, base para a definição do modelo de gestão e de atenção a ser implantado no nível local.

Em nossos dias, quando observamos a realidade dos modelos de atenção, encontramos, não raramente, um grande número de sistemas de saúde organizados de forma a atender, quase que exclusivamente, aos usuários que procuram espontaneamente unidades de saúde em momentos de morbidade percebida e pouca oferta programática que compatibilize ações assistenciais e coletivas do sistema para o atendimento de seus problemas de saúde.

Existe, de forma geral, uma irracionalidade na programação e na distribuição dos recursos de saúde, limitando a possibilidade de garantia de acesso e de equidade preconizados pelo SUS.

É certo que o atendimento da demanda espontânea justifica-se pela magnitude de proporcionar o alívio da dor ou do incômodo, no momento em que os mesmos afligem as pessoas, constituindo-se na forma mais tradicional da atenção.

É relevante reconhecer, ainda, que, dentro do atendimento à demanda espontânea, a existência de ações e serviços de urgência e emergência,

acessíveis e resolutivos, é extremamente importante e tem efetividade muito alta junto aos usuários do sistema de saúde e de toda sociedade.

Mas, se o gestor opta, no desenho de seu modelo de atenção, por atender exclusivamente à demanda espontânea, ele pode incorrer na utilização ineficiente¹ dos recursos, que em sua grande maioria, são alocados em atividades essencialmente curativas e de alcance individual.

Assim, neste modelo de organização da atenção à saúde, a reflexão sobre as formas de distribuição dos agravos na população torna-se prejudicada, o que limita esta prática, tornando-a pouco efetiva e insuficiente enquanto intervenção produtiva sobre os determinantes do processo saúde-doença-atenção (RIO DE JANEIRO, 1998).

Como resultado desta organização de sistema de serviços de saúde, evidenciamos o baixo impacto nos indicadores de saúde (positivos e negativos) da comunidade, o que compromete a eficácia, a eficiência e a efetividade das intervenções, com custos crescentes que tendem a inviabilizar o sistema de atenção à saúde.

Em contrapartida, o gestor local pode apresentar uma proposta organizativa fundamentada na premissa de que é possível e desejável o conhecimento e a estratificação das necessidades e dos problemas de saúde da população, por meio do enfoque histórico, epidemiológico, social e cultural, para definição de prioridades/estratégias de saúde e discriminação das ações necessárias aos seus enfrentamentos por meio de um plano/proposta de saúde.

¹ Torna-se pertinente, pontuar que os termos eficácia, eficiência e efetividade são usados, no estudo entendidos como: *Eficácia*: capacidade de produzir o efeito desejado sob a condição mais favorável; *Eficiência*: medida de custos de qualquer melhora na saúde; *Efetividade*: capacidade de produzir o efeito desejado de melhora na saúde, obtido na realidade ou esperado na prática diária (DONABEDIAN, 1115-1118, 1990)

A gestão do sistema de serviços de saúde deve promover a organização das ações e dos serviços de saúde, buscando a sintonia com o atendimento das necessidades de saúde, e a imagem-objetivo a ser alcançada caracteriza-se pelo equilíbrio entre estas abordagens. Este equilíbrio organizacional encontra-se reconhecido no SUS, quando é proposto o conceito de integralidade da atenção como meio de superação da dicotomia entre a cura e a prevenção e entre às ações assistenciais individuais e às coletivas (RIO DE JANEIRO,1998).

Desse modo, acreditamos que as respostas às necessidades de saúde da população possam ter vinculação com o modo organizativo dos sistemas de serviços de saúde. Fica então uma questão: em que medida a organização dos sistemas de serviços de saúde, na direção dos princípios do SUS, influencia a aproximação das respostas do sistema às necessidades de saúde da população?

Mendes (2002) discute a conformação de sistemas integrados de serviços de saúde como uma proposição mais adequada ao atendimento dos problemas de saúde da comunidade. Neste sistema integrado, segundo o autor, existe uma rede de pontos de atenção à saúde interligados e responsáveis por uma atenção contínua e qualificada, a uma clientela adstrita, em um determinado território, em um determinado tempo e com um determinado gasto (*gasto per capita*). O sistema integrado de serviços de saúde também se responsabiliza pelo resultado da atenção prestada à população. A discussão proposta por Mendes (2002) apresenta uma forma organizacional de sistema de serviços de saúde que não estratifica níveis de atenção, mas ordena pontos de atenção à saúde dispostos horizontalmente, com incorporações tecnológicas diferenciadas e complexidades próprias. Neste arranjo organizativo, a atenção primária assume várias funções, dentre as quais a de

promover a interação comunicativa entre os diversos pontos do sistema de serviços de saúde.

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, os princípios regentes da Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil designada com mais frequência de Atenção Básica à Saúde (ABS), foram enunciados e, em 1979, na Assembléia Mundial da Saúde, a APS foi definida como

[...] Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (STARFIELD, 2002, p.30-31)

Após mais de 25 anos da definição de APS em Alma-Ata, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2005) discute a necessidade de renovação das premissas colocadas para a APS, assinalando as diferentes explicações e visões sobre a APS no mundo, e na América Latina em específico, decorrentes do desenvolvimento histórico da saúde e dos cuidados de saúde.

Segundo esse documento, a APS pode ser tomada como um modelo focalizador para pessoas e regiões pobres, implantada para suprir a deficiência de assistência dos serviços de saúde, nesta interpretação sendo considerada como *Atenção Primária Seletiva*; com ações sustentadas por tecnologias de baixo custo, pessoal de baixa qualificação profissional, ausência de sistema de referência para níveis de tecnologia de maior densidade tecnológica. Pode ainda ser compreendida como porta de entrada ao sistema de saúde, passagem para obtenção de atendimento médico em outro nível de assistência – *APS como nível primário do sistema de serviços de saúde*. Suas ações são restritas à atenção de

primeiro nível, sendo compreendida como modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema (OPAS, 2005).

A APS ainda pode ser compreendida “como o primeiro nível de atenção integrada e abrangente incluindo elementos de participação da comunidade, coordenação intersetorial”, apoio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, sendo “uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde” (OPAS, 2005, p.3). Mendes (2002), nesta direção, afirma que seria uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. O entendimento neste caso seria de- *APS como estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde*.

Finalmente, *APS como abordagem de Saúde e Direitos Humanos*, sendo enfatizada a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Há a compreensão de que, ao pretender alcançar melhorias de equidade em saúde, as políticas de desenvolvimento devem ser “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação” (OPAS, 2005, p.3).

No Brasil, a ABS, entendida como componente essencial e portadora de função central em um sistema integrado de serviços de saúde, poderia ser designada a partir de três funções ligadas a valores (atenção, acolhimento, responsabilização, confiança, pertencimento), à produção de ações e serviços (promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento) e à ordenação deste sistema.

Para desenvolver a função de ordenação do sistema integrado de serviços de saúde, compete à ABS coordenar toda a integração da rede de atenção

pretendida para o alcance de um atendimento desfragmentado dos problemas coletivos e individuais que se apresentam ao setor saúde. No desempenho desta funcionalidade a ABS precisa ser, segundo Mendes (2002),

Resolutiva: Reconhecer e resolver a maioria dos problemas de saúde da população;

- Organizadora: Organizar o fluxo e contrafluxo das pessoas na busca do atendimento dos problemas de saúde dentro do sistema de atenção;

- Responsável: Ser co-responsável pelo atendimento dos problemas de saúde dentro do sistema de atenção, independentemente, do ponto onde o atendimento ocorrer.

No momento em que tomamos a ABS como estratégia ordenadora do sistema de serviços de saúde, explicitamos a opção pela construção de um sistema de atenção à saúde a partir do acolhimento e reconhecimento dos problemas de saúde das pessoas do local onde eles emergem da forma mais verdadeira, conformando o processo saúde-doença-atenção. Consideramos que a ABS encontra-se em posição privilegiada dentro do sistema de serviços de saúde por estar próxima às pessoas e aos seus modos de viver, portanto, em condições de interpretar com maior propriedade os problemas de saúde do indivíduo e da comunidade, podendo resolver a maioria dos problemas colocados para o setor saúde por meio de ações de prevenção, de promoção e assistenciais e direcionando, quando necessário, o acesso aos demais componentes do sistema (CASTANHEIRA; d' OLIVEIRA, 2003).

Nesse sentido, poderíamos citar Rovere (1999) e seu entendimento de que a opção pela ABS como estratégia de reorganização do sistema de atenção traduz-se na colocação do eixo deste sistema na população. O movimento para a organização

do sistema, nesta lógica, tem como propósito uma reversão da centralidade do sistema do ponto mais especializado e de densa tecnologia, para outro ponto, mais próximo da população e de suas demandas de ampla variedade e complexidade.

Importante termos clareza de que não se trata de valorar um determinado ponto do sistema de saúde em detrimento da desvalorização de outros, mas sim, de rediscutirmos uma nova funcionalidade para cada ponto de um sistema de saúde que pretende ser universal, eqüitativo e capaz de ofertar integralidade de atenção às pessoas (ROVERE, 1999).

A sustentabilidade desta inversão na lógica de organização do sistema de serviços de saúde pode ter seu embasamento na afirmação de Castanheira e d'Oliveira (2003, p.88) de que

[...] a atenção primária deve passar a ser um local de práticas de saúde a partir do qual se reposiciona o sentido de todo o processo de produção de serviços e da articulação e finalidade de cada uma das esferas de cuidado nele envolvida.

Essas autoras sustentam-se nas concepções trazidas por Merhy (1997, p.226) acerca da constituição da rede básica de serviços como um elemento estratégico na organização do sistema de saúde. Esse autor afirma que é um desafio “repensar o lugar da rede básica como um espaço de trabalho em saúde, a fim de se processar mudanças efetivas nos modelos de atenção à saúde” e neste sentido, se faz necessário contemplar dentre outros aspectos a ampliação do cardápio tecnológico de ações de saúde, articulando as ações de caráter individual e coletivo que possam atender às distintas dimensões das necessidades e problemas de saúde; a compreensão e a ação de tomar os “estabelecimentos prestadores de serviços de saúde como uma rede de serviços articulada tecnologicamente, nos quais podem-se gerar distintas opções tecnológicas, de âmbito individual e/ou coletivo” (MERHY, 1997, p.227)

articulando-os e ordenando-os na perspectiva do acolhimento, vinculação, responsabilização e compromisso com o usuário.

Outro argumento a ser considerado é aquele desenvolvido por Testa (1992, p.160) que diferencia substancialmente a “atenção primária” de uma “atenção primitiva”, esta última entendida como uma modalidade de atenção destinada a grupos socialmente desassistidos, carente de equipamentos de saúde e de recursos assistenciais, tanto estruturais quanto processuais.

Dessa forma, deve existir a opção consciente do gestor pela ABS, enquanto política institucional garantindo que a organização do sistema de serviços de saúde não a transforme em uma atenção dirigida a populações pobres, com uma oferta de ações de baixa tecnologia e baixo custo, por uma equipe de saúde desqualificada, tornando-se um ponto isolado dentro do sistema de atenção, incapaz de prestar atenção continuada às pessoas e de responsabilizar-se por uma determinada população. Neste modo de construção, ela tornar-se-ia, então, na citação de Vuori (1985), Mendes (2002) e da OPAS (2005), uma modalidade assistencial denominada de “atenção primária seletiva.”

Importante, neste momento, salientar que existem relatos satisfatórios de sistemas de saúde que optaram por esta organização da atenção e que consolidam a potencialidade estruturante da ABS.

No cenário internacional, temos exemplos de países com uma forte organização da atenção primária (Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Países Baixos e Espanha) registrando possibilidades de melhores resultados no nível de saúde da comunidade, mensurados por meio de indicadores de saúde, gasto *per capita* em saúde, satisfação do usuário, gasto *per capita* com medicamentos, quando

comparados a países que não dispõem da mesma orientação (STARFIELD, 2002, p. 34).

No contexto nacional, experiências exitosas de municípios que estão em processo de reorientação do sistema de saúde a partir da ABS, tais como, Curitiba (PR), Vitória da Conquista (BA), Sobral (CE), Ibiá (MG) e Niterói (RJ) também merecem citação, no sentido de reafirmarem e incentivarem os gestores que estão escolhendo esta direção para os sistemas de saúde locais (SECLen-PALACIN, 2004). Não obstante a constatação de que tais cidades tiveram impactos positivos no nível de saúde de suas comunidades, ainda existem desafios e dificuldades a serem vencidos na perspectiva de consolidação deste modo de organização da atenção à saúde.

Diante dessas considerações podemos inferir que a potencialidade transformadora da ABS surge na medida em que vínculos entre serviços de saúde e usuários são criados, a equipe de saúde é qualificada tendo condições de fazer o manejo de um conjunto amplo de problemas e de responsabilizar-se pela promoção, prevenção e assistência de uma população adstrita, efetuando-se a integração deste componente do sistema com os demais, no momento da coordenação da atenção, e com outros setores da sociedade, no exercício da intersectorialidade preconizada pelo SUS.

Starfield (2002) coloca que para o desempenho dessas funções no sistema de saúde, a ABS precisa desenvolver elementos estruturais, processuais e atributos que lhe permitam transformar o seu potencial em ações efetivas. A autora identifica como **elementos estruturais** da ABS: a acessibilidade, a variedade de serviços, a definição da população eletiva e a continuidade do cuidado.

A **acessibilidade** da ABS engloba a geografia e a disponibilidade para o atendimento da população, ou seja, localização da unidade de saúde, dias e horários de atendimento. A **variedade de serviços** diz respeito às possibilidades de atendimento que a população encontra e acredita estar disponível na unidade de saúde. A **definição da população eletiva** refere-se ao quanto a unidade de saúde pode identificar a população sob sua responsabilidade e ao mesmo tempo o quanto esta clientela se sente parte desta população. A **continuidade da atenção básica** relaciona-se às formas de oferta da atenção para sucessivas demandas da população.

Como elementos do **processo de atenção**, a autora descreve a **utilização dos serviços de saúde** pela população, considerando a extensão e o tipo de uso deste serviço e o **reconhecimento de necessidade ou problema de saúde** pelo serviço.

A combinação de elementos estruturais e processuais permite a **mensuração dos atributos** da atenção primária classificados por Starfield (2002) em: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A **atenção ao primeiro contato** é descrita pela autora como o local ou pessoa que atua como a porta de entrada para sistema de saúde, a **longitudinalidade** é compreendida, na atenção básica, como uma relação regular estendida no tempo entre a equipe de saúde de uma unidade e os usuários nela atendidos e, a **coordenação** como a disponibilidade do conjunto de informações sobre o paciente e sua história no sistema de saúde, o reconhecimento destas informações e a atenção das mesmas ao episódio atual que levou o usuário ao serviço de saúde. Este atributo, quando bem gerenciado, influencia diretamente no sucesso dos demais atributos da ABS.

No desenvolvimento da discussão, no entanto, iremos nos ater ao aprofundamento do conceito do atributo **integralidade** na perspectiva de retomarmos a reflexão da ABS e seu papel de ordenadora do sistema de serviços de saúde.

O atributo da **integralidade**, conceitualmente, tem grande abrangência e pode ser percebido como mudança das práticas de saúde e, também como a capacidade da atenção básica de tornar possível aos usuários nela atendidos o acesso a todos os recursos disponíveis tendo em vista os seus problemas, mesmo que estes não sejam ofertados em suas unidades, incluindo condições assistenciais localizadas nos demais pontos do sistema, bem como, ações e serviços ofertados na própria comunidade. Se tomarmos por foco o segundo aspecto do atributo integralidade, verificamos que a ABS detém potência para interferir no modo de organização e articulação das práticas do sistema de atenção, favorecendo a satisfação dos problemas de saúde dos usuários e garantindo o acesso a uma atenção integral.

Retomando o terceiro objetivo de um sistema integrado de serviços de saúde, a equidade da atenção, citamos Luchese (2003, p. 439) que resgata o conceito descrito por Whitehead (1992)

equidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar seu potencial, se isso puder ser evitado.

As interpretações do conceito de equidade na atenção em um sistema integrado de serviços de saúde são várias, mas, parece-nos importante destacar aquela que permite que seja introduzido nas reflexões acerca dos desenhos organizacionais de sistemas de atenção à saúde, o conceito de discriminação positiva, ou seja, dar mais àquele que mais necessita (ROVERE, 1999).

A equidade na atenção, ainda, pode ser compreendida como o alcance das pessoas às mesmas possibilidades de serviços de semelhante qualidade.

Para o cumprimento dessas funções a ABS precisa dar conta do reconhecimento das necessidades e problemas de saúde que a ela chegam ou que por ela são identificados e de suas complexidades, além de responsabilizar-se por uma articulação funcional que garanta o acesso aos demais componentes da rede de atenção e o fluxo de contra-referência, permitindo o desenvolvimento dos atributos da longitudinalidade e da coordenação.

Ora, para que a atenção básica seja capaz de alcançar sua máxima resolubilidade, qual a prática a ser desenvolvida pela equipe de saúde e a qual a disponibilidade de recursos tecnológicos necessária para este componente do sistema? Parece-nos pertinente que esta situação seja problematizada a fim de que possamos detalhar e aprofundar nosso olhar para as novas possibilidades de intervenção na ABS, considerando-a como eixo ordenador do modelo assistencial. Talvez a aproximação a alguns conceitos tais como, a clínica ampliada, o acolhimento com classificação de risco, a gestão participativa/co-gestão, a equipe de referência e de apoio matricial, o prontuário transdisciplinar e o projeto terapêutico, presentes na Política Nacional de Humanização (PNH) possam favorecer uma reflexão das equipes de saúde acerca das mobilizações necessárias à construção de novos saberes e práticas na ABS.

Outra possibilidade presente, no atual momento do SUS local, é a consolidação das parcerias entre o setor saúde e as instituições de ensino com vistas à qualificação da atenção e também do processo de formação de recursos humanos para o sistema público de saúde. O estreitamento desta relação entre serviço e instituições de ensino, tanto pode beneficiar a atualização dos trabalhadores da rede com melhora da qualidade do atendimento ao usuário, quanto interferir na formação mais ampliada de recursos humanos para o setor.

Esta parceria pode contribuir para o deslocamento do eixo de ensino-aprendizagem das graduações da área da saúde, fortemente centrado na individualidade, no biológico, na especialização e no ambiente hospitalar, principalmente, para o território da atenção básica que considera a dinâmica do processo saúde-doença como resultante da determinação de condições sociais, econômicas, culturais, psicológicas e epidemiológicas. Importante que tanto o gestor quanto o aparelho formador reflitam sobre a formação de recursos humanos para o setor saúde. O processo de formação precisa desenvolver a capacidade de atendimento das necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das práticas de gestão e não só do tratamento de doenças. Este é um interesse essencial do SUS intimamente relacionado à sua sustentabilidade.

Clareia-se, dessa forma, a exigência de novas práticas e tecnologias para o setor saúde, que articuladas a um projeto técnico político possam instrumentalizar a ABS atendendo aos seus preceitos na direção de respeito aos direitos de cidadania (WHO, 2000).

Nesse sentido, buscamos a mais recente orientação do Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM 399/06, que traz **O Pacto pela Saúde 2006**, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 26/01/2006, e assinado conjuntamente, pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Do Pacto pela Saúde 2006, composto por três pactos, *Pacto pela Vida*, *Pacto de Gestão* e *Pacto em Defesa do SUS*, destacamos de um dos itens que compõe o *Pacto de Gestão*, 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.

Importa, neste momento, reconhecermos que o sistema público de saúde do Brasil convive, há tempos, com a regulação se tomamos a compreensão de processo de regulação de acordo com a citação de Santos e Merhy (2006, p.2)

Intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde

Esta afirmação pode portar veracidade se entendemos que foram estabelecidas regras, normatizações e critérios para a utilização dos serviços de saúde pelos usuários e para a rede prestadora de serviços, no modelo admitido pelo sistema de saúde brasileiro, desde as caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) e do início do processo de descentralização com o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (SANTOS; MERHY, 2006; FORSTER; FERREIRA, 2005).

Com a criação do SUS a ação regulatória permaneceu e parece fazer sentido à reflexão colocada pelos autores citados acima de que

Não existe sistema sem regulação, a diferença se estabelece sobre as premissas e disputas que orientam a regulação existente (SANTOS; MERHY, 2006, p.4)

O alerta pode ser dirigido aos gestores, trabalhadores e usuários para que não haja descuido no momento da definição das bases da política de saúde local/regional e fiquem explicitadas as opções que alicerçam as propostas de intervenção: o atendimento dos preceitos da Reforma Sanitária consolidados no SUS no que tange a universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde ou o atendimento de interesses do setor privado.

Isto posto, passamos a diferenciação entre **macrorregulação** que envolve mecanismos estratégicos de gestão (plano de saúde e projetos prioritários,

interface com o controle social, políticas orçamentárias e de recursos humanos, desenvolvimento da intersetorialidade e contratualização de serviços de saúde privados) e **microrregulação ou regulação assistencial** relacionada à operacionalização do acesso dos usuários às ações e serviços de saúde embasada nas regras determinadas pela macrorregulação (SANTOS; MERHY, 2006).

Assim, a **microrregulação** ou **regulação assistencial** pretende ajustar a oferta de ações e serviços de saúde de forma equânime, oportuna, ordenada e racional aos problemas de saúde mais imediatos dos usuários do SUS operacionalizando o acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, o Complexo Regulador apresenta-se como uma intervenção potencialmente capaz de contribuir com a conquista da acessibilidade e da equidade na utilização dos recursos assistenciais.

O SUS dispõe, em nossos dias, de vários mecanismos e instrumentos que precisam de aperfeiçoamento, maior articulação entre si e que carecem de serem apropriados pelos atores do setor saúde no desenvolvimento da política de saúde local/regional. Estas condições estão intimamente relacionadas à qualificação da gestão pública, no tocante às ações de programação, controle, regulação, avaliação e auditoria. Podemos citar dentre estes mecanismos e instrumentos os seguintes: o acompanhamento dos orçamentos públicos de saúde por meio do Sistema de Informação de Orçamento Público de Saúde - SIOPS, o cadastro das unidades prestadoras de serviço por meio Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, a contratualização dos prestadores de serviços (política nacional de contratualização de hospitais filantrópicos e de ensino), as bases de dados nacionais, entre elas, o Sistema de informação

Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH), todos os sistemas de notificação de mortalidade e agravos, as autorizações para a execução de procedimentos – Autorização para Procedimentos de Alta complexidade (APAC) e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), o financiamento do sistema, a programação pactuada e integrada (PPI), o plano de saúde e o monitoramento e avaliação do sistema de saúde (SANTOS; MERHY, 2006). Mais recentemente, o Ministério da Saúde propôs a implantação de Complexos Reguladores como instrumentos para incrementar e aperfeiçoar o processo de regulação assistencial do sistema de saúde.

Em documentos oficiais o Ministério da Saúde traz o conceito de regulação assistencial como sendo “o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes” (BRASIL, 2006a).

Sendo assim, a estratégia do Complexo Regulador nos remete a

concepção que institui ao poder público, o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas e às necessidades de saúde nos diferentes níveis e etapas do processo de assistência e vigilância, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (BRASIL, 2000a).

Nesta lógica, consideramos que o Complexo Regulador, na medida em que se traduz em instrumento da microrregulação, possa colaborar para a garantia do acesso e da equidade, em um modelo de organização da atenção que faça a opção pela centralidade no usuário e em suas necessidades, tendo a ABS como ordenadora e coordenadora deste processo.

2) Objetivos

Considerando as questões aqui colocadas tem-se como objetivo desta investigação *avaliar as repercussões da implantação do Complexo Regulador dos Serviços de Atenção e Vigilância em Saúde na organização do sistema público de saúde do município de Ribeirão Preto-SP.*

2.1) Objetivos específicos

- Avaliar o alcance do Complexo Regulador dos Serviços de Atenção e Vigilância em Saúde do Sistema Público de Saúde, de Ribeirão Preto-SP, de acordo com a dimensão cobertura, nos anos de 2004, 2005 e 2006.
- Avaliar o efeito do Complexo Regulador dos Serviços de Atenção e Vigilância da Saúde do Sistema Público de Saúde, de Ribeirão Preto-SP, de acordo com a dimensão efetividade social^{2*}.

² O conceito de efetividade social será apresentado no desenvolvimento do estudo.

3) O aporte teórico e o percurso metodológico

3.1) O aporte da avaliação

O processo de planejamento em saúde é constituído por cinco etapas a serem construídas pelos distintos atores responsáveis por sua discussão e elaboração: a identificação de necessidades e problemas, o estabelecimento de prioridades, a elaboração de um plano ou programa de saúde, a execução do plano e sua avaliação, na perspectiva de conhecer os meios adequados a serem empregados para o alcance da situação desejada na realidade dos sistemas de serviços de saúde (FORSTER; FERREIRA, 2005).

Forster e Ferreira (2005, p.299) também destacam características do desenvolvimento do processo de planejamento em saúde e a importância da etapa de avaliação

[...] O processo de planejamento é cíclico e contínuo, [...] a avaliação, dentro do planejamento, fornece informações para a decisão de reformulação do plano, uma vez que a situação de saúde da comunidade é dinâmica.

O entendimento do dinamismo do processo de planejamento é fundamental para que, durante seu desenvolvimento, haja, também, um acompanhamento sistemático de todos os momentos deste processo, ação que podemos denominar de monitoramento. O monitoramento, então, por meio do manejo de informações, de forma rápida e oportuna, tem a habilidade de conferir maior consistência à avaliação e, conseqüentemente, maior segurança aos gestores no momento de suas escolhas e decisões.

Segundo Uchimura e Bosi (2002, p.1563), diversos trabalhos vêm concebendo a avaliação como “uma modalidade de pesquisa que se utiliza de

métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa e determinados resultados.”

Por sua vez, Motta (1989) define o conceito de avaliação como “processo de produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos.” Desse modo, avaliar consiste fundamentalmente em investigar e sistematizar conhecimentos para fazer julgamento de valor de uma intervenção com o objetivo de auxiliar a tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Nos dias atuais, a avaliação comporta a interdisciplinaridade com o surgimento de propostas metodológicas a serem incorporadas no desenvolvimento da pesquisa de avaliação no sentido de apontar a efetividade e os resultados de uma intervenção, e também de melhorar a qualidade dos serviços.

Contandriopoulos et al. (1997) tipificam o processo avaliativo em, a *avaliação normativa* e em *pesquisa avaliativa* a depender da relação de o julgamento decorrer da aplicação de critérios e normas ou de um procedimento científico, respectivamente.

A *pesquisa avaliativa* busca por meio de um procedimento científico analisar e julgar as relações existentes entre os componentes de uma intervenção enquanto, a *avaliação normativa*, a partir de critérios e normas, examina e emite juízo acerca de cada componente da intervenção: estrutura, processo e resultado (CONTANDRIOPOULOS et. al., 1997).

Podemos dizer que quando propomos uma pesquisa de avaliação em saúde existe, ainda que não explicitamente, o interesse pelo conhecimento da qualidade do resultado de uma intervenção decorrente da prática profissional e dos serviços de saúde. Donabedian (1978, p.856) cita que

o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Esse autor desenvolveu um modelo teórico para a avaliação em saúde, a partir da concepção sistêmica, que considera na aferição da qualidade do cuidado, os componentes “estrutura, processo e resultado.” (DONABEDIAN, 1966)

Na apreciação da “estrutura” reconhecemos em que medida os recursos (instrumentos, condições físicas e organizacionais) são empregados para atingir os resultados esperados na produção do cuidado. Este tipo de abordagem, geralmente, é utilizado nos processos de acreditação de instituições.

A apreciação do “processo” contempla o conjunto de ações/atividades desenvolvidas na relação entre profissionais de saúde e os pacientes, enquanto a avaliação do “resultado” se ocuparia de analisar as mudanças ocorridas no estado de saúde dos pacientes relacionadas à produção do cuidado.

O trabalho de Donabedian foi pioneiro e embasou diversos outros autores no aprofundamento do estudo sobre a avaliação da qualidade em saúde. O próprio autor, contudo, reconhece limitações do modelo por ele elaborado e alerta que dificuldades para seu emprego tornam-se mais evidentes quando, no desenvolvimento das pesquisas, o aspecto clínico da produção do cuidado é pouco considerado.

Draibe (2001, p.15), ao se referir ao tipo e à natureza das pesquisas de avaliação, pontua que

O tipo e a natureza de uma dada pesquisa de avaliação são definidos em um campo bastante complexo de alternativas, referentes, cada uma delas, a distintas dimensões, momentos e etapas do programa ou da política que se pretende avaliar.

A avaliação de resultados justifica-se na necessidade de conhecermos qual o “produto” da intervenção na realidade, em que medida e com que qualidade os objetivos propostos foram cumpridos. O monitoramento e a própria avaliação do resultado podem ser realizados por meio da construção de critérios e de indicadores quantitativos e qualitativos a serem confrontados com os produtos da intervenção.

Alguns autores propõem a análise de desempenho, impacto e efeito como possibilidades da aferição de resultado decorrente da intervenção. Nesta lógica, o emprego do termo desempenho estaria mais relacionado à avaliação do resultado “propriamente dito” ou do produto da intervenção investigada. A avaliação de impacto traduziria a alteração efetiva causada na realidade por meio da intervenção, enquanto, a avaliação dos efeitos abrangeria as alterações no meio social e institucional provocadas pela intervenção (DRAIBE, 2001). Importante ponderar a dificuldade, no caso da saúde, para realização da avaliação dos efeitos de uma intervenção dada a complexidade dos determinantes do processo saúde-doença.

Cada tipo de resultado pode ser aferido por um conjunto de indicadores quantitativos ou qualitativos elaborados adequadamente para cada atributo a ser mensurado.

Indicador pode ser entendido como “ uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar. Ele é, portanto, válido para o contexto específico do que se quer avaliar” (TANAKA; MELO, 2001, p.19).

É certo que a avaliação constitui-se peça fundamental para o sucesso da implantação do plano de saúde, mas, em contrapartida existe a constatação de

que ela ainda não se traduz em prática usual, sistematizada, na realidade da maioria dos sistemas de serviços públicos de saúde.

Dessa forma, Hartz (1999, p. 341) cita como um dos eixos da tendência do processo de avaliação a “obrigatoriedade de dispositivos institucionais que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e utilidade do produto final.”

A autora descreve, ainda, como poderia ser o caminho da institucionalização da avaliação, nos serviços de saúde, ressaltando a importância de integração do processo avaliativo ao sistema de organização das instituições que a permita tornar-se ferramenta inovadora e capaz de produzir mudanças.

[...] Institucionalizar a avaliação tem aqui o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. [...] A decisão de institucionalizar a avaliação exige que seja definida uma “política de avaliação para a avaliação de políticas” com um mínimo de diretrizes: os propósitos e recursos atribuídos à avaliação (estrutura); a localização e abordagens metodológicas da(s) instância(s) de avaliação (prática), as relações estabelecidas com a gestão e a tomada de decisão (utilização) (HARTZ, 2002, p.419).

No entanto, Contandriopoulos (2006, p.708-709), a nosso ver, estende esse reconhecimento necessário da institucionalização da avaliação ou da concepção e da implantação de uma “cultura de avaliação” nas instituições, instigando-nos a uma reflexão profícua acerca da pertinência da avaliação, nos planos individual e coletivo dos atores do sistema de saúde

[...] Quanto mais um ator estiver convicto de que a melhora do desempenho do sistema passa por uma melhora do processo de decisão, quanto mais ele achar que esta melhora depende da existência de informações válidas sobre as intervenções deste sistema, mais pertinente lhe parecerá a institucionalização da avaliação. No plano coletivo, a pertinência da avaliação é tanto maior quanto a aliança de interesses que se cria em torno dela. [...] para que a avaliação desempenhe um papel nas decisões que estruturam o sistema de saúde não é suficiente que um ator esteja pessoalmente convencido da importância dos resultados obtidos; é necessário que um grande número de atores esteja convencido disto. Sem uma mobilização desta ordem, a avaliação não será verdadeiramente veículo de mudança.

Nesse sentido, identificamos como mais um desafio para o gestor a institucionalização do processo avaliativo, tornando a avaliação e seus produtos como subsídios concretos para ação decisória, zelando para que ela não assuma apenas um papel de “guia racional das escolhas nas instâncias decisórias” mas, sendo um instrumento de transformação que permita a “ todos os atores desenvolverem sua cultura democrática.” (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p.710).

Portanto, propomos um estudo de avaliação em duas vertentes: avaliação normativa e pesquisa avaliativa para apreciar as repercussões da implantação do “Complexo Regulador do Sistema de Serviços de Saúde de Ribeirão Preto-SP”, intervenção definida como objeto deste estudo.

3.2) O percurso metodológico

No desenvolvimento do estudo, executamos uma avaliação normativa empregando a abordagem quantitativa para o cumprimento do primeiro objetivo específico, de avaliar o alcance do CR de acordo com a dimensão cobertura. Para o cumprimento do segundo objetivo específico executamos uma pesquisa avaliativa, no tipo análise estratégica (MINAYO, 1998, p.26), por meio da abordagem qualitativa. Nesse objetivo pretendemos avaliar o efeito do CR de acordo com dimensão efetividade social. Cabe, neste momento, discorrermos um pouco sobre o conceito de efetividade social.

Draibe (2001, p.37) conceitua *efetividade social* como a “capacidade do programa em afetar o capital social do meio em que se realiza, em especial a rede de articulações e parcerias específicas que facilitam sua execução. O conceito remete também aos níveis de adesão e satisfação dos agentes implementadores e da população alvo”. Nesta lógica avaliamos a efetividade social quando analisamos as implicações da intervenção em relação aos sujeitos

deste estudo, trabalhadores do CR, concebidos como uma parcela do capital social diretamente envolvida na implantação da intervenção. Reconhecemos, então, os trabalhadores do CR, sujeitos deste trabalho, como agentes implementadores da intervenção sobre a qual debruçamos nosso olhar.

Adotamos a abordagem quanti-qualitativa para o cumprimento dos objetivos propostos, pois compartilhamos da idéia que as abordagens qualitativa e quantitativa não sejam excludentes ou antagônicas, ao contrário, possam exprimir uma complementaridade e uma integração possibilitando ao pesquisador abarcar tanto em extensão quanto em profundidade o objeto de sua investigação na singularidade e diversidade do campo da saúde (MINAYO; SANCHES, 1993, p.247).

Segundo Deslandes e Assis (2003, p.195), essa questão já vem sendo alvo de debates nacional e internacional desde a década de 1990, e apontam que a contribuição da articulação e interação entre a abordagem qualitativa e quantitativa advém exatamente de suas diferenças.

A “*compreensão/explicação em profundidade*”, possibilitada pela abordagem qualitativa, permite uma aproximação a um cenário complexo como o vivenciado pelos atores envolvidos com a constituição e a prática cotidiana do Complexo Regulador, assim como pelos usuários dos serviços de saúde que em sua jornada por atenção à assistência de saúde, a qual envolve um conjunto de valores, crenças, hábitos e atitudes, práticas, distintas lógicas de ação presentes em sua vida, podem expressar satisfação em relação a esta assistência.

Por outro lado, a “*explicação em extensão*” agrega no nível populacional sujeitos, expostos/vulneráveis a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde, envolvendo a forma como adoecem, como demandam atenção e cuidado,

assim como as formas de monitoramento que os serviços de saúde podem utilizar para a avaliação dos resultados das ações propostas.

As autoras, ainda, argumentam que não se trata de uma oposição, ou seja, “opor superficialmente, micro a macro, profundidade a superficialidade, ou particular a geral. Mais que oposições binárias, portanto, simplórias, o quantitativo e o qualitativo traduzem, cada qual a sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo” presentes nos processos de saúde-doença-cuidado e gestão de serviços de saúde (DESLANDES; ASSIS, 2003, p.195).

Ainda as afirmações de Tanaka e Melo (2004) terão que ser consideradas, quando apontam ser aconselhável adotar, nos processos avaliativos, o uso simultâneo das abordagens qualitativa e quantitativa, pois considerando a heterogeneidade e complexidade dos serviços de saúde, esta articulação pode possibilitar compreender em maior profundidade a dinâmica interna do fenômeno avaliado e, por conseguinte, entender o significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados.

Finalmente, Deslandes e Assis, apoiadas em Denzin (1973), afirmam que a “*triangulação de métodos*” permite a inserção de múltiplas técnicas, observadores e métodos para ampliar as referências e olhares sobre certa realidade social que se busca investigar. Nessa perspectiva os métodos quantitativo e qualitativo se articulam “buscando compreender a extensividade e a intensividade dos processos sociais.” (DESLANDES; ASSIS, 2003, p.215)

3.2.1) O cenário da pesquisa

Em função dos objetivos colocados para o presente estudo, optou-se por ter como cenário, no município de Ribeirão Preto, o Complexo Regulador, implantado no nível central da Secretaria Municipal da Saúde, em seu espaço funcional e

organizacional de operação das ações regulatórias do sistema de atenção, onde também se processam as relações de trabalho.

3.2.2) As fontes de dados e os sujeitos da pesquisa

3.2.2.1) As fontes de dados

Foram utilizadas nesta investigação, na coleta de dados, fontes primárias e secundárias. As fontes primárias de dados foram produzidas junto aos **trabalhadores** que atuam na gestão e no nível operacional do Complexo Regulador (médicos, odontólogos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e administrativos). As fontes secundárias de dados para o desenvolvimento da pesquisa se constituíram em: documentos oficiais existentes sobre o Complexo Regulador disponíveis na SMS-RP, o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH) do DATASUS/ Ministério da Saúde, Atas do Conselho Municipal de Saúde, Atas da Comissão Intergestores Regional e artigos de jornais locais.

3.2.2.2) os sujeitos da pesquisa

Identificamos como sujeitos da pesquisa os **trabalhadores** que atuavam no nível operacional e de gestão do Complexo Regulador. Cabe o esclarecimento de que toda a organização do processo regulatório envolvendo as funções administrativas, operacionais de agendamento, fomento de discussões técnicas, articulação com os prestadores de serviços, entre outras, que não envolvam o ato de regulação médica, são de responsabilidade dos profissionais que assumem a função de coordenação. O conjunto dos trabalhadores que compunham a equipe do CR, no momento da pesquisa, pode ser visualizado pelo Quadro 1.

Centrais de Regulação	Nº Coordenação/ Categoria profissional			Nº de Reguladores/ Categoria Profissional		Nº Apoio Técnico/Categoria Profissional		
	Médico	Enferm	Odont	Médico	Odont	Enferm e Médico	Aux Enferm /Dig	Aux. Admin
Consultas Médicas		01		04		01	04	04
Consultas Odontológicas			01		02			
Internações Eletivas	01							
Exames Especializados		01		03		01		
TOTAL	01	02	01	07	02	02	04	04

* Coordenação Geral: 1 médica

Quadro 1- Distribuição das novas centrais de regulação em atividade, coordenadores, reguladores, equipe administrativa por categoria profissional, Complexo Regulador, Ribeirão Preto-SP, 2006

3.2.2.3) As técnicas e os instrumentos da coleta de dados

✓ Abordagem quantitativa

Para a coleta dos *dados das fontes secundárias*, elaboramos uma planilha específica, constando os dados para a construção de indicadores de resultado que auxiliaram a análise da dimensão cobertura para o cumprimento do primeiro objetivo específico proposto. Importante dizer que adotamos a referência da Portaria 1101/02 que define parâmetros de cobertura como "aqueles destinados a estimar necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido." Na construção destes indicadores, utilizamos as seguintes fontes secundárias: os sistemas de informação ambulatorial (SIA) e hospitalar (SIH) do DATASUS/MS, no período de 2004, 2005 e 2006. Para a coleta de dados, elaboramos instrumento específico.

Os indicadores de resultado analisados foram:

- **Taxa de Execução de Consultas Médicas Básicas (TECMB)** – Total de consultas médicas básicas (pediatria, ginecologia obstetrícia, clínica médica) realizadas na rede pública municipal própria por habitante/total de consultas médicas básicas esperadas/habitante, nos anos de 2004 a 2006.

$$\text{TECMB} = \frac{\text{Total de consultas médicas básicas realizadas}}{\text{Total de consultas médicas básicas esperadas}} \times 100$$

- **Taxa de Execução de Consultas Médicas Especializadas (TECME)** – Total de consultas médicas especializadas realizadas na rede pública municipal própria e/ou conveniada por habitante/total de consultas médicas especializadas esperadas por habitante, nos anos de 2004, 2005 e 2006. Neste indicador, optamos por calcular o percentual de execução para as especialidades médicas de cardiologia, endocrinologia por reconhecermos que uma cobertura satisfatória nestas especialidades poderia auxiliar na condução de agravos de alta prevalência no município e, para a ortopedia, a dermatologia e a oftalmologia por serem especialidades de maior “demanda” reprimida no município.

$$\text{TECME} = \frac{\text{Total de consultas especializadas realizadas}}{\text{Total de consultas especializadas esperadas}} \times 100$$

- **Taxa de Execução de Internações de Baixa e Média Complexidade (TEIBMC)** – Total de internações de baixa e média complexidade realizadas nos prestadores hospitalares conveniados ao SUS por habitante/Total de internações de baixa e média complexidade esperadas por habitante, nos anos de 2004 a 2006.

$$\text{TEIBMC} = \frac{\text{Total de internações de baixa e média complexidade realizadas}}{\text{Total de internações baixa e média complexidade esperadas}} \times 100$$

- **Taxa de Execução de Internações de Alta Complexidade (TEIAC) –**

Total de internações de alta complexidade realizadas nos prestadores hospitalares conveniados ao SUS por habitante/Total de internações de alta complexidade esperadas por habitante, nos anos de 2004 a 2006.

$\text{TEIAC} = \frac{\text{Total de internações de alta complexidade realizadas}}{\text{Total de internações de alta complexidade esperadas}} \times 100$
--

- ✓ **Abordagem Qualitativa**

Como técnica para a coleta dos *dados primários* junto aos sujeitos selecionados, trabalhadores do Complexo Regulador, utilizamos a *entrevista estruturada*.

Segundo Minayo (1994), a coleta de dados em pesquisas sociais pode ser classificada em diferentes modalidades, a depender do grau de diretividade estabelecido pelo pesquisador na estrutura do roteiro, variando desde a entrevista estruturada, passando pela semi-estruturada, até a entrevista não estruturada ou aberta, uma vez que a fala é reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, de normas e símbolos.

Nesta investigação, optamos pela utilização da *entrevista estruturada* realizada com os trabalhadores do Complexo Regulador envolvidos na operação e gestão de centrais de regulação em atividade.

Para o desenvolvimento da entrevista, construímos roteiro específico, tendo como eixo temático a implantação do Complexo Regulador do Sistema de Atenção e Vigilância da Saúde, sua função de ferramenta operacional para a atenção básica e a relação entre a intervenção proposta e os resultados alcançados (Apêndice II).

Os disparadores temáticos escolhidos para a elaboração dos instrumentos empregados nas entrevistas foram:

- posição a respeito da acessibilidade às consultas básicas, especializadas, aos procedimentos de média complexidade e às internações
- tempo de espera para a marcação das ações de saúde, cumprimento das marcações dos atendimentos
- percepção sobre a potência da intervenção em permitir a continuidade do cuidado
- percepção sobre a fluência ou bloqueio dos encaminhamentos (referência e contra-referência) entre os componentes do sistema de serviço de saúde e sua qualidade
- informações sobre a intervenção proposta e a política pública de saúde brasileira

Foram entrevistados 22 (91,6%) dos 24 (100,0) trabalhadores do CR, no momento do estudo, sendo as entrevistas realizadas no período de 20 de fevereiro a 20 de março de 2007, por um entrevistador treinado para sua realização. As entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora, para o desenvolvimento da análise.

A codificação das entrevistas foi realizada por categoria profissional e pode ser observada no quadro abaixo:

Categoria Profissional	Codificação
Médico	M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7
Enfermeiro	E1, E2, E3, E4
Cirurgião Dentista	CD1, CD2, CD3
Auxiliar de Enfermagem	AE1, AE2, AE3, AE4,
Auxiliar Administrativo	AA1, AA2, AA3, AA4
Digitadora	D1

Quadro 2- Distribuição das categorias profissionais atuantes no CR e codificação adotada nas entrevistas

3.2.2.4) Procedimentos éticos

O desenvolvimento da pesquisa contemplou o cumprimento da Resolução 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP, obtendo aprovação em 29 de agosto de 2006 (Anexo I).

A autorização para a realização do estudo foi solicitada por meio do envio de carta ao Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, gestor do SUS local, discriminando a justificativa e os objetivos da pesquisa.

A todos os participantes do estudo foi fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I).

3.2.2.5) Análise dos dados

Nesta etapa procedeu-se à análise e interpretação das informações na busca de compreensão dessas informações relacionando-as às indagações que suscitaram a investigação.

A partir dos dados coletados, por meio das entrevistas complementadas com dados secundários e do suporte teórico desta investigação, procuramos uma articulação dos mesmos, de modo que pudéssemos analisá-los abrangendo a “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo.” (TRIVIÑOS, 1995, p. 138).

Sendo assim, é importante reiterarmos que realizamos a contextualização dos dados empíricos (primários e secundários) com a política de saúde, na dimensão local, estadual e nacional.

Para a análise dos dados primários oriundos das entrevistas estruturadas, foi realizada a análise de conteúdo em sua vertente temática. Esta análise “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (MINAYO, 1998, p.209).

A análise temática considera três etapas: - A *pré-análise*: a fase de organização dos dados, onde é realizada a seleção dos documentos a serem submetidos à análise, considerando os objetivos iniciais da pesquisa; a leitura flutuante do material coletado, para constituir o *corpus*, ou seja, a busca da organização do material, de forma a responder a determinadas formas de validade: exaustividade (contemplando todos os aspectos contidos no roteiro); representatividade (a representação do universo); homogeneidade (que sejam obedecidos os critérios de escolha em relação a temas, técnicas e interlocutores);

pertinência (os documentos que forem analisados devem adequar-se aos objetivos do trabalho). - *Exploração do material*: exploração do material empírico com a realização da codificação dos dados, sendo que em primeiro lugar faz-se o recorte do texto, nas denominadas unidades de registro. Em segundo lugar, é feita a escolha das regras de contagem, ou separação dos recortes, considerando-se as convergências, divergências e o inusitado presente nestes recortes; em terceiro lugar, realizam-se a classificação e agregação dos dados em temas. - *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: consolidação das convergências, divergências e o inusitado dos dados, de modo a analisar os achados à luz do quadro teórico (MINAYO, 1998).

Finalmente, no processo de aproximação e reaproximação com o material, foram identificados quatro grandes temas que permitiram o aprofundamento da discussão sobre a estratégia do Complexo Regulador e sua relação com a organização do sistema de saúde local descrita no Plano Municipal da Saúde:

- A organização do Complexo Regulador para a garantia do acesso e da equidade
- O processo de trabalho no Complexo Regulador
- Constituição da rede solidária e
- O Complexo Regulador como ferramenta de avaliação e de gestão.

4) O complexo regulador do sistema público de serviços de saúde de Ribeirão Preto-SP

Ribeirão Preto está localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, com população estimada de 559.651 habitantes (DATASUS/TCU/2006). O município pertence à área de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII do Estado de São Paulo, antiga Direção Regional de Saúde (DIR) XVIII, na época, composta por 25 municípios e população estimada de 1.214.710 habitantes (DATASUS/TCU/2006), tendo Ribeirão Preto como sede administrativa e pólo assistencial da região. Em meados de 2007, foi incorporado ao DRS XIII, o município de Santa Rita do Passa Quatro, com população estimada de 27.848 habitantes.

4.1) Aspectos da gestão local

Do ponto de vista da gestão, é preciso que se registre que o município encontra-se em gestão plena do sistema municipal de saúde, sendo pólo assistencial regional e, portanto, referência em ações e serviços de saúde de média e alta complexidade para a população do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII). Outra característica é a presença em seu território de um hospital terciário, de alta densidade tecnológica, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), de gestão estadual, com abrangências regional, estadual e, em algumas áreas, nacional.

Podemos classificar como privilegiada a situação do município, se consideramos os setores público e privado de saúde quanto à oferta de recursos, incluindo a disponibilidade de recursos humanos qualificados, a significativa quantidade de equipamentos de saúde e o domínio de alta tecnologia nos

serviços, o que confere a Ribeirão Preto a qualidade natural de detentor das maiores possibilidades para a resolução dos problemas de saúde. Esta característica pode ser observada tanto no deslocamento espontâneo dos pacientes de outros municípios, como no encaminhamento referenciado para o sistema de saúde local.

A gestão local, no entanto, defronta-se com uma situação bastante complexa do ponto de vista de planejamento e de organização do sistema de serviços de saúde, na medida em que, embora reconhecendo sua condição de pólo assistencial, sob o ponto de vista legal, no SUS, responde, inicialmente, pela garantia de acesso a um sistema integral e equitativo para a população residente de seu território.

Todo este panorama se associa a necessidade de termos um plano de regionalização da atenção que englobe as características inovadoras na gestão do SUS, em todas as suas dimensões organizativas, entrelaçado com o modelo de atenção a ser produzido neste território regional e em cada território local do DRS XIII. Dada a complexidade da gestão e do modelo de atenção do SUS local e regional surgem demandas de incorporações de intervenções inovadoras nestes campos, que proponham avanços em direção ao suprimento destas novas tendências do sistema de saúde.

A definição do desenho do modelo de atenção à saúde local e regional passa, necessariamente, pela análise do perfil demográfico e epidemiológico da população, bem como pela compreensão e reconhecimento da influência de determinantes não biológicos no desenvolvimento do processo saúde/doença locorregional, que interferem diretamente na determinação de um modelo de atenção sintonizado às necessidades da população. Nesta ótica qual a tecnologia

a ser incorporada pelo sistema, tanto ao campo da gestão quanto na oferta de ações de saúde, para atender ao usuário e suas demandas de saúde?

A conformação do modelo de atenção nestas bases relaciona-se à constatação da dinâmica das necessidades de saúde e do constante exercício de monitoramento e avaliação das ações produzidas, atitudes fundamentais para indicar os rumos da incorporação de novas tecnologias que auxiliem o aprimoramento da gestão e qualificação do sistema de saúde

Tais fatos remetem-nos também à questão do financiamento do sistema como elemento importante nas discussões sobre a regionalização da atenção no território do DRS XIII, destacando o papel do município-pólo e a necessidade da coesão regional de forma cooperativa e solidária e cuja progressão depende, de acordo com o Ministério da Saúde, “de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, estabelecendo os colegiados de gestão regional como espaços ativos de co-gestão e estimulando estados e municípios a potencializar seus trabalhos, em uma dinâmica de regionalização viva!” (BRASIL, 2006d, p.10)

Muito embora a questão do financiamento não seja o tema central deste estudo, é importante lembrar que a gestão do sistema implica no planejamento / programação, execução e avaliação da atenção e, conseqüentemente, na aplicação eficiente do recurso público para a implantação e qualificação das ações de saúde eleitas no Plano Municipal de Saúde.

Nesta direção, enquanto não operamos concretamente a construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI), bem como, da Programação Pactuada e Integrada (PPI), definida pelo Ministério da Saúde como um instrumento “onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os

pactos intergestores para a garantia do acesso da população aos serviços de saúde. [...] tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e, definir a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios” (BRASIL, 2006e), os responsáveis pela gestão têm uma razão ainda mais premente quanto à definição de novas estratégias, como a do Complexo Regulador, que orientem a programação assistencial e a alocação eficiente dos recursos buscando facilitar o acesso integral, hierarquizado, resolutivo e equitativo ao sistema de atenção à saúde.

Na construção da programação da atenção os perfis demográfico e epidemiológico da população locorregional devem servir de instrumentos que contribuam para o processo de conhecimento das necessidades de saúde e de planejamento e programação das ações.

4.2) Informações demográficas e epidemiológicas do município

O Plano Municipal da Saúde 2005-2008 trouxe uma discussão sobre a transição demográfica do município. Os dados apontaram um intenso crescimento da população nas décadas de setenta e oitenta, explicado pelo fato de Ribeirão Preto ter se mantido como um pólo de atração populacional registrando um fluxo migratório importante dentro do Estado de São Paulo. No entanto, a taxa média de crescimento populacional diminuiu entre 1991 e 2000, ficando abaixo da taxa média de crescimento do Estado. Os registros populacionais apontam para um envelhecimento da população ribeirãopretana e um afluxo de migrantes para o município, neste período. Em nossos dias, apesar do crescimento populacional ainda sofrer influência do processo migratório as estimativas apontam para um crescimento mais equilibrado da população. Este comportamento demográfico

precisa ser analisado e interfere diretamente no dimensionamento dos serviços públicos de saúde. A população feminina estimada, em 2007, corresponde a aproximadamente 52% do total da população, enquanto a masculina a aproximadamente 48% (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

No que diz respeito aos indicadores epidemiológicos, o Relatório de Gestão 2006, da Secretaria Municipal da Saúde, revelou que estes, no ano de 2006, mantiveram índices que apontaram uma boa qualidade de vida da população. Dentre os indicadores foram destacados o Indicador de Mortalidade Proporcional ou *Curva de Nelson Moraes* e a *Razão de Mortalidade Proporcional* ou *Indicador de Swaroop-Uemura*.

O Indicador de Mortalidade Proporcional ou *Curva de Nelson Moraes* foi classificado como **Tipo IV- Nível de Saúde Elevado**, com a ocorrência do maior número de óbitos na faixa etária de 50 anos ou mais.

A *Razão de Mortalidade Proporcional* ou *Indicador de Swaroop-Uemura* foi de 80%, classificada como **Nível Característico de Regiões Desenvolvidas**. Este indicador apresentou um crescimento quando comparado aos anos anteriores: 77,8% em 2004; 78% em 2005 e 80% em 2006. Tal ocorrência pode ser interpretada como satisfatória para o município, pois se espera que quanto melhor a qualidade de vida, maior a proporção de pessoas que atingem idades avançadas. O relatório destacou, ainda, que 52% dos óbitos ocorridos, em 2006, foram de pessoas com idade acima de 70 anos.

O *Coeficiente de Mortalidade Geral* do município, em 2006, foi de 597,87 óbitos/100.000 habitantes, apresentando elevação, se comparado ao ano de 2005 que foi de 579,89 óbitos/100.000 habitantes.

Quanto às principais causas de mortalidade do município, em 2006, as doenças do aparelho circulatório seguidas pelas neoplasias, doenças respiratórias e causas externas registraram os maiores coeficientes, mantendo-se a mesma distribuição registrada, em 2004 e 2005. O maior número de óbitos ocorreu no sexo masculino correspondendo a 54,78% do total de óbitos ocorridos no município, em 2006.

A análise do perfil de morbidade das internações ocorridas em Ribeirão Preto, em 2006, apontou que ocorreram 33.424 internações em hospitais conveniados ao SUS. Os cinco primeiros grupos que registraram os maiores coeficientes de morbidade nas internações, em 2006, segundo a CID 10, foram os seguintes: gravidez, parto e puerpério (Cap. XV), doenças do aparelho circulatório (Cap. IX), lesões e envenenamentos e conseqüências de causas externas (Cap. XIX), doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I) e neoplasias (Cap. II). Importante destacar algumas alterações nesta distribuição quando a comparamos com o ano de 2004, tais como: o grupo *XIX - lesões envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas* apareceu como o terceiro responsável por internações enquanto que, em 2004, estava na quarta colocação; o grupo *II - Neoplasias*, em 2006, foi o responsável pelo quinto maior número de internações enquanto, em 2004, aparecia na sexta colocação (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Foram do tipo Cesáreo, 55% dos partos de residentes ocorridos no município, em 2006, valores elevados como os registrados nos anos de 2004 e 2005, de 53,3% e 55,13%, respectivamente. Estes valores estão muito acima dos parâmetros sugeridos pela Portaria GM/MS nº 466/2000 (BRASIL, 2000b) que aponta para o ano 2006, a meta de no máximo 27% de partos cesáreos e bem superior ao recomendado pela OMS que é de 15%.

Em 2006, o município atingiu a meta superior a 95% de cobertura em todos os imunobiológicos. Houve o aumento da cobertura da tetravalente que passou de 93,8%, no ano 2005, para 95,1% no ano 2006.

Quanto às doenças de notificação compulsória foi registrada a ocorrência de uma epidemia de dengue, no ano 2006. Os cinco primeiros agravos com maior número de casos notificados foram: dengue, acidente escorpiônico, conjuntivite, AIDS e hepatite C.

A análise do perfil demográfico e epidemiológico pode instrumentalizar os gestores e colaborar na definição do modelo de atenção e de gestão e das estratégias de intervenção que darão corpo a política pública de saúde local.

4.3) A estrutura da rede de atenção à saúde

Além dos serviços próprios, o setor saúde do município conta com serviços públicos estaduais, serviços filantrópicos e particulares configurando a rede de atenção à saúde. A conformação da rede SUS própria, dá-se por meio de 5 distritos de saúde (norte, sul, central, leste e oeste) cuja população estimada e distribuição espacial podem ser observadas, no Quadro 3 e Figura 1, respectivamente.

DISTRITO DE SAÚDE	POPULAÇÃO ESTIMADA (HAB)
SUL	85.323
NORTE	99.744
CENTRAL	106.365
LESTE	127.092
OESTE	141.127
TOTAL	559.651

Fonte: Divisão de Planejamento em Saúde – SMS-RP, 2006

Quadro 3 – Distribuição numérica da população estimada por Distrito de Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2006

Figura 1 – Distribuição geográfica e espacial dos Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2006

Nos Distritos de Saúde, encontram-se distribuídas as unidades básicas e distritais de saúde da rede de atenção própria do município que são apresentadas no Quadro 4.

Distrito Central	UBDS “Dr. João Baptista Quartim” (Central) UBS “Nelson Barrionovo” (Campos Elíseos) PAM II “Drª Terezinha Gradim” CSE “Profª Drª Maria Herbênia Oliveira Duarte” (Vila Tibério) UBS “Wilma Delphina de Oliveira Garotti” (Vila Tibério) UBS “Prof. Dr. Jacob Renato Woiski” (João Rossi)
Distrito Norte	UBDS “Dr Sérgio Arouca” (Quintino Facci II) UBS “Alexander Fleming” (Simioni) UBS “Zeferino Vaz” (Quintino Facci I) UBS “Mário Ribeiro de Araújo” (Valentina Figueiredo) UBS “Albert Sabin” (Marincek) UBS “Oswaldo Cruz” (Vila Mariana) UBS “Dr. Rômulo Ribeiro da Costa” (Jdm Aeroporto) USF “Herbert de Souza – Betinho” (Ribeirão Verde) USF “BAC Heitor Rigon” (Heitor Rigon) UBS do Bairro Geraldo de Carvalho – ESF
Distrito Sul	UBDS “Dr Marco Antônio Sáhão” (Vila Virgínia) UBS “Dr. Luiz Phelipe Tinoco Cabral” (Adão do C. Leonel) UBS “Waldemar Barnsley Pessoa” (Pq. Rib. Preto) UBS “Dr. José Carlos Say” (Jdm Maria das Graças)
Distrito Oeste	UBDS “Dr. Joel Domingos Machado” (Sumarezinho) UBS “Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes” (Presidente Dutra) UBS “Álvaro Panazzolo” (Vila Albertina) UBS “Adalberto Teixeira Andrade” (Vila Recreio) UBS “Rubens Lisandro Nicoletti Filho” (José Sampaio) UBS “Aymar Batista Prado” (Dom Mielle) UBS “Ernesto Che Guevara” (Maria Casagrande) UBS – Ipiranga CSE – Ipiranga CMSC - Vila Lobato Núcleos de Saúde da Família (5)
Distrito Leste	UBDS “Dr Ítalo Baruffi” (Castelo Branco) UBS “José Paulo Pimenta de Mello” (Jardim Zara) UBS “Carlos Chagas” (Vila ABranches) UBS “Dr. Rubens Issa Halak” (Jardim Juliana) UBS “José Ribeiro Ferreira” (São José) UBS “Hélio Lourenço de Oliveira” (Santa Cruz) UBS “Mamoro Kobayashi” (Bonfim Paulista)

Fonte: Divisão de Planejamento em Saúde – SMS-RP, 2006

Quadro 4 – Distribuição das Unidades de Saúde da rede básica de atenção à saúde, segundo Distritos de Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2006

Dessa forma, temos cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), 28 (vinte e oito) Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 Unidades de Saúde da

Família (USF), 5 (cinco) Núcleos de Saúde da Família, 01 (um) Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59), 01 (um) Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), 02 (dois) Centros de Referência de Moléstias Infectocontagiosas, 01 (um) Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), 01 (um) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-ad), 03 (três) Ambulatórios de Saúde Mental. Encontram-se em fase de implantação mais 5 (cinco) unidades de saúde na estratégia saúde da família

O componente ambulatorial da rede pública municipal ainda conta com serviços ofertados pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP-USP (*Câmpus* e Unidade de Emergência) que presta atenção à saúde no SUS em todas as especialidades médicas, incluindo atendimento de urgência/emergência. A rede pública municipal também dispõe de atendimento ambulatorial em especialidades médicas (ortopedia, traumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, dentre outras), serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (radiologia, eletrocardiografia, eletroencefalografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, hemodinâmica, ressonância magnética, fisioterapia e quimioterapia) e assistência à urgência/emergência em hospitais conveniados/contratados ao SUS. Outros 6 (seis) Ambulatórios de Universidades privadas conveniadas ao SUS também compõem a rede pública municipal ambulatorial, com oferta de ações de saúde em Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, entre outras.

O Setor Hospitalar do município conta com 14 unidades, dentre as quais, 9 (nove) são conveniadas ao SUS, por meio de instrumento legal específico, prestando

serviços à rede pública municipal. Interessante observar que 70,4% dos leitos hospitalares existentes no município estão disponibilizados para o SUS.

O Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da SMS, atualmente, conta 8 (oito) Laboratórios de Patologia Clínica conveniados ao SUS, bem como, outros serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, próprios ou conveniados, tais como, radiologia, ultra-sonografia, eletrocardiografia, eletroencefalografia, endoscopia digestiva, entre outros.

Do ponto de vista estrutural, as Unidades de Saúde que compõem a rede pública de assistência municipal necessitam de intervenções imediatas, com proporções diferenciadas entre si, uma vez que, aproximadamente 54% destas unidades estão com mais de 10 anos de utilização, sem intervenções significativas. Nessas Unidades, em grande parte, será preciso buscar adequações arquitetônicas para atender às normas da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, assim como estabelecer espaços para novas práticas de saúde de acordo com o modelo de atenção e de gestão do município. (RIBEIRÃO PRETO, 2005a).

4.4) O complexo regulador – a intervenção proposta

4.4.1) Caracterização assistencial do município

A necessidade de organização das ações e serviços públicos de saúde, conformando uma rede regionalizada e hierarquizada, foi descrita no artigo 198 da Constituição Federal, como macrodiretriz a ser operada pelos gestores por meio da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. A hierarquização das ações de saúde relaciona-se com a capacidade resolutiva dos componentes básico, secundário e terciário do sistema

de atenção à saúde e também, com a garantia de acesso às ações de saúde, tendo em vista a classificação de necessidade e risco.

A regulação assistencial ou microrregulação apresenta-se como uma estratégia organizacional na perspectiva de operacionalização da integralidade (em uma de suas faces) e da equidade. No caso de Ribeirão Preto-SP, torna-se necessário o registro de que o início da sistematização do movimento regulatório assistencial ocorreu, em 1991, com a implantação de centrais de controle de vagas para casos de internação psiquiátricos e obstétricos na UE-HCFMRP (SANTOS et al., 2003, p.503-504). A fundamentação dessas ações foi a constatação de uma situação insalubre e desumana de atendimento, tanto para profissionais quanto para usuários, vivenciada pela UE-HCFMRP, registrando taxas de ocupação superiores a 120%. Esta condição derivou, dentre outras questões, da desorganização da assistência às urgências na região, da falta de investimento em recursos humanos e em manutenção e na inadequação tecnológica e arquitetônica da Unidade hospitalar.

Em 1999, após a feitura da permanência de um diagnóstico insatisfatório do atendimento de urgência e emergência ofertado, no município, para a população residente e referenciada pelos demais municípios da região, ocorreu um incremento no processo de regulação assistencial. Foram realizadas discussões analíticas entre representantes do gestor estadual (DRS XIII), municipal (Secretaria Municipal da Saúde), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Unidade de Emergência (UE-HCFMRP-USP) e da sociedade civil. Como produto destas discussões implantou-se, em 2000, a Regulação ao sistema de urgência, mais especificamente, na assistência hospitalar (SANTOS et al. 2003, p.506).

Santos et al. (2003, p.507) registram que

[...] A Regulação Médica começou a racionalizar a utilização dos recursos hospitalares, preservando os espaços aptos a atender a alta complexidade, garantindo o atendimento imediato às situações que colocam a vida em perigo iminente.

A implantação da Regulação Médica não foi um acontecimento isolado na Unidade Hospitalar. Pelo contrário ela fomentou a necessidade de inclusão de novas práticas gerenciais e de gestão com a adoção de várias estratégias que produziram sensível modificação na organização e na prestação da atenção às urgências na UE-HCFMRP. Alguns dos resultados desta intervenção puderam ser observados, em estudos, que apresentaram a variação de indicadores quantitativos e qualitativos, tais como: redução do número de encaminhamentos, de internações e das taxas de ocupação da UE-HCFMRP; diminuição nas internações de baixa complexidade na UE-HCFMRP reafirmado seu papel de referência em alta complexidade; implantação de uma política de humanização na unidade hospitalar com ampliação do horário de visitas, acolhimento das necessidades sociais e psicológicas do paciente e de seus familiares pelo Serviço Social diuturnamente; implantação da gestão participativa por meio de espaços coletivos de co-gestão; capacitação da equipe de saúde, investimento na ambiência da unidade hospitalar com a adequação dos espaços aos padrões sanitários vigentes, entre outros (SANTOS et al., 2003, p.507-512).

É fato que a implantação da RM produziu um impacto positivo na organização do sistema de saúde local e regional, resultando em qualificação da atenção de urgência/emergência prestada ao usuário do SUS e ratificou a potência desta ação em fornecer elementos para o aprimoramento da gestão pública (SANTOS et al., 2003, p.513). Desta forma, essa experiência foi referência e fundamentou a concepção do Complexo Regulador do município, em 2005.

Feito esse resgate histórico, deslocamos nosso foco de discussão para o momento do cenário assistencial e de acesso aos serviços de saúde, do município, que embasaram o desenvolvimento do objeto deste estudo.

A análise da organização da rede assistencial pode ser realizada por inúmeras variáveis que interferem no arranjo do sistema de saúde local. No entanto, elegemos a análise da variável consulta médica para deslocarmos nosso olhar em direção ao modelo organizacional da rede atenção à saúde municipal, tendo a clareza de que a discussão sobre este tema comporta uma dimensão muito maior do que a produção desta ação de saúde.

A análise do modelo de assistência vigente no município, em 2004, a partir da produção de consultas médicas, apontou uma produção insatisfatória de consultas básicas, em detrimento de um número elevado de consultas especializadas e de urgência (pronto-atendimento). Ou seja, quando consideramos a produção de consultas médicas na rede própria, estadual e conveniada/contratada do SUS, temos um quadro assistencial que retrata uma produção insuficiente de consultas básicas (36,5%) aliada a uma produção excessiva de consultas especializadas (33,3%) e de pronto-atendimento (30,2%) se cotejamos com os valores recomendados pela Portaria 1101/02 do Ministério da Saúde (Quadro 5).

Consultas Médicas	Produção 2004	Distribuição Percentual %	
	Nº	Esperada	Realizada
Básicas	520.281	63	36,5
Especializadas	474.654	22	33,3
Urgência, Urgência Pré-Hospitalar e Trauma	430.755	15	30,2
TOTAL	1.425.690	100,0	100,0

Quadro 5 – Produção de consultas médicas na rede SUS e distribuição percentual esperada (Portaria GM 1101/02) e realizada, Ribeirão Preto-SP, 2004

Vale lembrar que esses dados referem-se à produção de serviços próprios, estaduais e/ou conveniados ao SUS embasando, apenas, a discussão de produção e não a de oferta para o atendimento das necessidades dos usuários do sistema público de atenção à saúde.

Do ponto de vista de capacidade potencial de produção de consultas médicas na rede própria municipal, em 2004, temos demonstrado no quadro a seguir (Quadro 6) os recursos humanos médicos disponíveis, a necessidade de consultas médicas e os dados de produção de consultas médicas para a atenção básica.

No Quadro 6, podemos notar que todas as especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia - GO) apresentaram uma produção assistencial insatisfatória, em 2004, tendo a clínica médica registrado o percentual mais baixo.

Especialidade Básica	Meta de Consultas	Necessidade de RH	Produção 2004	Percentual de Execução	RH Existentes	Capacidade Potencial Produção	Percentual Potencial Execução
Clínica Médica	566.801	179	244.233	43,10	118	373.824	66,0
Pediatria	252.454	79	166.174	65,80	101	319.968	126,7
GO	206.849	65	109.874	53,11	74	234.432	113,3
Total	1.026.104	323	520.281	50,70	293	928.224	90,46

* Considerado: 12 consultas/dia em 264 dias do ano = 3.168 consultas/ano/profissional

Quadro 6 - Consultas básicas esperadas por especialidade, necessidade de recursos humanos, produção, percentual de execução na rede própria, recursos humanos existentes, capacidade potencial de produção e percentual potencial de execução, na rede própria de atenção básica, Ribeirão Preto – SP, 2004

Quando analisamos os recursos humanos médicos existentes na atenção básica para as especialidades de pediatria e ginecologia observamos que eles se encontravam acima do parâmetro recomendado, apesar de termos identificado uma baixa produtividade. Embora estejamos analisando apenas a produção de ação individual, chamou a atenção o achado de que tanto a pediatria como a ginecologia/obstetrícia teriam uma capacidade potencial de produção bem superior à registrada, o que pode ter comprometido a oferta de consultas.

Quando tomamos a especialidade clínica médica para análise, notamos que apesar de o número de profissionais corresponder a uma capacidade potencial de produção superior à registrada, existia um déficit de médicos que, teoricamente, comprometeria a execução da oferta esperada de consultas médicas para atendimento de adultos e idosos (Quadro 6), o que poderia gerar uma busca não necessária pelo atendimento de urgência/emergência e encaminhamentos excessivos e, por vezes, inadequados à atenção secundária.

Observamos que, em 2004, ocorreu uma baixa cobertura assistencial nas especialidades médicas básicas, se consideramos que o parâmetro de cobertura esperado para estas consultas médicas básicas é de 1,89 consultas por habitante/ano e que o alcançado foi de 0,95 consultas médicas básicas por habitante, em 2004.

Se retomarmos os dados apresentados no Quadro 5, poderíamos dizer que a organização do sistema de saúde, quando analisamos criticamente a produção de consultas médicas, demonstrou claramente o fortalecimento da atenção especializada e de urgência em detrimento da atenção básica. Esse fenômeno, também, tem afetado as ações de vigilância em saúde, avaliação, controle, auditoria e regulação da oferta de serviço, o que produz distorções que

precisariam ser corrigidas se pretendemos atender ao modelo de atenção proposto pelo SUS.

Deve ser enfatizado que a inobservância da diferença entre atendimento de necessidade e de demanda, se tomamos como referencial as orientações do SUS, redundou na ampliação equivocada dos serviços especializados, com prejuízo da própria atenção básica, visto que, houve ao longo dos anos, a remoção sem reposição dos médicos contratados como clínicos na rede própria para o atendimento especializado, cuja cobertura de 0,87 consultas médicas especializadas por habitante/ano está além da preconizada pela Portaria Ministerial 1101/02, que seria de 0,66 consulta por habitante/ano.

Diante desse cenário assistencial, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde (PMS), prevendo para a gestão 2005-2008 (RIBEIRÃO PRETO, 2005a), a consolidação do sistema público de saúde ancorado em diretrizes que foram, posteriormente, ratificadas no Pacto pela Saúde 2006, tais como, a ampliação e fortalecimento das ações no âmbito da ABS, a revisão de práticas de atenção e de vigilância nos diversos componentes do sistema e a ordenação do acesso aos serviços com base na análise dos problemas de saúde do usuário e da comunidade e do risco dos agravos, neste caso, incrementando a função regulatória, por meio da implantação do **COMPLEXO REGULADOR DO SISTEMA PÚBLICO MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CR)**.

4.4.2) As bases conceituais do complexo regulador

O Ministério da Saúde em suas orientações normativas define a regulação assistencial como umas das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, na medida em que permite o desenvolvimento de habilidade de resposta sistemática do sistema de serviços de saúde às demandas de saúde dos

usuários, identificando-as nos diversos componentes do sistema com o desafio de integrá-las às necessidades sociais e coletivas (BRASIL, 2000a).

Se tomamos a etimologia da palavra “regulação”, verificamos que ela significa ato ou efeito de regular. Regular deriva do latim *regulare*, e pode ser traduzido como: dirigir em harmonia com as regras ou leis; estabelecer regras para a execução de; prescrever como regra ou norma; regularizar ou tornar uniforme o movimento de; presidir, dirigir, estabelecer ordem, economia ou moderação em; regularizar; estar conforme; comedir, conter, moderar, reprimir, sustentar; aferir, comparar, confrontar; orçar por; estabelecer equilíbrio em.

Nessa perspectiva, acreditamos que o Complexo Regulador, ferramenta da ação regulatória, considerando a prerrogativa do gestor quanto à organização e à normatização do sistema, poderia incrementar o desempenho das funções gestora e assistenciais, essenciais ao ordenamento do fluxo de usuários para os diferentes componentes do sistema local, favorecendo o fortalecimento da ABS e promovendo a concretização dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade e democratização garantidos pelo SUS.

Dessa forma, a organização do CR teria de estar centrada na cobertura das respostas aos problemas de saúde dos usuários do SUS, tendo como premissas:

- Realizar uma completa análise da situação de saúde municipal;
- Integrar a totalidade da assistência, garantindo o atendimento integral e qualificado;
- Definir ações e responsabilidades de cada componente da atenção envolvido no processo de atenção à saúde;
- Instrumentalizar-se por protocolos técnicos e operacionais;
- Controlar o fluxo da demanda assistencial;

- Advogar pela melhor resposta ao problema de saúde de cada usuário;
- Dar resposta qualificada à demanda de urgência;
- Assegurar as condições necessárias à análise crítica dos resultados da gestão e da assistência, bem como, das características dos problemas de saúde;
- Ser instrumento de gestão (RIO DE JANEIRO, 2002, p.3)

Em cumprimento a esta lógica, os trabalhos para o início da intervenção deveriam ser embasados na análise dos problemas de saúde e da oferta de ações e de serviços no território municipal; na identificação das falhas na oferta quantitativa e qualitativa de ações e serviços de saúde e na definição das prioridades de saúde para constituir as bases operativas do CR, tendo como norteador o modelo de atenção pretendido.

Outro conceito, a ser trabalhado pelo CR, é o da ***hierarquização resolutiva*** compreendida como um conjunto de capacidades humanas e materiais, reunidas para desempenharem um papel que viabilize o alcance de resultados satisfatórios relativos às diretrizes do SUS.

Para tanto, o CR precisa desenvolver um conjunto de atividades:

- Definir um elenco de problemas/situações a serem tratados de forma resolutiva no componente básico do sistema, e outras situações a serem corretamente referidas aos demais componentes;
- Identificar a disponibilidade dos recursos pré-hospitalares móveis, para o atendimento de adultos e crianças, urgências clínicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;

- Ordenar as unidades do sistema, tornando viável a sua regulação, com vistas a responder aos problemas de saúde dos usuários do SUS;
- Hierarquizar os serviços hospitalares segundo seu perfil de atenção, incluindo o acesso à urgência, leitos de observação, unidades de cuidados intermediários, unidades de terapia intensiva, especialidades clínicas e cirúrgicas;
- Celebrar convênios (contratualização externa) com cada unidade prestadora de serviços ao SUS, estabelecendo as responsabilidades sanitárias e compromissos em torno de objetivos/metasp de atenção e impacto sobre a saúde da população;
- Celebrar a contratualização interna com as unidades públicas de serviços, solicitando o esforço das equipes de saúde para o alcance dos objetivos e metas pactuados;
- Informar a população sobre o que ela pode esperar de cada serviço de saúde disponível para os usuários do SUS.

O Ministério da Saúde ainda orienta que o CR deva ser composto por **Centrais de Regulação** (unidades de trabalho) necessariamente, interligadas entre si, permitindo a ordenação do fluxo de problemas/respostas e, por consequência, possibilitando ao usuário SUS relacionar-se com um sistema capaz de fornecer respostas ordenadas aos seus problemas (BRASIL, 2006c, p.6).

Cada **Central de Regulação** é uma ferramenta para a execução da função reguladora do CR contrapondo o levantamento da oferta com a capacidade de produção instalada na rede de atenção e com a demanda por ações e serviços, sendo assim capacitada para identificar as debilidades e fortalezas do sistema.

Esta análise contínua da dinâmica do sistema constitui-se a base do planejamento e programação das atividades regulatórias do CR.

As **Centrais de Regulação** ou **Unidades de Trabalho** tornam-se operacionais na medida em que regulam funções específicas do sistema, tais como, consultas médicas, exames complementares, internações e informações. Para o seu funcionamento operacional, devem ser elaborados protocolos clínicos e regulatórios, instrumental que auxilia os trabalhadores do CR no desempenho de suas atividades.

Os recursos a serem disponibilizados para o Complexo Regulador são providos pelos serviços próprios, estaduais e conveniados/contratados do Sistema Municipal de Saúde que devem ser organizados e ofertados com base no princípio da hierarquização e regionalização nos seus diferentes componentes assistenciais:

- Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família;
- Unidades Distritais de Saúde com seus Ambulatórios Especializados;
- Unidades de Pronto-atendimento;
- Hospitais Públicos de natureza estatal, filantrópica e privada com seus Ambulatórios Especializados, Unidades de Urgência, Enfermarias e Unidades Especiais (Hemodiálise, Terapia Intensiva, Unidades de Isolamento, Coronariana e de Queimados, dentre outras);
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- Serviços Complementares para diagnóstico e procedimentos por meio de imagens e exames de patologia clínica;
- Serviços de Atenção farmacêutica;
- Serviços de Vigilância à Saúde.

Na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS), o CR foi pensado para estar centralizado, na sede da instituição, comportando as unidades de trabalho que compartilhariam o mesmo espaço físico, com o intuito de otimizar e integrar as ações de regulação do sistema público de atenção e vigilância municipal, para que o usuário tenha garantida a oferta da melhor alternativa assistencial disponível para o atendimento de seu problema.

Na conformação do CR da SMS, foram previstas as seguintes centrais de regulação:

- Central de Regulação de Internações (Urgência e Eletiva)
- Central de Regulação de Consultas (básicas e especializadas)
- Central de Regulação de Exames Especializados (SADT sob controle e de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade -APAC)
- Central de Regulação Odontológica
- Central de Regulação de Oncologia, Terapia Renal Substitutiva e Urgências Psiquiátricas
- Central de Vigilância da Saúde (Orientações/Informações ao usuário do SUS)

Desse modo, o CR tem de reunir as orientações e informações sobre os recursos de saúde, bem como possibilitar aos trabalhadores da saúde a ele vinculados a ordenação ao acesso a ações e serviços, em função dos problemas do usuário, em tempo real, utilizando-se dos recursos da telefonia, do fax ou Internet, viabilizando a comunicação entre os trabalhadores que atuam nos componentes do sistema e também com os usuários.

No entanto, todo o esforço deve ser realizado para que esta proposta de regulação não se restrinja a um agrupamento de centrais de regulação, que no entender de Mendes (2002, p.33) representaria uma “visão estreita da macrofunção

regulatória estatal” por meio da “[...] proposta, já bem difundida, de institucionalização de centrais de regulação que são, em geral, a operação de um sistema logístico de agendamento de consultas especializadas e de internações hospitalares”.

Dessa forma, os atores da gestão local tinham como perspectiva para o CR, a incrementação da logística do sistema de serviços de saúde além de sua contribuição para uma maior resolubilidade e fortalecimento da ABS. Pela característica de sua atuação operativa e de observação analítica, o CR contribuiria para o ordenamento do fluxo de usuários aos diferentes componentes do sistema e, por conseguinte, facilitaria o desenvolvimento da função de coordenação do cuidado, bem como, a integralidade e a equidade de acesso à atenção.

4.4.3) O movimento da rede de atenção na implantação do complexo regulador – Ribeirão Preto-SP

A análise do cenário assistencial, já descrita, aliada à vontade de promover uma reorganização do modo de produzir ações de saúde foram motivações para a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2005-2008 (RIBEIRÃO PRETO, 2005a) que considerou importante o investimento em três eixos: atenção básica, regulação do sistema de atenção e implementação da atenção de urgência e emergência.

No caso do eixo regulação, a proposta objetivava aproveitar a experiência adquirida com a regulação da urgência/emergência do município, expandindo esta ação regulatória assistencial para as ações classificadas como eletivas dentro do sistema. Várias medidas foram tomadas pelo gestor, no sentido de alterar o quadro descrito e que começaram a delinear a estruturação do CR.

Setores específicos da SMS, principalmente o Departamento de Informática, Estatística, Avaliação, Controle e Auditoria (DIEACA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), órgãos que têm como atribuição exercerem função gestora e técnica sobre a acessibilidade dos usuários do SUS, aos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares próprios e conveniados, foram analisados mais detalhadamente.

No caso do DIEACA, identificou-se que o modo de produção do trabalho encontrava-se centrado no controle (faturamento) e auditoria dos procedimentos , principalmente, após a realização dos mesmos (CHAVES, 2005, p.107-108), enquanto, o SAMU carecia de atualização das práticas regulatórias. A análise destes dois serviços apontou uma interação pouco sistematizada entre eles, agravada pelo fato de que o gerenciamento dos recursos pelos setores, além de não contemplar toda a oferta disponível pela ausência de mapeamento, não acontecia em tempo real, situações que comprometiam a garantia do atendimento da necessidade, da acessibilidade e da integralidade da atenção.

Diante disso, na primeira etapa de estruturação do CR, após o reconhecimento de que os Departamentos da SMS, setores mais voltados à gestão desconheciam a totalidade da oferta de recursos disponíveis para o sistema, não otimizavam os recursos existentes e trabalhavam de forma desarticulada, foram implantadas medidas que pretendiam inicialmente, fazer uma revisão da prática e ao mesmo tempo melhorar a oferta de ações (CHAVES, 2005, p.39-40).

Tais constatações ratificaram a justificativa de fusão dessas práticas, incluindo o espaço físico de atuação, para a obtenção do atendimento das necessidades dos usuários do SUS, no tocante, principalmente, à acessibilidade, à equidade e à integralidade.

Alguns dos questionamentos que suportaram a proposta de intervenção foram: como garantir, no mínimo, o atendimento da necessidade assistencial se desconhecemos toda a oferta de serviços disponível no sistema?; como saber se a oferta de serviços disponível no sistema é suficiente para o atendimento da necessidade assistencial, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, se não analisamos o que resulta desta relação?; como realizar a contratualização dos prestadores, com a compra de ações que realmente venham atender às necessidades assistenciais do sistema, se não temos conhecimento de toda a oferta disponível, tanto de recursos próprios, estaduais quanto conveniados/contratados e de nossa necessidade assistencial?; diante de um financiamento limitado como garantir a eficiência na aplicação dos recursos, considerando o modelo de atenção do SUS e o atendimento dos problemas prioritários se a coordenação das ações e do acesso encontram-se sem sistematização?; como promover equidade e integralidade se a identificação dos problemas é prejudicada (diagnóstico analítico ruim) e se há seleção por parte de grupos específicos quanto à execução de determinadas ações de saúde?

Inicia-se então, na SMS, a movimentação para a implantação do CR como uma estratégia gerencial e de gestão. O disparador deste processo foi o mapeamento de toda a oferta de ações e serviços de saúde disponível no SUS do município, o que se constituiu em uma tarefa muito árdua não só em relação às unidades próprias da SMS, como também em relação às unidades conveniadas e/ou contratadas e estaduais.

Para facilitar a elaboração do mapa de ações e serviços de saúde, o gestor fez a opção pela centralização da oferta acreditando que esta medida permitiria uma visão mais ampla da situação organizacional da rede de atenção e,

conseqüentemente, facilitaria sua reorganização, para a distribuição dentro dos princípios da regionalização e hierarquização do SUS, tendo em vista a constatação da forma heterogênea e pouco eqüitativa da distribuição desta oferta naquele momento dentro do sistema³ (RIBEIRÃO PRETO, 2005b).

Na rede própria, a centralização provocou reações, tanto nas Unidades Distritais, que dispunham da oferta de algumas especialidades, quanto no Núcleo de Gestão Assistencial – NGA 59 que, além de dispor da maioria da oferta própria de consultas especializadas, também realizava ações de liberação e autorização de acesso às consultas, exames complementares e internações em prestadores conveniados/contratados ao SUS. As orientações para a centralização da oferta bem como a justificativa para a intervenção compuseram um documento da SMS que foi apresentado e discutido em reuniões distritais com a presença dos gerentes das Unidades de Saúde. A recomendação para a promoção de discussões que reproduzissem os motivos e a operacionalização da proposta do gestor, em suas respectivas unidades, foi exaustivamente feita aos gerentes.

Assim, pelas medidas iniciais implantadas, a primeira central a tomar corpo foi a Central de Regulação de Consultas (CRC).

A reformatação da agenda nominal dos profissionais (quantitativo de atendimento individual e coletivo, definição de caso novo e retorno, abertura da agenda) no intuito de otimizar a oferta disponível da atenção básica e especializada foi a primeira ação concreta da CRC. Este procedimento envolveu a discussão sobre reprogramação da agenda de todos os profissionais da rede de atenção. A redefinição da oferta do trabalho individual (consultas e procedimentos) e coletiva (grupos, visitas domiciliares, acolhimento com

³ Ata do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto de 10/08/2005.

classificação de risco e necessidade) dos profissionais da rede básica e especializada foi proposta tendo por base parâmetros assistenciais recomendados pelo Ministério da Saúde.

É importante registrar que esta primeira medida provocou reações imediatas e conflituosas com o gestor, tanto de profissionais da rede própria quanto de prestadores conveniados/contratados.

Em relação aos profissionais da rede própria, a insatisfação com a formatação das agendas foi prontamente registrada e manifestada, principalmente, pela categoria médica. Parece-nos que esta ação soou como um controle excessivo centrado no quantitativo e não no qualitativo da oferta. As críticas quanto ao caráter quantitativo da proposta eram rebatidas pelo gestor que apresentava a possibilidade de negociar formatações diferenciadas, desde que estas fossem apresentadas concretamente pelos trabalhadores das unidades⁴ (RIBEIRÃO PRETO, 2005b). Talvez a forma incisiva de apresentação da proposta pelo gestor, preocupado com o caráter imperativo e urgente da mudança, sem uma discussão mais esclarecedora e ampliada com os trabalhadores na busca de uma elucidação dos objetivos do plano, tenha colaborado para uma adesão insatisfatória à proposta⁵ (RIBEIRÃO PRETO, 2005c). O sentimento de perda de autonomia ou de liberdade de atuação, aliados a outros motivos de insatisfação profissional já presentes na rede, além da existência de outros aspectos menos explícitos que podem indicar a configuração de distintos projetos de atenção à saúde, possam ter configurado a percepção negativa dos trabalhadores acerca do projeto, resultando em oposição sem mesmo conhecer o seu teor ou tornando-os refratários a explicações e detalhamentos (VERDADE, 2006).

⁴ Ata do Conselho Municipal da Saúde de Ribeirão Preto de 10.08.2005.

⁵ Ata do Conselho Municipal da Saúde de Ribeirão Preto de 14/07/2005

Informações sobre o projeto de constituição e implementação do CR chegaram, principalmente, por meio de gerentes e parece-nos que como uma obrigação a ser cumprida, sem uma contextualização da situação organizacional da rede de atenção naquele momento e do desenho da proposta pretendida, descrita no Plano Municipal de Saúde e aprovada pelo Conselho Municipal da Saúde.

Merece, então, reflexão profunda neste processo o papel desempenhado pelos gerentes das unidades de saúde. A participação efetiva deste ator passa, inicialmente, pela própria compreensão do que é ser gerente de uma unidade de saúde no SUS, tanto na ótica de quem se candidata ao cargo quanto na daquele que tem o poder de decidir quem o ocupará. Obviamente, o conhecimento da política pública, seus compromissos e desafios devem pautar a conduta gerencial que precisa estar em sintonia com a proposta do modelo de atenção preconizado pelo SUS. Dessa forma, com certeza, o gerente não pode ser apenas um ator que realiza a ponte entre a gestão e as unidades de saúde no sentido de repassar informação como “ordens a serem cumpridas” e com as quais não tem vinculação. A atuação gerencial deve ser revestida de responsabilidade para promover a interlocução entre trabalhadores envolvidos mais diretamente na assistência ao usuário e aqueles destacados para a gestão, entre trabalhadores e usuários e entre usuários e gestor. O gerente é o trabalhador da saúde que, além de atribuições administrativas, precisa ouvir, discutir, sugerir, fomentar e difundir idéias e princípios do SUS entre todos os atores nos diversos espaços do sistema de saúde.

Mishima (2003, p.124) quando analisa a gerência de serviços de atenção primária como instrumento para a reorganização da assistência à saúde aponta que a gerência poderia favorecer a construção de um “modelo assistencial comum”

[...] não só porque **O coordenador que tá mandando**, mas por ser de responsabilidade desta instância a ação de favorecer ações que dirijam à

finalidade daquele trabalho, mobilizando ferramentas de trabalho e trabalhadores para a busca dos resultados e da produção de cuidados na unidade de Saúde.

Por sua vez, Merhy (1999, p.306) traz à tona o debate sobre os modelos gerenciais a serem utilizados no interior do campo da saúde expondo seu entendimento de que há de ser considerado neste processo de discussão

[...] a natureza das especificidades do campo da saúde, seus impactos no âmbito dos processos organizacionais, seus modos de fabricar políticas e as suas maneiras de gerar processos produtores de atos de saúde, desenhando os modelos de atenção.

Naquele momento, no cenário do campo da saúde, estabeleceu-se uma relação de confronto que pode ter comprometido o processo de organização e implantação do projeto, tanto no seu ritmo quanto em seu formato. A impressão é que a falha na comunicação entre trabalhadores da gestão e da assistência direta ao usuário, talvez por erro de estratégia, não tenha permitido a correta compreensão da proposta, inviabilizando o estabelecimento de diálogo e contribuindo para a criação de uma resistência de mão dupla, ou talvez, a existência de múltiplos projetos assistenciais não explicitados tenham acirrado a discussão em bases tencionais muito desgastantes, em um lócus sabidamente reconhecido como “ um terreno de políticas e organizações, fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde” (MERHY, 1999, p.306). Embora saibamos que toda mudança provoca inquietudes, o estabelecimento da situação de confronto entre o gestor e os trabalhadores pode ter colaborado para que a resistência tenha se tornado mais robusta (RIBEIRO, 2006).

No entanto, o processo foi continuado e, considerando tentativas anteriores de centralização de algumas ofertas especializadas, decidiu-se pela centralização da oferta de consultas especializadas que passaram a ser gerenciadas pela CRC

com a perspectiva de, em um segundo momento, centralizar toda a oferta dos recursos assistenciais disponíveis na atenção básica.

Isso posto, inicia-se a centralização do gerenciamento das consultas especializadas (mapeamento da oferta e agendamento) tanto na rede própria quanto conveniada/contratada. A oferta disponível no prestador estadual (HCFMRP-USP) ainda permaneceu sob o gerenciamento da Divisão Regional de Saúde – DIR XVIII, hoje, Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), tendo o município apenas a condição de encaminhar os casos para a DRS XIII, respeitando os protocolos divulgados, sem ter o conhecimento da oferta disponibilizada para o atendimento de sua população.

Tal fato impedia que o gestor municipal tivesse um amplo conhecimento de toda a oferta disponível no sistema e, conseqüentemente, esta situação configurou-se em limitação para a realização da programação assistencial. O conhecimento e o gerenciamento de toda a oferta são condições essenciais para o desenvolvimento das atividades do complexo regulador. Podemos dizer que o mapeamento de toda a oferta é sua matéria-prima. A partir daí compete ao CR a elaboração de seu gerenciamento para a tentativa de equacionar a difícil relação entre necessidade, oferta e demanda.

Muitas discussões entre o gestor estadual e o municipal ocorreram no sentido de que fosse publicizada a oferta quantitativa disponível no prestador estadual para o município de Ribeirão Preto com o intuito de que o CR pudesse fazer o gerenciamento global e a utilização mais eficaz e eficiente de todos os recursos disponíveis no sistema. Infelizmente, estas iniciativas não lograram sucesso. Novas aproximações, no entanto, carecem de ser realizadas, porque talvez esta reticência do gestor estadual em não fornecer a oferta quantitativa para o CR passe pela não-compreensão global da estratégia. A insistência nesta discussão teria por base o

questionamento: Qual a magnitude para o gestor municipal, que goza da prerrogativa de ser gestor pleno do sistema, em conhecer toda a oferta pública disponível, anteriormente ao processo de contratualização de ofertas para o sistema público de atenção com prestadores filantrópicos ou privados?

É preciso clarear que se tratava do gerenciamento da oferta de recursos assistenciais, neste caso, consultas especializadas para a população residente em Ribeirão Preto, e não da gestão⁶ do prestador, que permaneceria sob responsabilidade do gestor estadual. Este entendimento parece ser fundamental para o desenrolar deste processo. É inegável, no entanto, que houve avanços na comunicação e na utilização da oferta estadual, mesmo que ainda se restrinja aos sistemas de informação, o que pode traduzir-se em um melhor acompanhamento da utilização desta oferta.

Este movimento também foi realizado com os prestadores hospitalares conveniados/contratados que ofertavam consultas especializadas para o sistema. A SMS solicitou aos prestadores que apresentassem sua oferta ao SUS segundo o disposto na legislação do sistema, deixando clara a posição de que a disponibilidade desta oferta estaria *on-line* e que a compra dos serviços obedeceria ao critério de atendimento da necessidade do sistema avaliado pelo gestor. Inicia-se, então, uma interessante e tensa interlocução do gestor com estes parceiros no sentido de tentar inverter-se uma lógica que há muito tempo encontrava-se arraigada no sistema: o atendimento aos interesses dos prestadores com prejuízo do atendimento às necessidades do sistema de atenção à saúde no molde idealizado pelo SUS.

⁶*Gerência* - administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema. *Gestão* – atividade e a responsabilidade de se dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996).

Mendes (2001, p.118-119) já alertava para a dificuldade de transformações neste componente do sistema quando afirmou que

[...] essas mudanças [nos hospitais] não são fáceis por uma série de razões: fisicamente costumam ser grandes estruturas de concreto construídas para durar muitos anos; são as unidades sanitárias hegemônicas nos sistemas fragmentados de serviços de saúde [...] são operados por profissionais de elite, que usam o prestígio político para contrapor-se a mudanças, e, simbolicamente, são representados pela população e por políticos como as estruturas emblemáticas de sistemas de serviços de saúde de qualidade.

Encontros diversos foram permeados pela discussão de que a implantação de novos serviços, para serem posteriormente ofertados ao SUS, deveria ser precedida de uma consulta ao gestor que confirmaria ou não a existência daquela necessidade no sistema. Não raro, o gestor era submetido a consultas *a posteriori*, sofrendo, algumas vezes, pressões não só das instituições prestadoras como de vários setores da sociedade, no sentido de incorporar aquela determinada oferta independente dos resultados de análises qualitativas e quantitativas realizadas a respeito dos serviços e de sua necessidade no sistema público de atenção. Esta conduta causou certo estranhamento não só nos prestadores como nos próprios trabalhadores da rede de atenção, talvez porque esta postura, embora tenha sido sempre esperada do gestor, nem sempre tenha sido exercida por este, o que resultou em uma negociação laboriosa e, em certos casos, muito demorada.

Merece aqui um comentário acerca desta assertiva sobre a postura gestora local considerando que esta também possa ter sido prejudicada pela própria ação do gestor federal, quando ainda mantém sob seu domínio a determinação do formato de alocação de recursos financeiros. Ferla e Souza (2002, p.66) quando discutem a participação e a capacidade de gestão local, afirmam que

[...] o processo ao qual se denomina desconcentração, no qual apenas as atividades operacionais são transferidas às instâncias locais, mantendo-se o poder técnico, político e financeiro concentrado nas instâncias centrais. Assim, o efetivo controle local e a garantia de subordinação dos serviços, vinculados ao SUS, as suas normas,

princípios e diretrizes, fica submetido a uma relação de poder desigual, mais fortalecida, muitas vezes, no próprio prestador em detrimento do gestor local.

Entendemos ser pertinente, neste momento, recorrer novamente às idéias defendidas por Merhy (1999, p.313) acerca da dimensão da complexidade da gestão no campo da saúde

[...] qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá que enfrentar a tensão constitutiva deste campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena.

Assim sendo, alguns prestadores hospitalares com ofertas de consultas especializadas, exames complementares e internações levaram até 5 meses para apresentar o mapeamento que poderia estar disponível no sistema, caso a utilização viesse a ser de interesse da SMS. Embora a prestação de serviços ao sistema por estes prestadores tenha se iniciado há muito tempo, foi possível notar a dificuldade que os mesmos encontraram para a construção deste mapeamento entre suas equipes. Alguns dirigentes hospitalares começaram a exigir que as suas equipes assumissem o compromisso com a oferta apresentada tendo a consciência de que o único caminho para se chegar ao hospital, a partir de então, seria o CR, e que o não-cumprimento da oferta ou sua apresentação reduzida poderia comprometer seu volume de atendimento e, conseqüentemente, seu faturamento, considerando que seria remunerado o que tivesse sido autorizado pelo gestor por meio da regulação do sistema. Esta dificuldade foi notada não só no mapeamento das consultas, mas também no setor de exames e de internação.

A própria quantificação e identificação dos leitos conveniados ao SUS foi tema de muitas reuniões que culminaram com várias visitas aos hospitais para a garantia do preconizado nos convênios e para treinamento dos funcionários quanto à informação da ocupação destes leitos de forma rápida e *on-line* para o

CR. A preocupação do gestor neste processo de transformação do manejo da oferta teria de ser estendida para a qualidade dos procedimentos ofertados ao SUS, cabendo ao CR e ao DIEACA a sistematização e a avaliação do atendimento destes prestadores para orientar o gestor nas negociações.

No tocante ao gerenciamento da oferta de consultas médicas especializadas, temos englobado não só o recebimento do instrumento de solicitação da consulta especializada (guia de referência), que deve estar devidamente preenchida tanto no campo de identificação quanto no campo que detalha as informações clínicas, quanto sua análise e sua destinação na procura do atendimento mais adequado àquele problema de saúde. Neste processo, o gerente da unidade solicitante aparece como sendo o primeiro crivo de análise deste instrumento, sendo de sua responsabilidade produzir um encaminhamento o mais completo e elucidativo possível com um mapa estatístico (quantas solicitações e para que especialidades) de sua Unidade e encaminhá-lo à CRC. NA CRC, o apoio administrativo confere as informações do campo de identificação da guia de referência (dados da unidade solicitante e do usuário) e depois repassa o instrumento ao médico regulador. O médico regulador deve proceder à análise da descrição clínica identificando a prioridade do caso, a programação da oferta de consultas médicas especializadas próprias, estaduais e/ou conveniadas/contratadas do mês, a regionalização, para posteriormente, autorizar o agendamento. Importante ressaltar que toda a análise também deve estar relacionada às diretrizes do PMS que prevê uma oferta hierarquizada e regionalizada nos Distritos de Saúde para favorecer, no mínimo, a acessibilidade geográfica do usuário a esta ação de saúde. Em seguida, a guia é transferida aos

profissionais que procedem ao agendamento *on-line* das consultas, conforme a oferta disponível no sistema.

Até o início de 2007, a CRC centralizou a maioria das consultas médicas especializadas disponíveis na rede própria (com exceção da área de moléstias infecciosas, saúde do trabalhador e saúde mental) e nos prestadores conveniados/contratados. Ainda faltavam serem incorporadas à oferta trabalhada pela CRC as consultas de especialidades não médicas existentes na rede pública de atenção. Lembramos que o número aproximado de guias de referências aguardando agendamento no componente secundário do sistema, na implantação da CRC, era de, aproximadamente, 20.000 guias. Em 2005, a realização de dois mutirões foi uma medida para minimizar este encontro.

Muito embora o projeto contemplasse a implantação concomitante de várias centrais de regulação, sua execução passou por muitas situações que, no mínimo, alteraram a velocidade de suas criações.

Em maio de 2006, ocorreu a substituição do gestor local o que imprimiu um novo ritmo ao processo de implantação do Plano Municipal de Saúde, naturalmente esperado, na medida em que existia um tempo necessário para que os novos representantes conhecessem a proposta e imprimissem sua condução ao processo.

Até o início de 2007, podemos dizer que a Central de Regulação de Exames Especializados apesar de ter o mapeamento da oferta disponível no sistema, ainda não havia conseguido disponibilizar esta oferta *on-line*. A Central de Regulação de Internações ainda possuía seu componente de regulação de urgência e emergência em prédio separado das demais centrais do CR e não estava trabalhando com a oferta *on-line*, e a Central de Cirurgias Eletivas (CCE) funcionava juntamente com as outras centrais, sem a oferta *on-line*. A Central de

Regulação Odontológica (CRO) funcionava no mesmo prédio das demais centrais, mas não no mesmo espaço físico e estava com toda a oferta especializada disponível para o sistema sendo regulada. Atualmente, os reguladores da CRO apontavam, como uma condição relevante para o avanço dos trabalhos da central, a assessoria do setor de informática quanto à implantação de um sistema de informação que permitisse não só agilizar o fluxo regulatório mas também o monitoramento de seu desenvolvimento. Infelizmente, a Central de Vigilância em Saúde (CVS) que trabalharia com informações ao usuário do SUS sobre vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e de zoonoses ainda não havia sido constituída.

Para 2007, a perspectiva de mudança para o espaço físico comum, que está sendo reformado na sede da SMS e irá abrigar o CR com todas as suas centrais, é fator de estímulo para os trabalhadores que apostam na ambiência⁷ favorecendo o processo de trabalho e, conseqüentemente, aumentando a resolubilidade e a integração entre as centrais do complexo, ações estas que devem se traduzir, em última instância, em benefícios para os usuários do SUS.

⁷ Ambiência é uma terminologia que vem sendo utilizada pelo Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006b).

5) Resultados e discussão

5.1) Indicadores assistenciais

Para a análise da cobertura assistencial e construção dos indicadores selecionados, consideramos a população residente no município de Ribeirão Preto-SP, nos anos do estudo e a base de dados reconhecida oficialmente em o todo território nacional por meio do DATASUS. Para a estimativa da cobertura de consultas médicas, consideramos a necessidade para toda a população do município, tendo a Portaria 1101/ GM de 2002 que estabelece os parâmetros de coberturas assistenciais no SUS, como referencial. É importante citar que os dados de produção referem-se somente às ações de saúde realizadas na rede pública própria, estadual e/ou conveniada ao SUS por meio da SMS-RP. Não foram computados os dados de produção de serviços privados do município.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), os beneficiários da assistência médica privada, em Ribeirão Preto, correspondiam a um percentual médio de 38,5%, nos anos de 2004 a 2006. Os dados disponíveis no Caderno de Informação para o Gestor da Saúde da ANS⁸, no entanto, não detalham que tipo de serviço e qual o rol de ações de saúde ofertado pela assistência privada no município, em cada componente da atenção, ou seja, básico, secundário ou terciário. Tal fato dificulta a análise, pois entendemos que não podemos afirmar que 38,5% da população não usa o sistema público de saúde no município, e sim que, possui acesso a alguma ação da assistência médica supletiva. Há também o sistema de desembolso direto (medicina liberal) do qual não possuímos informações de cobertura, no município, nos anos estudados. Sabemos também

⁸ http://ans.gov.br/portal/site/perfil_gestores/Caderno_gest.asp

que os planos, cooperativas ou seguros de saúde podem não ser homogêneos em suas coberturas, a depender do tipo de contrato estabelecido (COELHO, 2007, p. 310). Em contrapartida, temos registros de pessoas cobertas por assistência médica supletiva que têm contato com o sistema público pelo menos em algumas ações, tais como, consultas, realização de exames complementares, imunização e assistência farmacêutica.

Dessa forma, como os dados de produção registrados no sistema de informação do SUS e acessados por meio do DATASUS não discriminam a população coberta por assistência médica supletiva e existe a responsabilidade do sistema em estar apto para atender ao princípio da universalidade, optamos por considerar nos cálculos de cobertura o total da população do município.

5.1.1) Atenção ambulatorial – analisando a cobertura assistencial

A título de esclarecimento, pontuamos que as análises acerca da cobertura e execução das consultas médicas foram realizadas, tendo o ano de 2005 como balizador, por ser este o ano de implantação do Complexo Regulador na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP.

Na Tabela 1 podemos notar que se considerarmos o parâmetro de cobertura esperado para as consultas médicas, recomendado pela Portaria 1101/02, de 3 consultas/habitante/ano para Ribeirão Preto, nos anos do estudo, tivemos um alcance de 87% da cobertura esperada para 2004 (2,61 consultas/hab), 95,6%, em 2005 (2,87 consultas/hab) e de 93,0%, em 2006 (2,79%). De modo geral,

podemos dizer que são percentuais próximos do parâmetro adotado.

Tabela 1 – Parâmetros de cobertura de consultas médicas e cobertura alcançada pela produção de consultas médicas,
RP-SP, 2004 a 2006

Tipo de Consulta	Parâmetro Cobertura 1101/02	Cobertura Alcançada		
		2004	2005	2006
Básica	1,89 consultas/hab/ano	0,95 consultas/hab/ano	1,05 consultas/hab/ano	0,96 consultas/hab/ano
Especializada	0,66 consultas/hab/ano	0,87 consultas/hab/ano	0,98 consultas/hab/ano	0,94 consultas/hab/ano
Urgência/Emergência	0,45 consultas/hab/ano	0,79 consultas/hab/ano	0,84 consultas/hab/ano	0,89 consultas/hab/ano
Total	3 consultas/hab/ano	2,61 consultas/hab/ano	2,87 consultas/hab/ano	2,79 consultas/hab/ano

Contudo, quando deslocamos nossa análise para a cobertura dos tipos de consultas médicas vemos que, no município, nos três anos da pesquisa, ocorreu uma cobertura insatisfatória de consultas básicas (0,95 consultas/hab, 1,05 consultas/hab e 0,96 consultas/hab), em 2004, 2005 e 2006, respectivamente, quando o esperado seria uma cobertura de 1,89 consultas/habitante/ano.

A produção de consultas médicas da rede SUS, em Ribeirão Preto-SP, nos anos de 2004, 2005 e 2006 correspondeu a, respectivamente, 87,5%, 96% e 93,5% do total de consultas esperadas para toda a população do município. Importante frisar que se fôssemos considerar que a população coberta por assistência médica supletiva não tivesse usado os serviços do SUS nesta ação de saúde, estes percentuais ainda seriam maiores.

Os dados da Tabela 2 mostram que a produção de consultas médicas especializadas e de urgência, nos anos estudados, foram bem acima da referência recomendada pelo Ministério da Saúde. No entanto, a produção de consultas médicas básicas esteve nesses anos, muito inferior ao recomendado pelos parâmetros assistenciais do SUS. Notamos o excesso de produção de consultas médicas especializadas e de urgência, contrapondo-se a uma produção insuficiente de consultas médicas básicas, o que pode refletir aspectos do modelo de atenção produzido no município, centrado no atendimento especializado e na atenção curativa e individualizada.

O quadro encontrado pode denotar de acordo com Santos (2007, p.434)

[...] a impotência dos serviços básicos acolherem , resolver com qualidade e ganhar a preferência da população, enquanto porta de entrada no sistema, o que leva os ambulatorios de especialidades e serviços de urgências a serem super-demandados, congestionando-os e desumanizando-os.

Esses dados podem apontar indícios sobre o modo de organização do sistema, com sensível privilégio ao atendimento especializado e pronto-atendimento, situação

vivenciada cotidianamente nas unidades que ofertam tais ações de saúde, por meio da alta procura às unidades de pronto-atendimento e importantes demandas reprimidas nas agendas médicas básicas e especializadas.

As causas desse desajuste no modelo público de atenção à saúde, se levarmos em conta o modelo preconizado pelo SUS, poderiam derivar de muitos fatores entre os quais citamos: a reprodução do modelo médico-centrado, especializado e hospitalocêntrico na rede ambulatorial extra-hospitalar do SUS, por desconhecimento do modelo proposto pelo SUS ou pela pressão de grupos específicos e corporativos (indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, horários de trabalhos especiais, baixa remuneração dos profissionais, divergências entre categorias profissionais no desempenho de ações de saúde propostas); a pouca oferta de consultas médicas na atenção básica por desarranjo de agendas ou carência de profissionais; alocação inadequada de trabalhadores com excesso de profissionais em algumas unidades e falta em outras, a baixa resolubilidade da atenção básica e especializada que precisam de investimentos processuais e estruturais, permanecendo ainda focadas na assistência curativa e individual; a pequena comunicação entre os componentes do sistema, resultando em ausência ou insatisfatória ocorrência de referências e contra-referências bem estruturadas e elucidativas, dificultando a coordenação da atenção e a conformação de rede solidária e resolutiva no sistema; a carência de vínculos entre os profissionais e os usuários a qual compromete a responsabilização de trabalhadores e usuários no exercício do cuidado, entre outros.

A Tabela 2 também indica que, em 2005, ocorreu um aumento no número absoluto de consultas médicas básicas se comparamos ao ano de 2004, o que

pode ter sido resultado de ações de reorganização desta oferta na rede própria do município, apesar da manutenção do percentual de execução desta ação de saúde. No entanto, no ano subsequente (2006), observamos uma redução tanto na produção absoluta como na distribuição do percentual de execução das consultas médicas básicas, em relação ao ano anterior, o que pode ser decorrente de um relaxamento no acompanhamento desta oferta, face ao novo contexto que vai se conformando com a mudança do gestor municipal.

O percentual de consultas médicas especializadas registrou um incremento tanto absoluto quanto percentual, em 2005, quando comparado ao ano de 2004 (Tabela 2). Tal fato também pode estar relacionado à centralização da maioria da oferta de consultas médicas especializadas disponíveis na rede própria e conveniada ao SUS, por meio da SMS de Ribeirão Preto-SP, uma das medidas iniciais promovidas pela Central de Consultas Especializadas do Complexo Regulador.

Interessante registrar que houve uma redução na oferta quantitativa de consultas especializadas com a implantação do CR, embora a distribuição dos percentuais de execução recomendados para as consultas médicas especializadas tenha sofrido um aumento, de 33,3% em 2004, para 34,1% em 2005, o que pode se contrapor ao argumento usado por críticos que se opunham à estratégia de que haveria um prejuízo do atendimento especializado com a implantação do Complexo Regulador.

Tabela 2 – Distribuição percentual esperada, produção esperada e realizada de consultas médicas, RP- SP, 2004 a 2006

Tipo de Consulta	Distribuição %	Produção Esperada			Produção Realizada*					
		2004	2005	2006	2004		2005		2006	
					Nº	%	Nº	%	Nº	%
Básicas	63,0	1.026.104	1.041.980	1.057.738	520.281	36,5	580.025	36,5	539.901	34,4
Especializadas	22,0	358.322	363.866	369.369	474.654	33,3	542.267	34,1	528.139	33,6
Urgência/Emergência	15,0	244.310	248.090	251.843	430.755	30,2	466.274	29,4	501.721	32,0
TOTAL	100,0	1.628.736	1.653.936	1.678.950	1.425.690	100,0	1.588.566	100,0	1.569.761	100,0

*Fonte: SIA – SUS DATASUS

A reorganização não pretendia comprometer o atendimento especializado e sim, adequar a oferta de consulta médica em um novo modelo assistencial que tivesse sua centralidade na atenção básica e na clínica ampliada e, não somente, na especialização e no cuidado individual.

É óbvio que se trata de um curto espaço de tempo para a avaliação do impacto da estratégia, considerando as adversidades ocorridas no processo de implantação, entretanto, cabe ressaltar que conseguimos evidenciar tendências. Em 2005, houve mudança, ainda que pequena, no modo de produção quantitativa da consulta médica, que poderia ser evidenciada de forma mais contundente, caso permanecesse a implantação da estratégia no molde idealizado que pressupunha outras medidas e não somente trabalhar com a oferta de consulta médica. As consultas de urgência e emergência, em 2005, apesar de terem sofrido uma diminuição percentual, ainda mantiveram sua produção física acima do recomendável (29,4%).

Merece registro também que o gerenciamento da oferta de consultas de urgência e emergência, em 2005, foi bastante complexo, durante todo o ano, pela demissão de profissionais que atuavam neste ponto do sistema, não só pelo conflito estabelecido com o gestor mas também pelas precárias condições de trabalho nos pronto-atendimentos com a alta demanda por esta ação de saúde, o que em diversos momentos transformou-se em confronto da equipe de saúde com a população. A situação de trabalho ruim talvez também não tenha despertado o interesse de outros profissionais traduzindo-se na baixa procura pelos concursos realizados, nessa época, visando à reposição do quadro de trabalhadores médicos dos pronto-atendimentos. Os dados de 2006, no entanto, apontam queda tanto quantitativa quanto no percentual da produção de consultas médicas básicas que pode ter sido reflexo da não-manutenção da exigência mais

incisiva de se garantir uma agenda mínima dos profissionais e do menor acompanhamento da oferta desta ação de saúde (Tabela 2). Em contrapartida, tivemos a manutenção da produção de consultas especializadas acima do recomendado e um aumento tanto percentual quanto físico nas consultas de urgência e emergência. Com a substituição do gestor, houve uma melhora da situação conflituosa com a categoria médica com reflexos na produção das consultas de urgência e emergência (DA REPORTAGEM, 2006; VERDADE, 2006).

Isso posto, passamos para análise das taxas de execução de consultas médicas básicas, especializadas e de urgência e emergência na rede pública de atenção à saúde. O parâmetro para o cálculo das consultas médicas esperadas foi, como apontado anteriormente, o da Portaria GM 1101/02 com a utilização da cobertura de três consultas médicas por habitante/ano.

O gráfico 1 resume toda a movimentação das taxas de execução de consultas médicas na rede SUS, nos anos do estudo, caracterizando o perfil deste recurso assistencial no período que antecedeu a implantação do CR, no ano de sua implantação e no ano subsequente.

Gráfico 1 – Taxa de Execução de Consultas Médicas Básicas, Especializadas e de Urgência e Emergência, RP-SP, 2004 a 2006

No Gráfico 1 podemos notar, nos três anos analisados, que as consultas básicas atingiram taxas de execução em torno de 50,00%, enquanto as consultas especializadas e as consultas de urgência e emergência atingiram taxas de execução bem superiores a 100,00%. Ou seja, as consultas básicas registraram valores muito aquém do valor esperado; em contrapartida as consultas especializadas e as de urgência e emergência registraram percentuais muito acima dos valores esperados. Passaremos a seguir, a discutir mais detalhadamente, o comportamento de cada tipo de consulta médica, nos anos de 2004 a 2006, buscando correlacioná-lo à implantação do Complexo Regulador.

A **Taxa de Execução das Consultas Médicas Básicas (TECMB)** calculada pela relação entre o total de consultas médicas básicas realizadas na rede pública

municipal em relação ao total de consultas médicas básicas esperadas/por habitante, nos anos de 2004 a 2006.

Gráfico 2 – Taxa de Execução de Consultas Médicas Básicas, RP-SP, 2004 a 2006

Os achados apresentados no Gráfico 2 apontam uma execução insuficiente de consultas médicas básicas nos anos analisados que atingiu percentuais de 50,70%, 55,66% e 51,04% em 2004, 2005 e 2006, respectivamente. Ocorreu um aumento nesta taxa de execução, no ano de 2005, que poderia estar relacionado às ações de reorganização promovidas pelo CR, apontadas anteriormente. Estes dados vêm reforçar a premência de uma análise mais aprofundada da ABS, se queremos buscar um novo modo de produzir saúde. Apesar de serem apenas dados de produção de consultas médicas, eles podem disparar a necessidade de um olhar diferenciado para a ABS. Fatores que possam estar influenciando esta baixa execução e, conseqüentemente, a cobertura desta ação, já foram citados e devem ser pesquisados mais detalhadamente, tais como: capacidade de

produção reduzida por falta de trabalhadores; gerenciamento deficiente do potencial de oferta existente; ausência de vínculo entre o usuário e este componente do sistema pelo modo de produção da atenção que resulta em baixa resolubilidade, entre outros.

É certo que o modelo de atenção pretendido deva ser o norteador das propostas de intervenção para que a atenção básica possa dar conta de seus princípios e atributos.

A expectativa do gestor era a de atuar em várias frentes de trabalho. Inicialmente, com a organização do CR, pretendia-se promover um aumento de cobertura desta ação de saúde e, simultaneamente, discutir com os trabalhadores e com usuários qual o melhor modo de organização do trabalho em saúde nas Unidades para o cumprimento dos princípios do SUS. É fato que isto não se concretizou completamente, não só pela mudança do gestor como também por estarmos falando de ações processuais que precisariam de um tempo maior para sua consolidação, apesar de iniciativas como a gestão colegiada e a estratégia do acolhimento terem sido propostas para toda a rede de atenção.

O ano de 2005 foi marcado por constantes atritos entre o nível central da SMS e os trabalhadores das Unidades, principalmente, quanto à questão da formatação das agendas que, em última análise, resumiu-se a um controle do horário do trabalhador, em especial, do médico, na unidade (DA REPORTAGEM, 2006; RIBEIRO, 2006). O terreno tornou-se, então, pouco fértil para a discussão de propostas de organização do trabalho, uma vez que as discussões corporativas tornaram-se o foco dos debates, acirrando a disputa de forças entre gestor, trabalhadores e setores da sociedade civil. Novamente, não foi observada de forma

relevante a atuação da maioria dos gerentes, em defesa da importância da revisão das práticas assistenciais junto aos trabalhadores da rede.

Como consequência, as agendas básicas não foram formatadas homogeneamente nas Unidades de Saúde e o acompanhamento desta oferta, também, não se deu a contento, tanto pelos gerentes quanto pelos Departamentos responsáveis, o que culminou com não-centralização desta oferta no CR.

Constatamos, então, que a não-centralização da oferta de consultas básicas na Central de Regulação de Consultas impediu que o gerenciamento deste serviço fosse realizado pelo CR e dessa forma, a análise do resultado que tal medida produziria ficou prejudicada. Reforçamos que a baixa execução e a cobertura insatisfatória desta ação de saúde ainda devam agir como fatores inquietantes a promoverem o repensar de nossas práticas dentro do SUS e que modelo de atenção estamos defendendo.

A ***Taxa de Execução de Consultas Médicas Especializadas (TECME)*** foi calculada pela relação do total de consultas médicas especializadas realizadas na rede pública municipal e o total de consultas médicas especializadas esperadas/por habitante, nos anos de 2004, 2005 e 2006, cujos valores estão demonstrados no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Taxa de Execução de Consultas Médicas Especializadas, RP-SP, 2004 a 2006

A análise da Taxa de Execução de Consultas Especializadas mostrou percentuais acima dos recomendados pelo Ministério da Saúde, de 132,46%, 149,02% e 142,98% em 2004, 2005 e 2006, respectivamente (Gráfico 3). Estes dados reforçam a produção excessiva de consultas médicas especializadas na rede SUS, reflexo do modo de produção do atual modelo assistencial estruturado em base especializada. Em 2005, ano de implantação do CR, houve um aumento da Taxa de Execução de Consultas Especializadas (149,02%) em relação ao ano anterior (132,46%) o que pode ter sido resultado da centralização da oferta desta ação, permitindo o mapeamento de todo este recurso assistencial, que passou a ser regulado e agendado pela Central de Regulação de Consultas (CRC), obedecendo a critérios de prioridade e disponibilidade dos serviços.

A reformatação da agenda de consultas especializadas também foi negociada com a rede própria, o que resultou em um aumento do quantitativo da oferta. Para os prestadores conveniados que ofertavam este procedimento, foi solicitado o compromisso no cumprimento da oferta disponibilizada ao SUS de uma forma mais transparente e incisiva.

É importante registrar que toda a oferta própria e conveniada de consultas médicas especializadas foi colocada *on-line* na CRC, o que pode ser considerado um avanço sob a ótica do gerenciamento deste recurso assistencial. Como não houve contratação de mais serviços e sim uma redistribuição em função de um mapeamento global da oferta, de uma avaliação de prioridade do caso, levando em conta a hierarquização e a regionalização do sistema local, podemos inferir que esta medida, no mínimo, possibilitou uma utilização mais eqüitativa e eficiente dos recursos disponíveis, considerando que anteriormente, após a liberação de cotas para as unidades de saúde, o critério para a marcação de consultas especializadas era a data de solicitação do procedimento e o agendamento realizado por quem conseguisse acessar o sistema mais rapidamente.

Tal lógica promoveu o estabelecimento de algumas práticas no sistema que foram, posteriormente, identificadas e coibidas pela CRC, tais como: a reserva de vagas no sistema com a utilização de nome fictícios de usuários, na tentativa de se garantir uma ocupação posterior, caso esta se fizesse necessária ao longo do mês.

O mapeamento da oferta de consultas médicas especializadas disponibilizadas pelo prestador estadual, aos municípios de Ribeirão Preto, não foi possível, em que pese as várias discussões sobre a relevância deste ato, para o gestor municipal, na estruturação do trabalho do CR que, necessariamente,

precisaria realizar o exercício permanente de compatibilização entre a oferta dos recursos com os problemas da população, em tempo real, tentando promover o acesso ao sistema com mais equidade e humanização e, ao mesmo tempo, apontar suas fragilidades.

Dessa forma, a utilização de tal oferta pelo gestor municipal permaneceu seguindo o mesmo fluxo, encaminhando os casos segundo os protocolos recomendados pelo prestador estadual, para o DRS XIII, que procedia ao agendamento.

Em 2006, houve uma diminuição da Taxa de Execução de Consultas Especializadas (Gráfico 3) que pode estar relacionada a vários fatores e não deve necessariamente ser identificada como um resultado ruim, pois os percentuais como citado anteriormente, estavam bem acima dos recomendados pelo Ministério da Saúde. Esta diminuição pode estar relacionada à ação da CRC, no sentido de que os encaminhamentos começaram a ser analisados, quanto à forma e aos motivos das solicitações, o que gerou uma utilização da oferta diferente da que vinha ocorrendo na rede SUS. Os questionamentos quanto à ocupação da atenção secundária passaram a ser dirigidos tanto à atenção básica (o motivo do encaminhamento não pode ser resolvido na atenção básica?) quanto à própria atenção secundária (este caso que estou seguindo não poderia ser seguido na atenção básica sob orientação de uma contra-referência?). Tais condutas, no entanto, carecem da compreensão e do compromisso de todos os trabalhadores, da necessidade da conformação da rede de atenção à saúde que precisa ser, de acordo com as premissas do SUS, produtora de cuidados em rede e de forma progressiva, humanizada, resolutiva, regionalizada e atenta para a garantia da equidade e da integralidade. Uma rede solidária.

Neste estudo, propusemos o detalhamento deste indicador, nos anos de 2004 a 2006, com o cálculo da cobertura e do percentual de execução das especialidades médicas cardiologia e endocrinologia por reconhecermos que uma oferta satisfatória nestas especialidades poderia auxiliar na condução de agravos de alta prevalência no município e, para aprofundarmos a análise sobre a ortopedia, a oftalmologia e a dermatologia por serem especialidades de maior “demanda” reprimida no município.

Tabela 3 – Cobertura esperada e alcançada, segundo especialidades médicas, RP-SP, 2004 a 2006

Especialidades	Cobertura Esperada	Cobertura Alcançada (%)		
	2004, 2005 e 2006 %	2004	2005	2006
Cardiologia	6,0	6,9	7,9	7,5
Dermatologia	3,3	4,7	5,4	4,2
Endocrinologia	1,2	4,9	5,3	5,2
Oftalmologia	8,4	9,4	10,7	10,9
Ortopedia	8,7	9,7	11,2	11,3

A Tabela 3 mostra que, nos anos do estudo, a cobertura destas cinco especialidades médicas foi acima do valor recomendado pelos parâmetros assistenciais do MS. Muito embora, em 2004, as coberturas destas especialidades médicas já registrassem percentuais superiores aos esperados, em 2005, observamos um aumento da cobertura em todas as especialidades que pode ser decorrente da reorganização da oferta pela CCE do CR, que mapeou e propôs nova formatação de agenda para esta ação de saúde, tanto para a rede própria quanto para a conveniada. Essa atitude foi reforçada por um monitoramento mais incisivo da execução da oferta pactuada e programada. Estas coberturas merecem investigação mais aprofundada, considerando o perfil

epidemiológico do município, com o objetivo de serem identificados fatores que justifiquem ou não a permanência destes valores percentuais porque mesmo com a cobertura elevada, algumas especialidade ainda permaneciam com demandas reprimidas quando da implantação do CR. O aumento da cobertura, em 2005, produziu melhora no atendimento da demanda reprimida destas especialidades, principalmente, de Cardiologia e de Dermatologia e nas demais podemos notar a redução sensível do tempo de espera. Em 2006, esta redução acentuou-se embora as coberturas praticamente não tenham se alterado, com exceção da Dermatologia.

De modo geral, a produção de consultas médicas destas cinco especialidades correspondeu a 40,7%, 40,9% e 41,6% do total de consultas médicas especializadas produzidas, em 2004, 2005 e 2006.

Gráfico 4 – Taxa de Execução de Consultas Médicas por Especialidade, RP-SP, 2004 a 2006

No Gráfico 4, chama a atenção o fato de todas as especialidades médicas selecionadas apresentarem valores superiores a 100% nas taxas de execução, em todos os anos estudados, e algumas delas ainda apresentarem demandas reprimidas, tais como, a ortopedia, a dermatologia e a oftalmologia. Este dado vem corroborar com os outros achados, descritos anteriormente, que apontavam para uma lógica de produção de ação de saúde do município centrada na assistência especializada.

O que também merece investigação é o quanto esta alta execução e cobertura têm realmente sido resolutivas e colaborativas para a construção da rede de atenção pautada por produção de cuidados progressivos no atendimento da necessidade do usuário. Nesse sentido, quando analisamos as causas de internação hospitalar, de residentes de Ribeirão Preto, de acordo com a Codificação Internacional de Doenças (CID-10), nos anos do estudo, evidenciando o grupo IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e o Grupo IX – Doenças do aparelho circulatório, podemos fazer algumas observações:

- a) As internações por diabetes mellitus corresponderam a 46,23% (264 internações), 39,17% (208 internações) e 41,8% (212 internações), em 2004, 2005 e 2006, respectivamente, do total de internações ocorridas no grupo IV da CID-10 (571 internações/2004; 531 internações/2005 e 507 internações/2006) nos anos estudados.
- b) Quando analisamos as internações por diabetes mellitus segundo a faixa etária notamos que 43,56% (115) das internações, em 2004, 51,92% (108) internações, em 2005 e 48,11% (102) das internações, em 2006, ocorreram na faixa etária de 30 a 64 anos.

- c) As internações por hipertensão essencial (primária), outras doenças hipertensivas, infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração corresponderam a 44,88% (2130 internações), 42,11% (4745 internações) e 46,61% (2085 internações), em, 2004, 2005 e 2006, respectivamente, do total de internações ocorridas no grupo IX da CID-10 (4745 internações/2004; 4521 internações/2005 e 4473 internações/2006) nos anos estudados.
- d) Quando analisamos as internações por hipertensão essencial (primária), outras doenças hipertensivas, infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração segundo a faixa etária notamos que 48,87%(1041) das internações, em 2004, 49,26%(938) das internações, em 2005 e 48,48%(1011) das internações, em 2006, ocorreram na faixa etária de 30 a 64 anos.

A partir desses achados ficam então os questionamentos: em que medida a elevada produção de consultas especializadas observada nos anos do estudo, neste caso, de cardiologia e de endocrinologia, tem conseguido interferir positivamente no controle da diabetes mellitus, da hipertensão essencial (primária), de outras doenças hipertensivas, do infarto agudo do miocárdio e de outras doenças isquêmicas do coração, se nos anos estudados, as internações hospitalares por estes motivos permaneceram quase sem alterações em seus percentuais?; Considerando que as internações por diabetes mellitus, hipertensão essencial (primária), outras doenças hipertensivas, infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração, na faixa etária de 30 a 64 anos, mantiveram ou pouco alteraram seus percentuais nos anos do estudo, qual a potência desta elevada produção de consultas de cardiologia e de endocrinologia em contribuir para a redução da morbidade nesta

faixa etária, principalmente, se levarmos em conta que se trata da fase produtiva da vida destas pessoas?

É sabido que a contra-referência pouco acontece na rede SUS, tanto nos serviços próprios quanto conveniados. Pouco se observa a contra-referência e quando ela ocorre, na maioria das vezes, não é acompanhada de uma descrição das orientações para o seguimento na atenção básica dos casos que foram controlados pelo especialista. Por outro lado, a manutenção do seguimento na própria atenção secundária talvez ocorra pelo entendimento de que “quem trata melhor é o nível especializado”, fruto da vivência do modelo hegemônico de organização assistencial.

Desse modo, não há por parte dos produtores de ações de saúde, tanto da rede de atenção secundária, quanto da ABS, a apropriação de que a ABS possa atuar na coordenação e na longitudinalidade da atenção aos usuários. Isso é um grande complicador na composição das agendas especializadas porque não permite a liberação de espaço para a oferta do caso novo, o que eleva a demanda reprimida, dificultando o acesso de casos que realmente necessitem de um tratamento com o especialista, com reflexos na adequada condução do caso o que pode trazer consequências ruins para o usuário e para o sistema. Outro ponto é que como nem sempre havia a reposição dos quadros da ABS, às vezes, tornava-se mais fácil marcar uma consulta na atenção especializada, o que acabou vinculando mais o usuário à unidade especializada do que à unidade básica.

O CR, exercitando sua função analítica, pode subsidiar as avaliações, pois o fluxo do encaminhamento do usuário envolve o preenchimento de uma guia de referência para o atendimento secundário que passa pela regulação, principalmente, para elucidar o motivo do encaminhamento. Mas, retomamos o

questionamento: será que toda esta demanda precisaria necessariamente estar na atenção secundária?

Podemos notar que houve um aumento na Taxa de Execução de todas as cinco especialidades, em 2005, quando observado o Gráfico 4. No detalhamento da produção de consultas, por prestador, vemos que este aumento ocorreu de forma mais acentuada na oferta própria do município, que teve um incremento de 33%, o que pode estar relacionado às medidas implantadas pelo CR, a saber: centralização da oferta, reformatação das agendas e análise dos casos (Quadro 7). As especialidades de cardiologia, oftalmologia e ortopedia foram as que mais aumentaram a produção, utilizando os recursos próprios da rede municipal.

Tal constatação pode denotar um manejo mais adequado da capacidade potencial de produção da rede própria, fruto da ação gerencial do CR.

Ano	Produção 2004			Produção 2005			Produção 2006		
Especialidade	Própria	Estadual	Conveniada	Própria	Estadual	Conveniada	Própria	Estadual	Conveniada
Cardiologia	17.304	15.880	4.444	22.954	14.968	5.728	17.242	14.513	10.086
Dermatologia	7.304	15.782	2.391	8.995	16.983	2.655	6.490	14.938	2.246
Endocrinologia	11.176	14.140	1.305	13.061	14.555	1.609	11.064	16.063	1.887
Oftalmologia	6.174	33.773	11.000	11.231	34.418	13.300	13.169	35.740	12.332
Ortopedia	13.713	16.045	22.737	17.831	16.446	27.300	13.889	17.728	31.516
TOTAL	55.671	95.620	41.877	74.072	97.370	50.592	61.854	98982	58.067

Quadro 7 – Produção de consultas médicas especializadas de cardiologia, dermatologia, endocrinologia, oftalmologia e ortopedia para a população do município, segundo a realização na rede própria, estadual e conveniada do SUS, Ribeirão Preto - SP, 2004 a 2006

A produção dos prestadores conveniados nessas especialidades, em 2005, foi de 50.592 consultas, 20% superior à produção de 2004 (Quadro 7). O mapeamento e o gerenciamento pelo CR da oferta destes prestadores favoreceram tanto a ocupação quanto o controle da utilização desta oferta. Notamos que o maior aumento de produção ocorreu para as consultas de ortopedia e oftalmologia, especialidades que historicamente apresentavam alta demanda e pouca resolubilidade na rede própria. Esta análise do comportamento da produção é importante para o norteamiento do gestor, principalmente, no momento de realizar as negociações de compra de ações de saúde, em função das necessidades do usuário, e de decidir qual o investimento mais eficiente para a rede própria. O PMS apontava uma lógica organizacional onde as especialidades de maior prevalência e menor densidade tecnológica deveriam ser ofertadas de forma regionalizada nos Distritos de Saúde com garantia de atendimento integral, segundo a hierarquização, e as de maior densidade tecnológica e menor prevalência, com a oferta concentrada em centros especializados (RIBEIRÃO PRETO, 2005a).

Uma das propostas do CR, tendo em vista o acompanhamento dos atendimentos na rede SUS foi a de, inicialmente, regularizar a oferta das especialidades de menor densidade tecnológica, reprogramando a utilização dos recursos próprios disponíveis na rede e realizando a compra, principalmente, de serviços que despenderiam um maior investimento no sentido de aquisição de equipamentos para adequação dos padrões tecnológicos exigidos pela especialidade (análise dos próprios profissionais especialistas quanto ao arsenal tecnológico da rede própria, em alguns casos obsoletos e carentes de manutenção) no tocante à sua resolubilidade. Não se tornou interessante nem

para o usuário e nem para o gestor manter um serviço especializado, pouco resolutivo, se o usuário para ter seu problema solucionado, após espera por um período para o atendimento na rede própria, teria de ser encaminhado para outro serviço. Esta análise também foi importante na negociação com os prestadores conveniados onde o gestor explicitou a necessidade de que os serviços ofertados realmente tivessem a capacidade de solucionar os casos encaminhados e não somente ser mais um interposto entre o problema do paciente e sua resolução. Em algumas subespecialidades, porém, a oferta no município era pequena, o que impossibilitava a compra e promovia a espera longa no único prestador estadual a ofertá-las.

Quando analisamos a produção de consultas especializadas do prestador estadual para a rede SUS, do município, observamos que este prestador foi quem menos aumentou a produção (1,8%), em 2005, se comparamos com a rede própria e conveniada/contratada em que pese, sua produção ter correspondido a 49,5%, 43,8% e 45,2% em 2004, 2005 e 2006, respectivamente (Quadro 7). É fato que o prestador estadual não atendia somente aos munícipes de Ribeirão Preto, mas também teria o compromisso de atender à região do DRS XIII. Em seu Plano Operativo, o prestador estadual refere uma ocupação de 55% de sua oferta pelos usuários residentes em Ribeirão Preto (HCFMRP-USP, 2006), mas a dificuldade primaz para o gestor municipal, foi o não-conhecimento da oferta de especialidades médicas do prestador estadual, para disponibilizá-la ao CR e submetê-la ao mesmo processo gerencial das demais ofertas de consultas médicas especializadas da rede própria ou conveniada. A identificação e o manuseio da oferta de recursos de saúde são pontos essenciais para a operação da programação/planejamento das ações do CR. Sob esta ótica seria muito

importante que o prestador estadual realmente integrasse a rede de atenção, considerando o momento histórico do SUS, os avanços e desafios da descentralização que ensejam novos modelos de gerência e gestão, buscando a sustentabilidade do sistema.

Campos (2007, p.315) provoca o debate sobre a inserção dos hospitais no SUS expondo o entendimento de que

[...] nunca foi tentada, de fato, uma política hospitalar que integrasse hospitais públicos ou contratados em uma rede. O conceito de sistema ficou mais no nome SUS do que praticado. Os hospitais, no Brasil, têm um funcionamento bastante desconectado e não foram articulados em sistemas locais e regionais.

A utilização da oferta do prestador estadual permaneceu por meio do ajustamento dos encaminhamentos aos protocolos disponibilizados, tendo a intermediação do representante do gestor estadual na região, o DRS XIII, que realizava a marcação das consultas especializadas e, posteriormente retornava as datas dos agendamentos ao CR para o contato com os usuários.

Em 2006, apesar de a Taxa de Execução destas especialidades encontrar-se em 142,36%, registramos uma diminuição se a comparamos ao índice de 2005, que foi de 145,9% (Quadro 7). Esta diminuição ocorreu, principalmente, às custas da menor produção de consultas especializadas na rede própria, cenário inverso ao observado em 2005. Talvez este achado possa estar relacionado aos problemas vivenciados na rede, comentados em momento anterior, resultado da situação conflituosa entre gestor e trabalhadores e também a um certo relaxamento no acompanhamento e controle do potencial de oferta própria.

Destaca-se a diminuição da produção própria de cardiologia, de 24,8%, em contraposição ao crescimento da produção desta especialidade nos prestadores conveniados, de 76,0% (Quadro 7). A produção de ortopedia também registrou um aumento nos prestadores conveniados mas, é conhecida, há tempos, a

deficiência da rede própria quanto à oferta e resolubilidade nesta especialidade, o que justificaria a compra deste serviço diante do quadro assistencial daquele momento. A produção de consultas do prestador estadual teve um incremento da ordem de 1,6% nestas especialidades.

Achado interessante encontramos nos cotejamentos realizados entre dados de produção e os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, no que tange à endocrinologia. A Portaria 1101/02 indica que a produção esperada para esta especialidade é de 0,4% do total esperado de consultas especializadas para o município, o que indica o valor médio esperado, para os anos de 2004 a 2006, de 6.615 consultas/ano. O fato é que a produção média, nesses anos, foi de 28.286 consultas/ano envolvendo os três serviços estudados (rede própria, prestador estadual e conveniado), ou seja, uma taxa de execução de 427% e superior à indicada no parâmetro. Tal situação suscita uma investigação que seja capaz de apontar alguns fatores que possam explicar o porquê de tamanha discrepância entre os valores recomendados e os produzidos, o que não ocorreu com as outras especialidades, condição esta que não será executada neste estudo. Lembramos que existe um olhar desperto, dentro da SMS, para a importância da programação do atendimento às doenças crônicas e degenerativas, considerando a alta prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial em Ribeirão Preto (TORQUATO, 2001). Todavia, há que ser considerado nesta possível avaliação, o grau de resolubilidade que esta ação de saúde vem alcançando em relação ao controle da diabetes mellitus e seu impacto em minimizar as reconhecidas complicações decorrentes desta patologia.

A Taxa de Execução de Consultas Médicas de Urgência e Emergência (TECMUE) foi calculada pela relação entre o total de consultas médicas de urgência

e emergência realizadas na rede pública municipal e o total de consultas médicas de urgência e emergência esperadas/por habitante, nos anos de 2004 a 2006.

Os dados encontrados referentes à Taxa de Execução de Consultas Médicas de Urgência e Emergência evidenciaram percentuais superiores a 100%, na execução desta ação de saúde, no município, com tendência crescente de 176,30%, 187,94% e 199,22%, em 2004, 2005 e 2006 respectivamente (Gráfico 5) o que correspondeu a uma cobertura de 0,79, 0,85 e 0,89, em 2004, 2005 e 2006, respectivamente, quando o esperado girava em torno de 0,45 (Tabela 1). Estas altas cobertura e taxas de execução assistencial, embora digam respeito apenas à produção de consultas médicas, constituem-se reflexos do modelo de atenção à saúde desenvolvido em Ribeirão Preto-SP, nos anos analisados.

Gráfico 5 – Taxa de Execução de Consultas Médicas Básicas de Urgência e Emergência, RP-SP, 2004 a 2006

Trazemos, aqui, novamente a discussão apresentada em capítulo anterior, sobre o desafio do gestor ao tentar organizar o modo de produção da saúde e deparar-se com o dilema de programar a oferta ou atender à demanda. O **atendimento da demanda** tem um apelo muito forte, pois relaciona-se às necessidades sentidas enquanto a **programação da oferta** refere-se à resolução das necessidades e dos problemas mais prevalentes ou de maior gravidade que se distribuem na população (PAIM, 1999). A presença de algumas indagações tais como: qual a ação de maior importância?; são estas situações excludentes ou complementares?; cabe ao gestor somente a opção de escolha entre uma das possibilidades na arquitetura de seu plano de ação? Quais as ações de saúde, além da consulta médica, que podem ser oferecidas pelos serviços no atendimento tanto da demanda espontânea quanto da oferta programada?

A organização dos serviços em função do atendimento dos usuários que os procuram espontaneamente podemos dizer, trata-se da forma mais reconhecida de atenção, justificando a procura dos serviços nos momentos de alguma percepção sobre a instalação da doença. Este modo de produção de ação de saúde configura-se em uma prática valorosa, porque procura amenizar a dor e o incômodo no exato momento em que eles aparecem na vida dos usuários. A atenção à urgência e emergência é um componente relevante do sistema de atenção e por suas características tem uma efetividade muito alta junto aos usuários (RIO DE JANEIRO, 1998). Contudo, a opção por planejar/programar a atenção, perseguindo o atendimento exclusivo da demanda, demonstrou ser uma intervenção pouco eficaz sobre o processo saúde-doença, principalmente, por desconsiderar os determinantes das formas de distribuição dos agravos na

população. O planejamento das ações, insumos, recursos humanos embasados, exclusivamente, em estimativas de demandas espontâneas relaciona-se a uma utilização pouco eficiente dos recursos, direcionados às atividades curativas de alcance individual, com custos crescentes e baixo impacto na situação de saúde (RIO DE JANEIRO, 1998).

Por sua vez, a abordagem das necessidades de saúde por meio do enfoque epidemiológico e social, promovendo o acolhimento, o conhecimento e a classificação das necessidades/problemas de saúde da população e a clínica ampliada, é possível e desejável no momento do planejamento/programação das ações necessárias a estes enfrentamentos.

Dessa forma, o desafio para os gestores do SUS é perpassado pela descoberta de caminhos para construção de modelos de atenção que viabilizem o equilíbrio entre a organização do atendimento de urgência e emergência e o enfrentamento das necessidades a partir de um diagnóstico situacional do processo saúde-doença, com a inclusão dos determinantes sociais na determinação de novas práticas de atenção e de gestão.

5.1.2) Atenção hospitalar – analisando a cobertura assistencial

Muito embora a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tenha recomendado, para os cálculos da Programação Pactuada e Integrada (PPI), em 2002, o parâmetro de cobertura de 6,8% de internações para a população de Ribeirão Preto-SP, fizemos a opção de usar o parâmetro da Portaria 1101/GM/02, como nos demais cálculos dos indicadores escolhidos neste estudo. Esta portaria estima que de 7 a 9% da população interne-se ao ano. No caso das internações hospitalares, optamos pelo uso do valor médio recomendado, ou seja, o emprego

do percentual 8% de internações para a população do município. Consideramos relevante pontuar que o percentual de internações de residentes de Ribeirão Preto excedeu o parâmetro de cobertura de internação hospitalar da Portaria 1101/02, nos anos de 2004 e 2005, atingindo percentuais em torno de 12% nestes anos, de acordo com informações do Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP (CPDH-HCFMRP-USP). As internações do SUS para residentes de Ribeirão Preto registraram percentuais de 6,66% e 6,64%, em 2004 e 2005, respectivamente (CPDH-HCFMRP-USP). Se tomamos o percentual esperado de 8% de internação para os residentes de Ribeirão Preto, notamos que somente as internações do SUS atingiram em torno de 80% das internações esperadas. Importante esta reflexão, pois pode indiretamente indicar desvios na organização do sistema com uma utilização excessiva do componente terciário, talvez por conta de pouca resolubilidade de outros componentes.

Esclarecemos que, para análise da programação da assistência hospitalar, consultamos os documentos *Organização e Programação da Assistência - Subsídios para a Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar e Diretrizes e Estratégias para a Implantação da Norma Operacional da Assistência NOAS/2001*, do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo, respectivamente. O documento da SES orientou a decomposição do percentual esperado de internações de 8%, em 7,6% para internações de baixa e média complexidade e de 0,4% para o esperado de internações de alta complexidade.

Em 2004, a análise do cenário da assistência hospitalar, no tocante às internações, revelou uma produção de internações de alta complexidade acima da

esperada e, conseqüentemente, percentual de cobertura também acima do esperado (0,55%) fato preocupante se considerarmos que os valores da produção esperada e de cobertura referem-se à população de todo o município, enquanto a produção realizada e a cobertura alcançada dizem respeito às internações ocorridas na rede SUS, de acordo com os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde (Tabela 4). A produção de internações de baixa e média complexidade apresentou índice abaixo do esperado, embora o universo corresponda a toda a população de Ribeirão Preto-SP e, conseqüentemente, a cobertura também permaneceu aquém da esperada.

Tabela 4 – Produção e cobertura esperadas e realizadas de internações do SUS, segundo complexidade, Ribeirão Preto-SP, 2004

INTERNAÇÃO	2004			
	Produção	Cobertura	Produção	Cobertura
	Esperada	Esperada (%)	Realizada	Alcançada (%)
Baixa Média Complexidade	41.261	7,6	30.152	5,55
Alta Complexidade	2.172	0,4	3.035	0,55
TOTAL	43.433	8,0	33.187	6,11

Temos que trazer novamente que o parâmetro de internações refere-se à toda a população do município enquanto os dados de produção somente às internações ocorridas no SUS, em Ribeirão Preto-SP.

Chaves (2005, p.115), quando analisou aspectos das internações hospitalares, em prestadores sob gestão municipal, no período de 1996 a 2003, apresentou em seu estudo um incremento da produção física de internações, em Ribeirão Preto,

superior ao observado, no mesmo período, no Estado de São Paulo e no Brasil. A autora ainda trouxe, no que tange à produção financeira destas internações, dados sobre um consumo de recursos financeiros com percentual de incremento expressivamente maior para o município de Ribeirão Preto-SP, em relação ao Estado de São Paulo e ao Brasil, apesar dos dois últimos também terem apresentado um crescimento no período estudado (CHAVES, 2005, p.115).

O gestor municipal preocupado com este perfil das internações, na rede SUS conveniada, e seu reflexo sobre o modelo de atenção, o orçamento e, principalmente, por sua consequência para o usuário do sistema, propôs uma reorganização da regulação hospitalar revisando a ocupação dos leitos hospitalares, o aperfeiçoamento do processo regulatório de urgência e emergência e a implantação efetiva da regulação da internação eletiva.

A SMS solicitou aos prestadores hospitalares, sob gestão municipal, o mapeamento de todo o setor de internação ofertado ao SUS, conforme contratualização, incluindo o quantitativo de leitos por grandes especialidades, a localização dos leitos em planta física, a numeração e identificação dos leitos SUS nas enfermarias e a disponibilização destes leitos *on-line*, no Complexo Regulador. Esta negociação foi trabalhosa, tanto com os prestadores hospitalares quanto com os trabalhadores voltados para esta ação na SMS, visto que havia a necessidade de mudança na forma de trabalhar as questões de regulação, controle, auditoria e avaliação, neste caso específico, com uma ampliação da ação regulatória do gestor nos hospitais conveniados. Como não se concretizou a implantação efetiva da PPI, o gestor local, enquanto município-pólo de atenção propôs na Comissão Intergestores Regional (CIR) da DRS XIII, no início de 2005, a conformação de um Complexo Regulador Regional (CRR), como uma

ferramenta para aprimorar a gestão deste componente do sistema, considerando que as internações ocorridas nos prestadores conveniados referiam-se aos usuários residentes em Ribeirão Preto e em municípios da região, sem a recomposição do teto financeiro do município capaz de suprir o custeio destas internações hospitalares (CHAVES, 2005, p.24-25).

Na ocasião, ficou registrado na Comissão Intergestores Regional (CIR) que o gestor do município-pólo havia iniciado, na SMS, uma revisão de algumas práticas e implantação de novas estratégias de gestão, e, caso o CRR não viesse a se concretizar, este seria implantado apenas por Ribeirão Preto-SP, com repercussão para toda a regional de saúde. E foi o que, posteriormente, aconteceu.

Neste item, a proposta do estudo foi a de analisar a ***Taxa de Execução de Internações de Baixa, Média e Alta Complexidade (TEIBMC)*** realizadas na rede SUS, do município, nos anos de 2004 a 2006, tendo como referência parâmetros do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde.

A ***Taxa de Execução de Internações de Baixa e Média Complexidade (TEIBMC)*** foi calculada pela relação entre o total de internações de baixa e média complexidade realizado nos prestadores hospitalares da rede SUS e o total internações de baixa e média complexidade esperado, para os residentes de Ribeirão Preto, nos anos de 2004 a 2006, cuja evolução pode ser observada no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Taxa de Execução de Internações Hospitalares de Baixa e Média Complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

A **Taxa de Execução de Internações de Alta Complexidade (TEIAC)** foi calculada pela relação entre o total de internações de alta complexidade realizado, pelos prestadores hospitalares da rede SUS e o total de internações de alta complexidade esperado, para os residentes de Ribeirão Preto, nos anos de 2004 a 2006, e os valores atingidos estão demonstrados no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Taxa de Execução de Internações por Alta Complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

A análise dos indicadores de execução de internações hospitalares selecionados apontou que, nos anos do estudo, houve uma baixa execução das internações de baixa/média complexidade, que girou em torno de 73,1%, 74,8%, e 67,5% em 2004, 2005 e 2006 (Gráfico 6), respectivamente, contrapondo-se a uma alta execução das internações de alta complexidade, nos prestadores da rede SUS, sob gestão municipal e estadual, em Ribeirão Preto, de 139,7%, 148,0% e 120,3%, em 2004, 2005 e 2006, respectivamente, tendo-se como referência os parâmetros da Portaria 1101/02 e da SES (Gráfico 7). Este achado ratificou a situação vivenciada pela gestão local, relacionada à existência de dificuldade de acesso a determinadas ações especializadas, resultando em demanda reprimida para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, o que não era exclusividade de Ribeirão

Preto. Tanto que, o próprio Ministério da Saúde ciente desta situação elaborou a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade detalhada, atualmente, na Portaria 252/GM/06 (BRASIL, 2006f), financiada com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) na modalidade extrateto, no intuito de estimular esta produção e auxiliar o gestor local na negociação com os prestadores hospitalares.

Algumas hipóteses podem ser consideradas como prováveis causas desta ocorrência, mas talvez a mais evidente seja a baixa remuneração da Tabela SUS para os procedimentos de média complexidade, tornando-os não atrativos aos prestadores hospitalares que demonstram preferência em realizar procedimentos de maior complexidade pela melhor remuneração (CHAVES, 2005, p.84). Este fato é agravado por condições que são percebidas, ao longo dos anos, na organização da atenção hospitalar, tais como a pouca atuação do gestor municipal no gerenciamento da oferta dos procedimentos dos prestadores hospitalares para a rede SUS que, habitualmente, vinha atendendo à lógica de grupos específicos (como por exemplo, empresas farmacêuticas e de insumos médico-hospitalares, grupos profissionais especializados) muito em função do faturamento e não das necessidades do sistema como um todo (FOSCHIERA, 2004, p.55). A remuneração atrativa de procedimentos de alta complexidade estimulou grupos profissionais a investirem em serviços intra-hospitalares de alta tecnologia em detrimento do atendimento das maiores demandas encontradas no sistema e relacionadas aos procedimentos de média complexidade (CHAVES, 2005, p.84). Esta conduta acabou por resultar em situações conflituosas de difícil resolução, principalmente, para o município-pólo de atenção, como a captação de usuários de outros municípios e Estados para os serviços localizados em seu

território, com o encaminhamento da fatura para o gestor local, desconsiderando as premissas de regionalização, hierarquização e regulação, e do próprio financiamento do sistema, pressupostos para a organização da rede SUS.

O gestor local passou a co-financiar ações de usuários de outros municípios, regiões e Estados, tendo seu teto financeiro sem ser recomposto, o que comprometia o investimento na rede própria e o atendimento, em primeiro plano, das necessidades dos residentes no município. O retrato desta situação reforçava a necessidade de colocarmos em pauta, de forma mais eficiente, a discussão sobre a regionalização, com a construção e execução efetivas dos Planos Diretores de Regionalização e de Investimento (PDR e PDI) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumentos já trabalhados pelos gestores do DRS XIII, mas que efetivamente nunca vigoraram (CHAVES, 2005, p.108).

Quando separamos para análise as produções de internações ocorridas, segundo a classificação de complexidade do sistema de informações hospitalares do SUS, por tipo de gestão do prestador hospitalar, buscando relacionar este comportamento à intervenção, objeto deste estudo observamos, nos prestadores sob gestão municipal, um aumento do número absoluto de internações hospitalares de baixa e média complexidade, em 2005, ano da implantação da estratégia do CR, quando comparado ao ano de 2004, tendência que se manteve na variação percentual do número de internações, em 2006. Lembramos que a realização de procedimentos de baixa e média complexidade relaciona-se a vários fatores, discutidos acima, e dessa forma, a autorização de execução pelo gestor não necessariamente corresponde à produção imediata dos procedimentos. Outro fato a ser observado é o comportamento da internação de alta complexidade que apresentou um pequeno aumento, em 2005, acompanhado de um decréscimo no

ano subsequente. Talvez possamos relacionar este fato a uma possível atuação do CR que se pautava na orientação de exercer a ação regulatória, priorizando a ocupação dos hospitais segundo seu perfil de complexidade e capacidade instalada, reconhecendo a necessidade de dar vazão à fila de espera para procedimentos de média complexidade, principalmente em prestadores sob gestão municipal e a existência no território do município, de um hospital público terciário com capacidade e habilidades para prestar a assistência aos casos de maior demanda tecnológica e cuidados intensivos, o que justificaria a regulação primária destes a este prestador, submetido à gestão estadual (Gráfico 8 e Tabela 5).

Gráfico 8 – Internações hospitalares, sob gestão municipal, de residentes do município, segundo complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

Tabela 5 – Internações ocorridas em prestadores hospitalares sob gestão municipal, segundo complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

Internações	Ano 2004		Ano 2005		Ano 2006	
	N	%	N	%	N	%
Baixa Média	15.541	92,32	16.167	92,15	15.154	93,70
Complexidade						
Alta	1.294	7,68	1.376	7,85	1.018	6,30
Complexidade						
Total	16.835	100,00	17.543	100,00	16.172	100,00

É preciso registrar que a regulação das internações é bastante complexa, pois articula interesses muito diversos no cenário da gestão e da prestação de serviços. Muitas vezes a ação regulatória desta ação de saúde é atropelada por interferências políticas e econômico-financeiras.

Nesta mesma lógica, quando analisamos o comportamento das internações hospitalares, no prestador sob gestão estadual, em 2005, notamos uma diminuição percentual de internações de média complexidade e um aumento nas internações de alta complexidade quando comparado ao ano anterior, fato não ocorrido em 2006 (Gráfico 9). Este movimento foi pensado para ser promovido pela ação regulatória do CR, no sentido de otimizar o uso da densidade tecnológica e a reconhecida qualidade de atendimento do hospital público terciário, sediado no território municipal, fortalecendo a necessidade dos hospitais integrarem a rede SUS de forma hierarquizada, resolutiva e eqüitativa.

Gráfico 9 - Internações hospitalares, sob gestão estadual, de residentes do município, segundo complexidade, RP-SP, 2004 a 2006

Podemos inferir, então, que essa tendência seria resultante da ação regulatória do CR, observada de modo mais contundente, em 2005, ano de sua implantação. No entanto, dada a compreensão da magnitude de aprofundarmos a análise da atenção hospitalar, no município, suas repercussões no sistema de atenção e de gestão, mas, tendo em conta o pouco tempo de existência do CR, as potencialidades do mesmo em se constituir como uma ferramenta de avaliação e de gestão (à luz do modelo de atenção desejado) e reconhecendo as limitações do recorte deste estudo, entendemos que o acompanhamento dessa tendência poderá ser objeto de outras investigações. Novos estudos podem avaliar o impacto da estratégia no SUS, inclusive analisando a repercussão de suas ações no financiamento do sistema, incluindo a avaliação tecnológica em saúde, ponderando aspectos da transição demográfica e epidemiológica como subsídio para “tomada de decisão sobre difusão e incorporação de tecnologias em saúde” (SILVA, 2003, p.502).

Enfim, consideramos que o CR tem méritos e pode se tornar uma ferramenta útil para o sistema de atenção à saúde. Sua ação qualifica a gestão na medida em que: explicita as relações entre o gestor e os prestadores de serviços; imprime transparência ao processo; facilita o controle social; favorece a utilização equitativa e eficiente dos recursos do sistema e orienta o gestor na condução do atendimento da necessidade do usuário, por ocupar posição estratégica de observação no sistema. No sentido de ratificarmos nossa afirmação, citamos Ferla e Souza (2002, p.72) no tocante à importância de incremento das ações regulatórias

[...] a implantação de estratégias capilarizadoras de regulação (centrais de regulação) de abrangência municipal, microrregional, regional, macrorregional estadual e interestadual, que envolvam cada esfera da gestão na garantia de acesso aos recursos existentes, tendo como porta de entrada sempre o município, é indispensável para a organização do sistema, favorecendo, inclusive, o controle social, porquanto o fluxo local de acesso está mais visível e suscetível a interferência dos usuários.

É importante corroborar que as iniciativas de mudanças descritas nos itens anteriores buscavam atuar segundo as recomendações da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH)- HumanizaSUS, a partir da implantação de estratégias preconizadas pelo MS, tais como, o acolhimento com classificação de necessidade e risco, a clínica ampliada e a gestão participativa/co-gestão, entre outras. Infelizmente, as condições de conflito estabelecidas podem ter ofuscado o potencial das estratégias apresentadas no Plano Municipal da Saúde.

O Plano Municipal da Saúde pretendeu confirmar as premissas da PNH onde humanização é entendida como

a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004, p.3)

É neste contexto que passamos a descrever os achados de nosso estudo, quando colocamos em foco os trabalhadores do Complexo Regulador, sujeitos implicados diretamente na implantação desta estratégia que compatibiliza necessariamente a atenção à saúde e a gestão do sistema local.

5.2) O complexo regulador na perspectiva de seus operadores no nível central - trabalhando com a dimensão da efetividade social

Torna-se pertinente, retomarmos que efetividade social é entendida, neste estudo, como a “capacidade do programa em afetar o capital social do meio em que se realiza, em especial a rede de articulações e parcerias específicas que facilitam sua execução. O conceito remete também aos níveis de adesão e satisfação dos agentes implementadores e da população alvo” (DRAIBE, 2001, p.37).

Nesse sentido, pensar na conformação e implantação do CR, em Ribeirão Preto, remete-nos a esse conceito como potente para analisar a implicação dos sujeitos - trabalhadores de saúde, operadores do CR no nível central da SMS - na implementação dessa ferramenta para a organização de uma rede de cuidados de saúde que atenda aos princípios do acesso, da integralidade e da equidade da atenção, com a participação efetiva de seus sujeitos operadores, no contexto das políticas de saúde do município.

Assim, os operadores de tal ferramenta, no nível central da SMS, se constituíram nos sujeitos do presente estudo, compreendidos como agentes implementadores da estratégia, parcela do capital. O Complexo Regulador (CR), na sede da SMS, contava no momento do estudo, com 24 (100%) trabalhadores, dos quais 22 (91,6%) aceitaram participar da pesquisa. Esclarecemos que os trabalhadores entrevistados pertenciam às novas Centrais de Regulação implantadas. Assim, os trabalhadores lotados na Central de Regulação Médica de Urgência (CURM), em atividade desde 1999, não compuseram o quadro de sujeitos deste estudo.

A média de idade dos trabalhadores entrevistados foi de 47,3 anos, sendo 16 (72,7%) do sexo feminino e 6 (27,3%) do sexo masculino. Quanto à profissão dos entrevistados, encontramos 7 (31,8%) médicos (pela própria característica do trabalho no CR), 4 (18,2%) enfermeiros, 3 (13,6%) odontólogos, 3 (13,6%) auxiliares de enfermagem e 5 (22,8%) categorizados como outros (digitador, agente administrativo). Entre os trabalhadores entrevistados, 10 (45,4%) concluíram a pós-graduação *lato sensu*, 7 (31,8%), o ensino médio, 4 (18,2%), a pós-graduação *stricto sensu* e 1 (4,6%), o ensino fundamental. O tempo médio de trabalho em serviço público, no conjunto de trabalhadores entrevistados, foi de 15,2 anos e no CR de 1,2 anos.

Na análise das entrevistas, para atingir o segundo objetivo proposto no estudo, identificamos quatro temas:

- a) A organização do Complexo Regulador para a garantia do acesso e da equidade
- b) O processo de trabalho no Complexo Regulador
- c) A constituição da rede de atenção solidária
- d) O Complexo Regulador como ferramenta de avaliação e de gestão

5.2.1) A organização do complexo regulador para a garantia do acesso e da equidade

A opção pelo incremento do processo regulatório como uma das possíveis estratégias com potencial para colaborar no aperfeiçoamento da gestão e na revisão do modelo de atenção tornou-se realidade com a conformação do CR.

Algumas evidências, percebidas pela análise dos indicadores assistenciais de cobertura, que de certa forma configuraram um desarranjo no modo de gestão e no modelo de atenção desejados pelo SUS estiveram presentes também nas narrativas oriundas das “falas” dos trabalhadores destacados para atuarem diretamente na estratégia.

Os achados do estudo revelaram que, para a maioria dos entrevistados, o acesso às ações de saúde, antes da implantação do Complexo Regulador tais como consultas especializadas e exames complementares, era realizado pela marcação dos procedimentos, tanto por trabalhadores da SMS quanto pelo próprio usuário, de forma aleatória, sem uma padronização de critérios para a rede de atenção ocorrendo, então, em função do atendimento da demanda e da disponibilidade de vagas dos serviços da rede SUS:

Eu sei do meu tempo de rede. Era marcada aleatoriamente. Não tinha uma padronização. Quando tinha serviço disponível você ligava e marcava. M8

Como eu disse cada unidade fazia o agendamento sem critério. Se agendava muito ou se agendava pouco. Não tinha critério. AA1

Fato interessante é que, pelos relatos, podemos perceber que não houve demonstração de um conhecimento consensual sobre a acessibilidade organizacional da rede de atenção, antes do CR, no tocante a estes

procedimentos, embora a maioria dos entrevistados tenha tido experiência de trabalho nas unidades de saúde do município.

A organização do acesso às consultas especializadas e aos exames complementares na rede de atenção realizava-se por meio da distribuição de uma “cota” (número de guias para cada unidade de saúde) pela qual considerando, de modo geral, o critério de “*data de emissão da guia*” procedia-se ao agendamento do procedimento, na maioria das vezes, por trabalhadores das recepções das unidades de saúde. Para algumas situações, no entanto, havia um fluxo diferenciado, tais como o encaminhamento para a oncologia e para o pré-natal patológico. Dessa forma, não havia, para o grande contingente de encaminhamentos destinados às consultas médicas especializadas e aos exames complementares, uma análise classificatória sobre os motivos que geraram o encaminhamento.

No caso de procedimentos a serem executados pelo prestador estadual, as guias de referência eram encaminhadas à sede da SMS, que as remetia para o DRS XIII, responsável pelo agendamento. Em 2000, houve a centralização do agendamento, na sede da SMS, de parte das consultas (em algumas especialidades médicas) a serem executadas por prestadores conveniados ao SUS, mas respeitando o fornecimento das cotas para cada unidade.

Notamos, no conjunto dos discursos analisados, que o fluxo de atendimento da odontologia para os procedimentos especializados só foi descrito por pequena parcela dos entrevistados, a maioria deles odontólogos que em suas falas já apontavam para a existência de, no mínimo, uma triagem dos encaminhamentos.

(...) A central de triagem odontológica fazia a marcação das consultas especializadas. CD1

Fekete (1995, p.118), quando discute as dimensões da acessibilidade, afirma que acessibilidade organizacional “[...] está representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde”.

Nas narrativas, percebemos a inexistência de um fluxo sistematizado e uniforme em toda a rede de atenção para o acesso às consultas médicas especializadas e aos exames complementares e que o fluxo existente não era de domínio de todos os membros da equipe de saúde do CR. Observamos que o desenho do trajeto a ser percorrido pelo usuário no sistema antes do CR, para atingir a complementaridade da ação de saúde iniciada na unidade básica, não era conhecido por todos os trabalhadores entrevistados, lembrando que estes procediam, em sua maioria, das mesmas unidades. Tais fatos podem revelar-se dificultadores da acessibilidade organizacional comprometendo, inicialmente, a continuidade e a coordenação da atenção.

Starfield (2002, p.365) considera a coordenação do cuidado como essencial para a completude da ação da atenção básica no desenvolvimento de todos os seus atributos. Sem a coordenação fluindo de forma adequada “[...] a longitudinalidade perderia muito de seu potencial. A integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa”.

A atenção coordenada busca ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam as suas necessidades de forma integrada entre os componentes do sistema. É um desafio no exercício da coordenação o estabelecimento de uma relação que favoreça a interligação entre os pontos do sistema para que o conjunto de informações, a respeito do problema do usuário, seja conhecido pelos atores compromissados em garantir a melhor atenção para a situação apresentada. Esta relação certamente é facilitada quando a

acessibilidade organizacional é favorecida pelo modo de organização dos recursos disponíveis no sistema de atenção.

Com a implantação do CR, os trabalhadores entrevistados assinalaram a ocorrência de uma facilitação do acesso às consultas médicas especializadas e aos exames complementares relacionando esta modificação, principalmente, à organização do serviço. Um dos pontos indicados nas entrevistas, como principal para a sistematização do serviço, foi o correto preenchimento da guia de referência. A *guia de referência* é instrumento decisivo para o desenvolvimento da atividade regulatória. O seu correto preenchimento permite a desenvoltura da classificação de risco/prioridade e, conseqüentemente, da ação de regulação, permitindo o destino mais indicado para aquele encaminhamento.

[...] Porque primeiro é a identificação. Você tem que identificar quem é o usuário, para quem está sendo solicitada a consulta e esses dados facilitam localizar o paciente, remarcar a consulta, estas coisas. E, segundo porque o paciente está sendo encaminhado. O motivo pelo qual está sendo feita aquela solicitação para você agilizar a consulta, marcar na especialidade mais indicada. M6

Nesse instrumento, necessariamente, tem de constar as informações sobre a identidade do usuário e a descrição clínica do problema de saúde que o levou a buscar o serviço, além das condutas já iniciadas para a abordagem do problema, na AB. Toda a ação regulatória será desenvolvida tendo como embasamento as informações contidas na guia de referência.

Esta preocupação apareceu nitidamente nas falas dos trabalhadores do CR. Dessa maneira, quando são identificadas, no CR, incongruências nas guias de referência são tomadas algumas atitudes tentando dar continuidade ao processo de atendimento, com o olhar desperto para não obstaculizá-lo:

Às vezes a guia não tem o carimbo da unidade, nós podemos verificar pelo Hygia. Verificamos e passamos por cima deste erro. É um caso grave e por uma questão burocrática não vamos atravancar o serviço que foi feito para otimizar, melhorar o serviço. Apesar de ter algumas normas que você teria que devolver. Por ex., você não pode pegar uma

guia que não tenha o carimbo do médico, alguma coisa assim, relevante. Mas se for um detalhe, uma data assim, você não pode devolver esta guia prejudicando o serviço e o usuário. AA1

A análise das incongruências nas guias de referência estava centrada na avaliação clínica da situação, sendo que muitas vezes a questão burocrática e administrativa era colocada em segundo plano, de modo a não haver prejuízo ao usuário. A compreensão de que era importante a avaliação de risco, a partir da análise da guia, foi pautada por critérios que visassem à integralidade da atenção a ser oferecida em tempo oportuno e necessário à resolução do caso.

O problema é que você tem que avaliar quais são os problemas que você detecta nestas guias de encaminhamento. Eu acho que tem algumas coisas que podem ser administrativas e burocráticas, mas do ponto de vista de argumentação clínica ele tem uma necessidade de resolução rápida. Então ele não pode se prender a algumas questões que são burocráticas e administrativas. Outras não. Outras são informações fundamentais, que sem elas você não consegue dar sequência ao atendimento. Aquilo que você espera de uma atenção integral. Nestas situações você tem que devolver e pedir as informações necessárias. Para tudo você tem que ter critério, um juízo de valor, na avaliação destes encaminhamentos para saber se eles estão adequados ou não. Às vezes, você não pode cair na questão de ficar se prendendo a detalhes quando você tem a necessidade de resolver o problema de uma maneira mais rápida. Outras vezes não, são informações necessárias precisa devolver. M1

A magnitude da compreensão de que a estratégia não poderia constituir-se em mais um ponto de estrangulamento do sistema, registrada nas falas dos trabalhadores deve ser ressaltada.

Parece-nos pertinente reavermos a discussão sobre macrofunção da regulação estatal nos sistemas de saúde. Mendes (2002, p.33-42) explicou as funções pelas quais o Estado pode exercer seus papéis regulatórios, a saber: a condução política, o planejamento estratégico, a comunicação social, análise de situação e tendências de saúde, a avaliação tecnológica em saúde, a normalização dos processos de trabalho, o desenvolvimento de recursos humanos, a auditoria dos sistemas de serviços de saúde, a vigilância da saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico.

É claro que estamos tratando da análise de uma intervenção recém-implantada, o que limita a avaliação de seu impacto. Porém, consideramos relevante recuperar qual o conceito de função regulatória que embasou a formatação da estratégia e torná-lo elemento presente no processo de monitoramento e avaliação da prática regulatória. Posturas críticas relacionadas ao modo pelo qual o Estado tem exercido esta macrofunção de regulação, restringindo-a meramente a um controle logístico de fluxo e distribuição da oferta não podem ser alijadas do processo de avaliação do trabalho do CR. Esta atitude pode colaborar para que a intervenção não se transforme em um dispositivo limitador de acesso, buscando somente contenção de recursos financeiros, mas venha a se desenvolver em visão ampliada, abarcando as possibilidades de desempenho das finalidades desejadas da macrofunção regulatória descritas acima pelo referido autor. Pois não se justificaria uma intervenção que viesse a atender interesses diferentes aos preconizados pelo SUS.

No processo organizativo do CR, de acordo com as narrativas analisadas, foi elaborado um impresso que era encaminhado para a unidade solicitante do procedimento, abrangendo os principais motivos que justificavam a devolução da guia de referência quando ela não estava devidamente preenchida. Este impresso era uma forma de sistematizar quais eram os principais problemas enfrentados no preenchimento do instrumento. Infelizmente, pelas falas dos sujeitos entrevistados, parece que ainda não foi instituída, no CR, a análise sistemática destes problemas, ocorrendo apenas a observação individual e a discussão pontual entre os trabalhadores.

Em algumas narrativas dos trabalhadores, estes registram a perda da realização desta análise, com retorno para a rede de atenção que era desenvolvida no início da

implantação do CR e que produziu frutos, principalmente, quanto ao preenchimento dos dados de identificação do usuário. Consideramos relevante o registro dessas informações porque sem a análise dos problemas que permeiam o cotidiano, tornam-se difíceis as proposituras para seus enfrentamentos. Por outro lado, também deve ser fomentada, no CR, sua função de observatório do sistema e, para tanto, ações de monitoramento e de avaliação devem ser por ele executadas, de modo que haja a educação permanente dos trabalhadores que operam nos diversos pontos do sistema de saúde, viabilizando a atenção de forma qualificada e resolutiva.

Entre os entrevistados, 40,9% consideraram que o problema mais comum no preenchimento da guia de referência foi a letra ilegível, enquanto 36,4% entenderam que o que trazia mais prejuízo para a ação regulatória, eram os dados clínicos incompletos. Estes justificaram que para corrigir a falta de dados, no campo da identificação do usuário, ainda podiam ser tomadas algumas atitudes, pelo próprio CR, antes que se procedesse à devolução da guia de referência, o que poderia acarretar prejuízo ao usuário, como por exemplo, a busca de informações no sistema de atendimento informatizado da SMS (Sistema Hygia). No entanto, quando a guia de referência não possuía uma descrição adequada da história clínica do usuário a ação regulatória, que se baseia em uma classificação de necessidade/risco, ficava comprometida, o que trazia consequência não desejável ao processo de atendimento, tanto para o usuário quanto para o gestor.

Muito importante. Porque ela é onde você tem as informações fundamentais. Se você está encaminhando alguém você tem que justificar porque você está encaminhando. Qual a necessidade deste encaminhamento. Imagina-se que primeiro você fez uma avaliação deste paciente e fez uma hipótese diagnóstica. Tudo que você fez o outro médico que vai atender tem que saber o que foi realizado. Então você tem que ter todas as informações necessárias. Desde a questão da própria da identificação, procedência do paciente até as questões clínicas. Então, é o mínimo que se espera do profissional. M1

Quando o caso era bem descrito, o trabalho dos reguladores era facilitado, bem como o atendimento daquele usuário, pois os reguladores tinham, no mínimo, a priorização do atendimento em função da classificação do risco advinda da análise de um problema de saúde bem descrito, o que para alguns trabalhadores já justificaria a existência do CR. Outro dado importante revelado nas narrativas foi que uma guia de referência bem preenchida também permitia a identificação de situações que poderiam estar sendo seguidas na atenção básica e não encaminhadas para o componente secundário.

Se considerarmos que os indicadores de cobertura assistencial evidenciaram uma cobertura muito acima do parâmetro recomendado para as consultas médicas especializadas contrapondo-se à baixa cobertura de consultas médicas básicas, podemos inferir que a análise conjunta dessas informações auxilia a compreensão do desenho do modo de produção de saúde do município e, conseqüentemente, este desnudamento pode viabilizar a construção de novas estratégias de intervenção.

Esses apontamentos provocam, ainda, a necessidade de acompanhamento do potencial resolutivo de cada componente do sistema e sua responsabilização quanto ao cuidado, demarcações que interferem no modo de produção das ações de saúde. Takeda (2004, p.76-77) cita que a proporção de encaminhamentos da atenção básica para outros pontos do sistema gira em torno de 5 a 20%, justificando que estes percentuais se assemelham em outros estudos de demanda de referência nacional e internacional.

Identificamos, neste momento, uma das contribuições que o CR pode fornecer subsidiando discussões sobre a capacidade resolutiva potencial e real de cada ponto do sistema, condição que tem relação direta com a continuidade e a

integralidade do cuidado. É preciso reconhecer que esta não é uma tarefa fácil, não só pelo fato de estarmos propondo uma revisão das práticas assistenciais mas também porque este movimento provoca alterações na redistribuição tanto de recursos humanos quanto de serviços, no sentido do atendimento de uma outra lógica de produção de saúde, tendo como centralidade o usuário, suas necessidades e a atenção básica como ordenadora do processo de atenção.

Campos (2000a, p.202) propõe considerarmos

[...] a discussão de que um modelo assistencial de novo tipo deve estar calcado em uma forte rede básica de serviços, que busca efetivamente uma outra combinação entre as tecnologias em saúde [...] que permita produzir uma relação de confiabilidade e de responsabilização do trabalhador com o usuário, e que busca um ótimo na resolubilidade das intervenções, promovendo coletivamente o controle dos riscos de adoecer, mas garantindo um acesso universal aos distintos níveis do sistema.

É notório, nas narrativas dos atores entrevistados, o reconhecimento da importância da ferramenta, *Guia de Referência*, para as unidades de trabalho que regulam os procedimentos eletivos. No entanto, não se percebe esta ampla consciência junto aos demais trabalhadores das equipes de saúde porque ainda permanecia o encaminhamento do instrumento com problemas, identificados principalmente, na descrição clínica do agravo. Esta é uma questão que precisa ser enfrentada por todos, gestores, trabalhadores do CR e pela equipe que assiste diretamente o usuário.

Na verdade, há que se compreender que não se trata apenas de um formulário para ser enviado a outro nível do sistema, mas de um instrumento que é fundamental para que, dentro de todo o processo de atenção passando pela regulação, sejam garantidos o acesso, a equidade e a integralidade. A guia de referência passa a ser objeto de análise balizado por consensos clínicos e protocolos regulatórios, ação que pode interferir diretamente na atenção ofertada a cada problema de saúde e na mobilização de recursos para sua reprogramação.

Toda esta discussão sobre a guia de referência tomou corpo porque um dos movimentos iniciais, promovidos pela implantação do CR, foi a centralização do agendamento de consultas médicas especializadas e, por isto, a primeira central a se estruturar foi a *Central de Regulação de Consultas (CRC)*. Ela, então, passou a receber as solicitações para agendamento de consultas médicas especializadas, regulá-las e a se responsabilizar pelo seu melhor direcionamento, considerando todo o leque de recursos assistenciais disponíveis na rede SUS. Esta medida causou um impacto na rede própria, mas partiu de um entendimento de que a marcação de consultas pela data da emissão da guia e não pela análise da prioridade não era a melhor opção a ser oferecida para o usuário, principalmente se vislumbrássemos o acesso equitativo.

Nas falas ficaram registradas que o tempo para a marcação de consultas médicas especializadas variava de uma unidade para outra e de especialidade para especialidade. Dessa forma, em algumas unidades mais atentas quanto à acessibilidade organizacional da rede de atenção, o tempo era menor, enquanto em outras, podia demorar muito o acesso a uma consulta médica especializada, principalmente, em especialidades com demanda reprimida. A demora no atendimento especializado e a ausência de uma análise mais profunda do motivo do encaminhamento, antes da centralização do agendamento, apareceram em várias narrativas.

Muito tempo. Um ano. Variava muito de unidade para unidade. Unidades mal organizadas, demorava muito mais tempo. As pequenas unidades tinham relativamente mais rápido. Bem desigual as consultas. Às vezes, um CA ficava atrás de uma acne. Era bem desigual. Era marcado pela data, sem nenhum critério. Depende muito da especialidade. Isto varia.
AA1

Parece-nos um bom momento para dispararmos um debate sobre centralização e descentralização e o comportamento desta relação no processo

de gestão. A atitude de centralizar, num primeiro momento - a organização do CR, suscitou vários questionamentos, o que provocou a necessidade de uma argumentação mais consistente que justificasse tal conduta. Parecia incoerente a medida de centralizar algumas ações, tendo em vista que um dos maiores desafios propostos pelo SUS, ratificados pelo Pacto da Saúde (BRASIL, 2006a), buscava aprofundar a diretriz da descentralização, acreditando ser ela uma expressão da democratização da gestão pública. Interessante resgatar aqui a discussão apresentada por Cardona (1998) onde o autor coloca que

[...] es tan insostenible la idea de una centralización total de las funciones publicas como la de suponer que puede desaparecer toda necesidad de mando centralizado. Una descentralización que no contenga la contraparte centralista en el punto extremo significa la disolución de cualquier criterio de integración, coordernación y sinergia social (CARDONA, 1998, p.12).

O diagnóstico assistencial que embasou a proposta apontou que a rede apresentava uma certa desorganização na oferta de recursos para o sistema de atenção, nos serviços próprios e conveniados que funcionavam basicamente sob forte influência da demanda. Naquele momento, então, concluiu-se que a centralização seria importante, permitindo iniciar um processo organizativo na lógica já descrita na ação regulatória, a partir do conhecimento da demanda que deveria avançar para o atendimento dos problemas de saúde e qualificação da rede de atenção. Do ponto de vista da gestão, a centralização e a descentralização não se posicionam como antíteses, mas sim como condições complementares e, desta forma, convivem dialeticamente neste processo (CARDONA, 1998).

A estratégia do CR, apesar do curto tempo de implantação, promoveu mudanças na organização da rede (principalmente no fluxo) com a perspectiva de novas alterações mediante a centralização de toda a oferta de serviços.

O tempo de espera longo para a marcação de procedimentos especializados, antes do CR, o qual resultava em grandes demandas reprimidas foi um dos pontos identificados pelos sujeitos do estudo, e sofreu maior transformação. Os sujeitos da pesquisa relataram uma agilização na marcação dos atendimentos decorrente da ação do CR que conseguiu alterar o tempo decorrido entre a chegada da guia de referência e o agendamento.

Depende da especialidade. Tem especialidade que é marcada assim com uma semana. Agora tem especialidade que tem muita demanda reprimida que é ortopedia, oftalmo, é coisa assim de um mês. Um tempo de um mês. [Isto antes do CR?] Não. Isto agora. Antes não! Antes era coisa de anos eu acho. Muito tempo! É porque nós catamos coisa do ano passado, quando a gente pegou, parada. Muito tempo! Na época, mais ou menos 9 meses a um ano. Senão mais! AA2

Isto varia muito de acordo com a especialidade que está sendo solicitada. Por ex. a ortopedia, a gente sabe que historicamente, é demorado. E continua sendo demorado. Mas, tem especialidade que leva um tempo razoável. Muito tempo, de 4 a 5 meses. A gente sabe de coisas que ficava até mais. Porque o que nós recebemos quando nós assumimos, começamos a montar, tinham caixas de guias de 2003, 2002. Então, às vezes, até mais de um ano esperando. Coisas que estavam paradas nas Unidades. Quando nós começamos a montar lá tivemos que desmontar muitas caixas de guias. [e exames] Muito tempo. Exceto RX, eu acho que uma média de 6 meses. E1

Sim. Embora ainda existam algumas áreas com demandas reprimidas bem grandes, a maior parte nós conseguimos eliminar. Ah, então sobrou um pouco de ortopedia, oftalmo e dermatologia que ainda têm uma espera igual a anterior. O restante já está bem mais ágil. M4

Nós conseguimos nas especialidades, na odontologia e em alguns exames. Na internação foi mais assim na parte da regulação mesmo. A gente ta avaliando e autorizando as internações eletivas. Eu acredito que melhorou de 70 a 90%. E4

Apenas em uma das falas houve a manifestação de que a marcação de consultas médicas especializadas era mais rápida, antes do CR, mas o próprio entrevistado não conseguiu justificar a razão de sua afirmação. Em sua narrativa ficou registrado que a facilidade ocorria apenas para alguns casos, de forma esporádica, quando o acesso era direto à unidade executante.

Vou ser franco com você a gente conseguia marcar mais rápido. Não me pergunta porque, porque eu não vou nem saber te responder. Eu tava na outra ponta, e muitas vezes, a gente queria uma consulta com o ortopedista e calhava de você ligar pro serviço e encaminhava e esse doente era atendido. Era pouco tempo. A média de tempo eu não sei falar. Tinha caso que a gente conseguia de um dia pro outro e tinha caso

que demorava. [e exames] Era prolongado. Demorava muito tempo. Como hoje é difícil. M8

Esta narrativa põe em pauta a questão da operacionalização do conceito de equidade, um dos pilares que sustentam sistemas de saúde fundamentados na atenção primária. O documento “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas”, produzido pela Organização Pan-Americana de Saúde (2005) pôs em evidência a importância de alguns valores para o estabelecimento de prioridades dentro do sistema de saúde, pois estes proveriam “un basamento moral para las políticas y programas que se proyectan en nombre del interés publico.” Dentre os valores eleitos encontra-se a equidade em saúde definida como

[...] la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes salubres, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud. [...] La equidad es la piedra angular de los valores sociales: la forma como una sociedad trate a sus miembros que están en peor situación refleja la manera como juzga la vida humana, ya sea explícita o implícitamente (OPAS, 2005, p.8-9)

Refletindo sobre a última narrativa apresentada acima, frente ao desafio de colocarmos a equidade como um dos valores centrais de um sistema de saúde, interrogamos se podemos conceber como justa a organização de um sistema que não ofereça as mesmas condições de acesso aos usuários; ou um arranjo organizacional que não garanta a melhor resposta possível para algum problema de saúde no momento de maior precisão ou que favoreça acessos rápidos personalizados em detrimento de demoras extenuantes para a grande maioria?

Entendemos que não.

Desse modo parece-nos condizente a ação implantada pelo CR de classificar a prioridade/risco dos casos a simplesmente, frente a um diagnóstico insatisfatório no que tange à acessibilidade organizacional, deixar os usuários à sorte de contatos personalizados e desvinculados do compromisso de desenvolvimento de um sistema de acesso mais equitativo e humanizado.

Encontramos nos discursos analisados, a preocupação dos trabalhadores em garantir o atendimento do caso classificado como prioritário, inclusive com a viabilização de atendimento quando a oferta, teoricamente, já não mais se encontrava disponível para o sistema.

Eu sei te informar com certeza das consultas especializadas. Que houve uma redução. Em caso de necessidade, mesmo que não tenha a vaga, a gente faz ter a vaga. Então, eu não sei como isto era tratado anteriormente. Se chega um caso que precisa, não tem a vaga no sistema, mas a gente liga, conversa, acaba encaixando. Eu não sei como era feito isto. A necessidade nós conseguimos reduzir, a gente dá um jeito. E1

Outro dado importante presente nas narrativas relaciona-se à interpretação que é preciso ser dada quando é feita a afirmação de que o tempo de espera para a marcação dos exames complementares diminuiu após a implantação do CR. A análise referente aos exames complementares deve ser cuidadosa, porque existe uma diferenciação no tipo de procedimento que está sendo solicitado. De modo geral, exames menos complexos e de menor custo dispõem de uma oferta maior possibilitando o rápido atendimento. Em contrapartida, em exames de maior complexidade e maior custo nem sempre a oferta atende às solicitações, o que dificulta o agendamento.

É óbvio que a discussão não pode se limitar, simplesmente, ao atendimento da demanda e sim estar atrelada ao modelo de atenção que está sendo proposto. Mas merece destaque o fato de ter sido apontado em uma das falas dos sujeitos da pesquisa, que o CR ainda não detinha o controle do tempo decorrido entre a liberação do exame e a data de sua realização, ou seja, o CR liberava rapidamente a autorização para a realização do exames, o que não era garantia de que o exame fosse realizado em um curto espaço de tempo.

Aí você tem que ter um cuidado. Não dá para você misturar no mesmo bolo esses exames. Até porque têm exames que são mais simples, de menor custo, que você tem uma oferta maior e a possibilidade de atendimento mais rápido, os exames radiológicos mais simples. E você

tem exames radiológicos mais complexos que você tem uma menor oferta e uma maior dificuldade. Eu acho que não dá pra falar no geral que todos tivessem o mesmo período. Talvez os exames de maior complexidade tivessem uma demora maior. Agora o problema é o seguimento. Nós no complexo não temos o controle do tempo que demora para marcar o exame. Nós temos aqui a questão da liberação do exame pelo complexo regulador. Agora, isto não significa que porque você liberou o exame vai ser realizado prontamente. Esse eu acredito que é um controle que a gente não tem. Por ex., a tomografia. A tomo, hoje, entre o pedido do médico e a liberação não dá um mês. Isto não quer dizer que o paciente vá fazer o exame em um mês. Como a APAC tem um tempo de apresentação de 2 meses, você imagina que neste prazo ela seja realizada. Então, entre a liberação e a realização você tem um prazo máximo de 3 meses. Agora, ressonância magnética, está com 4 meses para você liberar. Eu acho que o complexo não tem dimensão do tempo que demora depois que você libera. Eu tenho esta dúvida. M1

Esta é uma questão central do ponto de vista das atribuições do CR. Existe a necessidade de que toda a oferta própria e dos prestadores esteja disponibilizada na Central de Exames (CE), *on-line*, para que o gerenciamento e o controle sejam exercidos pelo CR, situação já experimentada pela **CRC**. Sem este mecanismo, a garantia da melhor e oportuna resposta aos problemas dos usuários, premissa operacional da estratégia, fica comprometida. Cabe, então, o chamamento da responsabilidade quanto à necessidade de aprimoramento da gestão da intervenção, a fim de que os efeitos esperados possam ser alcançados e reflitam na qualidade do atendimento à população.

Houve um investimento na equipe do CR com a alocação de mais trabalhadores para compor as Centrais de Regulação, o que racionalizou o trabalho e acelerou o atendimento, principalmente, dos casos prioritários. Entretanto, os casos classificados como eletivos permaneceram, no CR, obedecendo a um fluxo denominado rotina de agendamento e, pela fala dos trabalhadores entrevistados, ainda havia, à época do estudo, uma espera, principalmente, em especialidades médicas que historicamente apresentaram problemas, como a dermatologia e a ortopedia. Mas, mesmo nestas especialidades, a percepção dos entrevistados é a de

que este tempo decorrido entre a solicitação e o agendamento da consulta médica especializada diminuiu sensivelmente.

Os sujeitos do estudo também identificaram melhora no agendamento das cirurgias eletivas e diminuição da demanda reprimida para alguns exames complementares.

Hoje, nós conseguimos agilizar os casos de maior necessidade. A rotina nós não conseguimos agilizar tudo. Mas, o que tem realmente necessidade a gente consegue diminuir muito o tempo de espera. E1

Inicialmente, nós tínhamos alguns gargalos, uma demanda reprimida principalmente de ortopedia, dermatologia, oftalmologia e vários outros procedimentos. Então, nós começamos a agir nestes procedimentos pra tentar minimizar. Hoje, acho que a demanda reprimida é mais em ortopedia, oftalmo já deu uma boa melhorada, a parte da dermato a gente já conseguiu acertar para poder ficar dentro da rotina e a ortopedia que ainda continua mais complicado. M7

A constatação da diminuição da demanda reprimida de consultas médicas especializadas é importante, mas em suas narrativas os sujeitos do estudo registraram que a ação do CR também democratizou o atendimento, garantindo um acesso mais igualitário, residindo aí sua maior magnitude. A ausência de sistematização nos critérios para agendamento de procedimentos especializados favorecia um acesso privilegiado para alguns que se apoiavam em reclamações mais efusivas ou em auxílios intermediados por influências políticas, sem nenhuma análise do risco ou da prioridade.

Porque ele não precisa ficar batendo de porta em porta para marcar uma consulta. É um serviço que a princípio todo mundo tem o mesmo direito, prioridade, entendeu. Não é uma coisa, o “Zezinho” vai na frente. M6

[...] Eu acho que dificilmente você teria um retorno para voltar para as unidades. Você teria, às vezes, um ganho imediato em algumas unidades que resolveriam o problema mais rapidamente para quem gritasse mais. Mas seria uma desigualdade porque não haveria uma avaliação criteriosa da necessidade. Então, por ex., eram agendadas para as pessoas que reclamavam mais ou uma avaliação política se a pessoa tinha influência. Mas era sem critério. Hoje tem critério. É feita de forma homogênea em todas as unidades. Tem avaliação. Bem mais sério mais correto. Eu não vejo nenhum ganho em se retornar. Pelo contrário, eu acho que tem que ser implementado e melhorado porque é um embrião. Tem várias falhas como tudo que está começando, mas tem que ser aperfeiçoado. AA1

Houve um entendimento, nas falas dos sujeitos, de que a centralização e a existência de critérios e de uma orientação mais uniforme para toda a rede, definindo claramente os fluxos dentro do sistema, interferiram positivamente na dimensão organizativa da acessibilidade e na equidade. Por isso, o retorno à lógica anterior poderia caracterizar-se como um retrocesso para a dimensão da acessibilidade organizacional.

Ademais, o CR tornou-se um local de referência para as unidades solicitantes e executantes, traduzindo-se em importante elo entre os pontos do sistema. Melhorou a possibilidade de resposta aos serviços e, principalmente, ao usuário. Antes do CR havia um descompasso de informações sobre a oferta e a possibilidade de atendimento e agora:

Você tem um local centralizado e eles sabem que vem dali a resposta e eles têm a quem se dirigir. Antes, você perguntava alguma coisa ninguém sabia porque não tinha consulta, por ex. Agora, a gente sabe porque não tem. E a gente dá uma resposta mais certa pro usuário. E3

O retorno à unidade e ao usuário pode ser dado de forma mais sistemática, o que auxiliou a integração dos serviços, garantindo o acesso aos demais pontos do sistema, bem como, aprimorou a comunicação entre eles, condições essenciais à conformação de uma rede de atendimento mais solidária e humanizada:

Porque conseguiu agilizar. Como sempre se demorou muito para marcar uma consulta, até coisa que não tinha nada de demanda reprimida, então sempre se pensou assim, encaminhamento, no mínimo 6 meses. Atualmente não, você sabe que o encaminhamento não vai demorar para chegar. Então, isto ajuda o retorno que você dá para os usuários. As prioridades você consegue agendar antes. Eu acho que é uma excelente ferramenta, porque aí o médico percebendo a prioridade, na hora ele já liga pro médico regulador, já agiliza esta consulta ou o exame. Eu acho que isto ajudou muito a resposta aos usuários e a resposta às unidades. E2

A comparação realizada pelos trabalhadores entrevistados, entre o modo de organização anterior e o atual, fornece a percepção do quanto a situação do momento era melhor, pois o CR, por meio de suas Centrais, permitiu o

conhecimento de toda a oferta disponível no sistema, o que facilitou sobremaneira o direcionamento do paciente e a agilização do atendimento. Esta afirmação apresentava-se mais consistente quando se tratava da CRC e da CRO que foram entre as centrais, ditas eletivas, as que mais avançaram na proposta regulatória segundo os achados analisados.

A estrutura do CR, segundo o conjunto dos discursos, permitiu a visão do todo, favorecendo o conhecimento sobre o funcionamento e a organização do sistema, o que poderia facilitar a ação do gestor e também do controle social. O CR faz parte da reorganização do SUS e deve ser coerente com os seus princípios e diretrizes, tendo como um de seus objetivos a garantia da equidade.

O complexo regulador tem um objetivo de dentro das diretrizes do SUS, acho que garantir a equidade. É uma coisa que vem dentro do processo de reorganização do SUS. Desde que seja implantado de forma coerente pensado com a organização do SUS, eu acho importante. M1

É uma estratégia que tem potência para colaborar na sustentabilidade do SUS, mas precisa de investimento, divulgação e aperfeiçoamento.

5.2.2) O processo de trabalho no complexo regulador

Observou-se, nas narrativas dos entrevistados, uma reiteração de que a implantação do CR provocou um impulso na dimensão organizacional da acessibilidade. Encontramos em suas falas o relato das dificuldades enfrentadas no cotidiano de suas atividades, desde o início da estratégia, e também dos benefícios trazidos pela vivência da experiência, ainda que incipiente.

O grande volume de solicitações recebido pelo CR, mensalmente, em torno de 20.000 guias de referência, pode dar a dimensão da amplitude do trabalho operacional neste setor.

No tocante à infra-estrutura do CR observou-se que muito embora o espaço físico, a equipe de trabalhadores e o apoio logístico, no momento do estudo, fossem classificados como insatisfatórios ou insuficientes, havia um comprometimento dos trabalhadores com o desenvolvimento da estratégia proposta.

Mishima (2003, p.12), em seu estudo sobre a gerência de Unidades de Saúde da Família, afirma que a busca da coletivização do trabalho, da gestão de serviços de saúde dividindo responsabilidades, do estabelecimento de estratégias para a recomposição do trabalho em saúde de modo a acolher a clientela em suas necessidades “pode significar o favorecimento de uma lógica participativa e democrática, creditando aos trabalhadores e usuários a capacidade de se constituírem atores num processo de construção e de criação de diferentes possibilidades de intervenção”.

Nesse sentido, Campos (1997a) afirma que, no trabalho em geral e no trabalho em saúde em específico, a participação dos trabalhadores de saúde assume um papel fundamental.

[...] poderíamos afirmar que a adesão dos trabalhadores a um novo projeto de sociedade (ou de saúde) depende do reconhecimento de que esse novo estilo de vida já é possível hoje. De que o viver cotidiano não precisa obrigatoriamente ser aquele da repetição, da renúncia sistemática à autonomia e ao desejo. Que o trabalho em um centro de saúde, hospital, ou em qualquer outra instituição pública, pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto. (CAMPOS, 1997a, p.67)

“Pertinência à coletividade” nos dizeres de Campos (1997a) pode significar a possibilidade do trabalhador de saúde de se tornar autor do projeto assistencial em construção, neste sentido, “só se consegue algum tipo de mudança no modo de produzir saúde, se isto for uma tarefa coletiva”, do conjunto de atores, “reformadores” de modos de produzir ações de saúde, abrindo possibilidades para que o trabalhador em saúde “se reconheça no projeto que está sendo construído, parece ser um dos desafios que se coloca no cenário contemporâneo da saúde” (MISHIMA, 2003, p.12).

Mishima (2003) tomando outros autores (CAMPOS, 1989, 2000, CECCIM, 2002, MERHY, 1997, 2002; MISHIMA et al, 2003; SÁ, 2001) afirma que essa discussão aponta para dois aspectos presentes nos serviços de saúde: a questão dos trabalhadores de saúde a qual vem sendo assinalada como um dos pontos nevrálgicos para a construção de um sistema de saúde que se pautar pelo respeito aos princípios e diretrizes do SUS; e a forma como no cotidiano se estabelecem os *processos de condução do trabalho*, permitindo (ou não) a adesão e “compromisso dos trabalhadores e o desenvolvimento de ações coerentes ao projeto ético-político do SUS em seus princípios de universalidade, equidade, participação social e que podem conduzir ao exercício de direitos, ou seja, plena expressão de cidadania” (MISHIMA, 2003, p.13).

Ainda, Campos (1997b) afirma que

[...] sobrevive-se mais facilmente e gostosamente quando se sente criador de Obras dignas da admiração e do respeito público. Há várias maneiras práticas de implementar essa diretriz. Uma mais genérica se refere à criação de mecanismos que permitam o envolvimento de todos os participantes de uma equipe com a elaboração de novas maneiras de se fazer uma instituição funcionar. [...] Restaurar a ligação dos trabalhadores com a Obra implicaria estimular, ao mesmo tempo, a liberdade criadora e a delegação ampliada de responsabilidade aos profissionais. (CAMPOS, 1997b, p.235)

Para Campos (1997b), *Obra* é o reconhecimento tanto por parte do trabalhador como do usuário e da sociedade do resultado do trabalho. Esta discussão é trazida por esse autor quando o mesmo assinala que na saúde é fundamental buscar-se a reaproximação dos trabalhadores do resultado do trabalho, uma vez que se observa que estes se encontram separados de sua *Obra* (MISHIMA, 2003). Campos (2000b, p.134) chama, ainda, atenção de que a produção da *Obra*, necessariamente não eliminaria o trabalho penoso, mas permitiria o estabelecimento de relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho, onde haveria a possibilidade da contribuição singular de cada um. “Obra de que todos co-participam, funcionando como co-autores da história de cada organização.”

Ao trabalhar com a noção de *Obra*, em nenhum momento o autor afirma que isto implica em renunciar ao objetivo primeiro colocado para a organização, ou aos processos que possibilitam a explicitação e a operatividade desta – no caso a SMS - ao contrário, implica ter permanentemente presente o objetivo/a finalidade da organização como um norte e um limite pertinente a todos os trabalhadores envolvidos no processo de produção (MISHIMA, 2003).

Tomando essas questões, mais um questionamento essencial emergiu do conjunto dos aspectos tratados neste estudo: a magnitude de se associar à análise das dificuldades estruturais do modelo assistencial pretendido. Esta clareza passa pela compreensão de que o CR é uma instância que faz a articulação entre a atenção básica, secundária e terciária e, como tal pode ser instrumento colaborador

para a atenção básica exercer a coordenação do cuidado, considerando o papel ímpar desempenhado pelo conjunto dos trabalhadores de saúde.

Nesse sentido, 95,5% dos sujeitos da pesquisa afirmaram que o CR constitui-se em uma ferramenta de integração entre os diversos pontos do sistema, enquanto 68,3% expressaram que a atenção básica pode contar com a ação do CR para melhorar a resolubilidade de suas ações.

Entretanto, se não tivermos uma atenção básica desenvolvida nos moldes previstos pelo SUS, pode-se incorrer na implantação de uma estrutura que atenda a outros projetos assistenciais e não ao desejado pela política pública de saúde. Então, o problema não se resumiria à formatação de uma agenda, para o atendimento de uma demanda, contrapondo-se a uma oferta disponível que é uma questão muito voltada ao operacional, mas sim, à explicitação de qual projeto está sendo defendido para podermos pensar as reais dificuldades enfrentadas pelo CR, tanto do ponto de vista estrutural como processual, as quais, conseqüentemente, passam pela escolha do modo de produção da saúde e interferem na colheita dos resultados (MENDES, 2002).

A grande dificuldade ainda está no modelo de assistência preconizado pelo SUS. Na verdade, o complexo é uma instância intermediária entre a atenção primária, secundária e terciária. Agora, se você imaginar que a atenção primária ainda não se dá de uma forma adequada dentro do modelo que você espera do SUS, como é que você vai imaginar a formatação de uma agenda secundária? Por isso que eu acho que têm outros fatores que dificultam a própria formatação. Se você não tiver uma atenção mais adequada na atenção básica é difícil dizer, se aquilo que você tem de demanda para o secundário ou terciário é adequado. Eu acho que a gente não consegue trabalhar a questão da necessidade, oferta e demanda. Há outros fatores que emperram a questão da organização da agenda. Não é uma coisa exata, da matemática porque depende muito da forma que a atenção básica se dá. Você pode ter uma maior ou menor demanda dependendo da visão do profissional que está na atenção básica. Então, se eu não tiver muito claro a forma de assistência que deva ser dada, você vai ter problema na formatação da agenda. Não é uma coisa simplista. M1

Intervir na realidade exige sempre responder à pergunta: em que direção?

Qual a direcionalidade a ser dada ao processo (MISHIMA, 2003). Sá (2001,

p.156) afirma que “planejamento e gestão/governo deixam de dizer respeito a um problema de administração das coisas pelos homens e passam a significar um problema de interação entre os homens na busca de seus objetivos.”

O processo de trabalho, no CR, embasado na **ação regulatória** definida como “o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso” (BRASIL, 2006c), sob a ótica operacional, enfrentou vários obstáculos desde a implantação, sendo alguns deles descritos nas entrevistas realizadas.

Para o desenvolvimento da ação regulatória, é imprescindível a existência de apoio logístico que permita a ordenação e a orientação dos fluxos assistenciais e o domínio da relação entre a gestão e os vários prestadores de serviços. No decorrer do processo de implantação e para que o CR conseguisse realizar as ações sob sua competência, tornou-se imperativo a colocação de toda a oferta disponível no sistema, como já trazido anteriormente.

Diante dessa realidade, começaram a aparecer as limitações do atual sistema de informação, principalmente, sua instabilidade que interferia diretamente na formatação das agendas:

[principal dificuldade estrutural] Por causa do sistema Hygia, a instabilidade da agenda. AE3

Os discursos também apontaram que para o desenvolvimento de todas as suas atribuições de gerenciamento, monitoramento e avaliação da ação regulatória, o CR deveria dispor de um sistema que além de acomodar *on-line* toda a oferta de recursos assistenciais também produzisse a emissão de relatórios analíticos para subsidiar o processo avaliativo e decisório.

Hoje, o que mais dificulta o nosso trabalho são os equipamentos e um software de trabalho, entendeu. Recursos humanos nós estamos com a quantidade adequada. A questão só é a logística do trabalho. Nós não temos um software que dê conta do nosso trabalho, hoje. CD3

Moraes e Santos (2001, p.51-52), em artigo produzido em decorrência da Oficina de Trabalho “Informações para a Gestão do SUS”, ocorrida no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, apresentaram quatro eixos temáticos sintetizadores de “problemas e perspectivas para as informações de interesse para a área de saúde”: o uso das informações em saúde, a tecnologia da informação, a qualidade da informação e a questão ética relacionada à informação em saúde.

O eixo sobre a tecnologia da informação é resgatado, oportunamente, para destacar que as autoras entendem que “ as mudanças na dimensão política da gestão da informação precisam vir acompanhadas de mudanças tecnológicas para que seja alcançado o patamar do uso efetivo da informação do processo de gestão da saúde.”(MORAES; SANTOS, 2001, p.51-52)

Dessa forma, considerando o porte operacional e a dinâmica da estratégia diante da rede de atenção à saúde, para que as atividades do CR se desenvolvessem, tanto quantitativamente quanto sob o prisma qualitativo, a existência de recursos tecnológicos adequados era crucial para o êxito da proposta e de sua continuidade. Embora tivessem sido mobilizados esforços, ficou evidente, em algumas falas, que limitadores estruturais referentes à tecnologia da informação interferiram no desenvolvimento da intervenção, atingindo seu ritmo de implantação e sua qualificação. Permanece o alerta: para que a experiência possa realmente produzir os frutos de impacto sobre o sistema de atenção, colocam-se como tarefas iminentes para o gestor, relacionadas diretamente à viabilidade de continuidade e de crescimento da

intervenção, o investimento na adequação tecnológica para a informação e a capacitação dos trabalhadores, no manejo desses recursos.

Do ponto de vista operacional, no conjunto das narrativas dos sujeitos da pesquisa, observamos como outro grande dificultador do processo de trabalho o descumprimento da oferta pelos prestadores próprios e conveniados:

O descumprimento da oferta apresentada ao CR, tanto por parte dos prestadores, quanto dos serviços próprios. Isto é o que desestrutura o serviço. Do jeito que está desestruturada esta coisa do descumprimento, a gente perde muito tempo fazendo a agenda. Aí o pessoal passa a ser insuficiente. E1

Esta dificuldade deve ser ponderada, tendo-se em mente que a capacidade instalada que determinou o quantitativo da oferta, no tocante aos prestadores conveniados, foi fornecida ao CR, pelas próprias unidades executantes, não se justificando o seu descumprimento exceto em ocasiões excepcionais que certamente receberiam uma análise especial. Quanto aos prestadores próprios, a capacidade instalada foi examinada pelo gestor, tendo em conta os recursos disponíveis na rede de atenção própria. A hipótese que poderíamos aventar para explicar tal situação talvez fosse a ausência de um monitoramento mais contínuo, dos prestadores próprios e conveniados, no sentido da manutenção e ou revisão do compromisso assumido com o gestor e que fundamenta a base operacional do processo de regulação.

Ainda dentro da análise estrutural do CR, nas entrevistas realizadas, 68,2% referiram que o compartilhamento do espaço físico entre as centrais de regulação teria potência para interferir positivamente na ação regulatória, favorecendo a comunicação e a troca de experiências entre os profissionais e, conseqüentemente, a agilidade na resolução dos problemas.

Porque vai ter um maior intercâmbio entre as pessoas. A gente já percebe que, por ex., entre a central de consultas e a central de exames, a gente está, entre aspas, no espaço físico igual, que é totalmente

inadequado, isto já ajuda a você integrar o serviço com o outro. Vindo a questão da urgência pra cá isto vai ajudar muito. A gente tem muitos problemas, assim existe a dificuldade de vagas nos hospitais, às vezes não conseguem regular o paciente da unidade para o hospital. Aí o regulador acaba falando pra seguir este paciente no ambulatório. Então o médico da unidade liga pra marcar uma consulta de urgência. Só que nós marcamos consultas eletivas, então, fica difícil marcar uma consulta de urgência. De repente, vindo a regulação de urgência vindo pra cá, a gente melhora a comunicação entre as pessoas, entre os médicos principalmente, entre os profissionais pra você conseguir equalizar o atendimento do paciente da melhor maneira possível. Essa integração entre consultas, exames e internação, no mesmo espaço, isto já ajudou bastante. Apesar de cada um tomar conta do seu setor isto já ajudou muito. E2

O investimento na adequação do espaço físico denota o reconhecimento de que mudanças na ambiência poderiam favorecer o processo de trabalho.

No entanto, merece ressalva que a interação não poderia restringir-se, unicamente, às transformações estruturais. As unidades de trabalho precisariam, necessariamente, estar sintonizadas para desenvolverem o mesmo projeto assistencial.

Se as centrais não estiverem juntas e afinadas trabalhando junto, a gente não consegue regular. Além de estar no mesmo espaço físico, a equipe precisa estar ajustada, ter conhecimento da oferta, da demanda, da necessidade. E1

Do ponto de vista teórico ideal, acredito que sim. Na verdade você tendo um mesmo espaço, onde você tenha a questão das intervenções, sejam elas de eletivas e de urgência, de suporte aos atendimentos, a lógica diz que você tenderia a ter um melhor aproveitamento dos serviços. Até pela questão da possibilidade de discussão. Agora, eu acho que isto depende muito da condução que você dá dentro da central. Porque se a central trabalhar no mesmo espaço mas as atividades não forem integradas, não adianta muita coisa. Se cada um fizer uma atividade sem uma integração mínima, não vale de nada. M1

Cabe aqui um pequeno parênteses, e tratar do tema ambiência. Ambiência tem sido uma terminologia presente nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Humanização, referindo-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que

são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2006b, p.5)

O termo e o conceito, assim, podem ser utilizados também nos espaços de encontro entre os trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de seu trabalho, de modo a estabelecer espaços que potencializem suas ações para a finalidade colocada ao processo de trabalho desenvolvido.

Voltando aos fragmentos acima, estes apontam na mesma direção trazida, que a coordenação do processo de trabalho tem um papel fundamental no sentido de usar os benefícios da proximidade física para conduzir a interação entre as centrais de regulação em defesa de um único projeto assistencial. Para isto precisa ser explicitado e discutido o modelo de atenção pretendido que irá alicerçar o processo de trabalho do CR.

Os trabalhadores do CR, para desenvolverem o elenco de atividades que suportam a ação regulatória, necessitam invariavelmente de, no mínimo, conhecer:

- a proposta de regulação do SUS;
- o mapa de recursos disponíveis no sistema (unidades executantes);
- as unidades solicitantes;
- os protocolos regulatórios e clínicos.

Quando analisamos o conjunto dos discursos dos entrevistados, temos que 47,3% dos trabalhadores referiram não ter conhecimento da proposta de regulação do SUS. A capacitação da equipe para as atividades de regulação, antes da implantação da estratégia, não ocorreu de forma satisfatória de acordo com 59,0% dos relatos. Estes dados podem representar um sinal para a coordenação do CR, pois a compreensão da proposta e a capacitação para o

exercício da prática regulatória poderiam interferir na qualificação do processo de trabalho e, conseqüentemente, no resultado das ações:

Capacitação específica para mim não teve. Mas acredito que houve. Eu não participei da implantação do complexo regulador como um todo. A capacitação para mim foi no dia-a-dia. CD3

[...] Bem parcialmente. Quase não. Quando eu entrei não teve treinamento nenhum. Aí eu entrei tinha mais umas duas funcionárias, a Fulana que é a chefe do setor estava saindo de férias. Então eu caí de pára-quadras. Com eu tinha trabalhado antes com auditoria e triagem em convênio, eu tinha uma idéia mais ou menos do eu tinha que fazer e também a central não tinha uma estrutura. A gente foi criando muita coisa de improviso, até conforme as situações foram aparecendo. M3

Sim. Conversas, não foi treinamento. Treinamento que a gente teve foi no ano passado, que a gente teve uma oficina de capacitação. E4

Em contrapartida, 72,0% dos trabalhadores entrevistados consideraram que a implantação do CR produziu para eles algum aprendizado sobre a organização do SUS, pois, na elaboração do mapa de recursos assistenciais disponíveis, ferramenta essencial para a ação regulatória, num primeiro momento voltado mais para o atendimento secundário e terciário, foi preciso fazer um levantamento de todas as unidades executantes, analisar a capacidade instalada de cada uma delas, pactuar a oferta com estas unidades e identificar todas as unidades solicitantes. Desse modo, os trabalhadores do CR passaram a ter de forma mais sistemática o conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis na rede SUS, para poder executar o papel regulador:

[...] Porque o trabalhador ficava isolado e sem a noção do que a rede podia oferecer. Com a integração do complexo regulador você consegue ter uma visão melhor de todo o serviço da rede SUS e como distribuí-lo. M4

A importância dos protocolos regulatórios⁹ e clínicos para o desenvolvimento das ações de regulação foi identificada nas narrativas dos sujeitos da pesquisa, incluindo os avanços conseguidos, pelo CR, na elaboração de protocolos

⁹ *Protocolos de Regulação* são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamentos que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente entre os níveis de complexidade da atenção, orientando quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolubilidade de cada um deles. Os *Protocolos Clínicos* descrevem a prática da medicina baseada em evidências para subsidiar as decisões terapêuticas (BRASIL, 2006c, p.7)

regulatórios e as dificuldades enfrentadas, principalmente, na construção de consensos clínicos. Tanto o protocolo regulatório quanto o clínico foram compreendidos como instrumentos facilitadores da ação regulatória, colaborando na agilização do agendamento, no direcionamento mais adequado do usuário dentro do sistema, na sistematização de critérios para a ação regulatória (diminuindo a personalização da ação), na definição da hierarquização dos pontos do sistema (capacidade instalada e potencial de resolução) e na capacitação dos trabalhadores.

Muito importante. Primeiro para você ter alguma coisa escrita do que você vai fazer. O que a Secretaria oferece de verdade pro paciente. Pra agilizar as decisões que a gente tem que tomar diante de um caso. Você tá com um papel na mão, você não sabe pra onde você vai mandar, quem que pode atender aquilo, quem que vai resolver aquilo. Se tiver protocolo isto é muito mais fácil. Pra você encaminhar, pro paciente chegar mais rápido no serviço. Você diminui a demanda e também porque é um setor que está crescendo, crescendo ... tá sempre chegando gente nova. E toda a pessoa nova que chega você tem que parar e explicar e deixar que a pessoa tenha o espírito autodidata. Vai ter que aprender sozinho. Se tiver protocolo pra entregar na mão dele e ele ler o protocolo, aí qualquer um bem treinado faz. M3

Muito importante. Porque através de protocolos a gente vai conseguir tá analisando qual a oferta e a necessidade. Se eu tenho o protocolo nós vamos saber o que atende em cada nível do sistema. Até aqui eu faço atenção básica, aqui é o secundário, isso aqui é caso terciário. Sem protocolos a gente fica amarrado para poder estar acertando isto. E1

Apesar da constatação da importância da existência de protocolos para o CR, de forma especial no que se refere à acessibilidade organizacional, nos discursos ainda foi provocada a reflexão do modo de emprego deste instrumento, no sentido de ter ferramentas que favoreçam a condução do caso dentro do processo de regulação e não cerceadores de condutas que tornem excessivamente rígidas as possibilidades de atendimento, excluindo as análises das individualidades.

5.2.3) Constituição da rede de atenção solidária

As normativas ministeriais que orientam a operacionalização da macro-diretriz da descentralização da saúde representadas, atualmente, pela Portaria 399/GM/06 (Pacto pela Saúde 2006) em seus detalhamentos buscam “superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão” (BRASIL, 2006a).

Nesta lógica o olhar para o conhecimento do território e sua dinâmica passa a ser pré-requisito para a organização da rede de atenção à saúde na perspectiva do alcance da integralidade.

Monken e Barcellos (2005, p.898-899) descrevem que o território apresenta

[...] além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção.

Os autores ainda afirmam que

O reconhecimento deste território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEN; BARCELLOS, 2006, p.889)

No caso específico da regulação da atenção, a constituição da rede de ações e serviços de saúde torna-se primordial para que as ações regulatórias sejam programadas e se processem em função dos problemas identificados, no território, pela AB, de modo a produzir efeitos satisfatórios na condição de saúde das pessoas.

Corini apud Canario (p.135) descreve *rede* como “uma conexão não estabilizada de atores ligados em torno de um objeto de colaboração comum que põe em sinergia um certo número de recursos próprios a cada uma das partes.” Assim, a rede de atenção constitui-se em estrutura complexa (composta por múltiplos atores) e, para que ocorra uma integração funcional entre seus componentes, o caráter complementar das ações desenvolvidas pelos diferentes sujeitos deve ser considerado.

Saúde (2006, p.52), em seu estudo sobre a rede de atenção, no município de Uberaba – MG, afirma que “Falar em rede é falar em interdependência”.

As acepções de complementaridade e de interdependência que precisam estar presentes no interior desta rede de atenção dimensionam a complexidade de sua constituição e impelem à reflexão sobre sua configuração, de forma a extrapolar simplesmente seu funcionamento, necessário, mas insuficiente para dar respostas às necessidades dos atores que atuam no cenário do campo da saúde.

Quando o objeto da análise se volta para a estratégia do CR, suas competências e atividades, verifica-se a importância da existência de uma rede de atenção que exercite esta complementaridade e interdependência, para que as ações regulatórias aconteçam em sintonia com as diretrizes do SUS.

No entanto, reconhecemos a coexistência de inúmeras redes operantes em abrangências diversas no campo da saúde, em territórios distintos com estruturas peculiares, mas que se interpenetram sem se confundirem (BONET; TAVARES, 2006, p.396). Para colocarmos em foco a rede mais próxima ao espaço da ação de regulação, recorte deste estudo, buscamos a perspectiva da integralidade “como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde.” (PAIM; SILVA, 2006, p.99). Nesta direção, o entendimento de rede trazido por Orrico (2007, p.574) como “um espaço representacional no qual há uma pluralidade de pontos que se ligam por uma pluralidade de ramificações sem que, por definição, nenhum ponto seja privilegiado em relação a outro.” Todos os pontos são vitais para a configuração da rede e os conceitos de interdependência e complementaridade, entre estes pontos, novamente afloram como possibilidades de um livre fluir no entrelaçamento constitutivo da rede de atenção.

Na fala dos sujeitos da pesquisa, porém, a dificuldade da articulação entre os pontos do sistema foi relatada e relacionada à grande diversidade dos atores e de suas condutas, bem como à ausência de homogeneidade dos serviços e de suas ofertas, fatos estes apresentados como prejudiciais ao estabelecimento da rede de atenção. Saúde (2006, p.56) em sua discussão sobre rede afirma ser esta

[...] uma construção coletiva que vai se definindo durante o processo de aproximação de pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas, que definem coletivamente seus objetivos a partir da compreensão compartilhada da realidade social.

A presença de diversidade de atores, em nosso entendimento, não poderia ser compreendida como fator de negatividade para o estabelecimento da rede, pois divergências também podem ser promotoras de crescimento quando tomadas no sentido de que a pluralidade de idéias e opiniões, colocadas na arena de negociações de forma transparente, pode colaborar para a formação de consensos. A mesma autora ainda desperta nossa atenção para o fato de que “as redes são formadas a partir da conexão ou vinculação de pessoas” e reforça que na medida em que elas são construídas nas perspectivas dos sujeitos “o conflito é uma situação previsível, e determina a existência da obstrução do fluxo de vínculos”(SAÚDE, 2006, p.58). O caminho apontado pela autora seria, então, a revelação e a abordagem deste conflito de forma a recompor o vínculo entre os sujeitos e recuperar a solidariedade e o poder da rede.

A causalidade das dificuldades ou facilidades para a constituição da rede de atenção foi remetida a muitos fatores pelos trabalhadores entrevistados. Como fatores facilitadores para a configuração da rede, foram citados: a boa comunicação do CR com as unidades de saúde solicitantes (entre os entrevistados 59,2% consideraram ser boa a comunicação com estas unidades); o fato de a maioria dos trabalhadores do CR ter vivenciado a cotidianidade destas

unidades de saúde; a presença de gerente e de equipe de saúde envolvidos com a unidade e com o processo da atenção, e a credibilidade no trabalho desenvolvido pelo CR que passou a dar resposta mais consistente aos problemas apresentados pelas unidades solicitantes.

Tem um envolvimento grande da equipe daqui de estar estreitando estes laços com as unidades, de fazer o pessoal da unidade saber como é o trabalho da gente. A maioria das pessoas que está aqui conhece a realidade das unidades de saúde. Então, a gente procurava trabalhar bem para facilitar o serviço de todo mundo. Dar andamento no atendimento. E1

[...] Boa. Tendendo a melhorar. Acho que o pessoal passou a ter mais credibilidade na gente. A gente passou a ter resposta para a unidade. Há algum tempo atrás a gente não tinha uma resposta. E eu acho que com o complexo passou a ter, a passar mais segurança para as unidades de saúde. E4

Nestes fragmentos selecionados das entrevistas, fica ratificada a importância do estabelecimento de vínculos entre os sujeitos para que internamente e externamente a rede de atenção seja fortalecida e alcance suas finalidades. Rovere (1999, p.23), provocando a discussão sobre a lógica das redes afirma que a partir da entrada dos sujeitos na rede ocorre também a entrada em vínculos solidários e que a avaliação para reconhecer se os serviços de saúde conformam ou não uma rede parte da constatação da existência ou não de comportamentos solidários.

No entanto, problemas de comunicação entre os pontos da rede de atenção também foram relacionados, variando desde dificuldades estruturais (como por exemplo, números de linhas telefônicas insuficientes, número reduzido das equipes do CR e das unidades) até o despreparo, desinteresse e a falta de compromisso de alguns trabalhadores da rede de saúde; e a falta de informação para o próprio trabalhador do CR, para os demais trabalhadores das unidades solicitantes e executantes e para os usuários, etc.

São múltiplos os elementos que podem estar relacionados a esta comunicação não satisfatória que obstaculiza a construção da rede almejada.

Passaremos a discorrer um pouco sobre alguns elementos que se destacaram nas narrativas dos entrevistados.

Embora tenha sido reconhecido que a implantação do CR tenha permitido o aprofundamento do conhecimento sobre o SUS para os trabalhadores que nele foram alocados, também foi colocado que este processo não atingiu de maneira correspondente os sujeitos de outros pontos da rede de atenção.

Para quem está envolvido com o complexo regulador, sim. Mas, para quem não tem contato, não. Porque a informação ainda não chegou na ponta. (...) Se os trabalhadores têm a informação fica mais fácil para os usuários aprenderem. Isso já está acontecendo, mas precisa melhorar. CD1

Para alguns dos entrevistados, o raro diálogo existente entre os sujeitos, o excesso de comunicação escrita, a dinâmica de trabalho do CR não acompanhada pelo repasse das informações para todos os pontos do sistema, assim como, a pequena divulgação sobre a finalidade do CR e suas atribuições para toda a rede de atenção poderiam ser considerados fatores promotores de interferência negativa no processo comunicacional.

O serviço vai se aprimorando à medida que você vai sendo afetado. Então, as coisas vão acontecendo e tendo que acontecer e, às vezes, a gente não tem como estar regularizando tudo isto. O serviço começa a aumentar, oferece algumas coisas, uma série de exames e a gente não tem como passar esta informação para quem está solicitando. Isso eu acho complicado. E também, porque muitas vezes, tudo é feito por escrito. De uma maneira mais formal. Fica mais difícil da gente se comunicar. CD2

Nem todos os usuários e trabalhadores têm acesso a estas informações. Às vezes, até por falta de interesse. Também não é só acesso. AA1

Aprofundando nosso olhar sobre estas falas, que reportam as dificuldades dos sujeitos no desenvolvimento de suas atividades nos diversos pontos do sistema, vêm à lembrança as asserções de Rovere (2003, p.62), referentes aos sentidos cooperativo e solidário que devem permear as redes de atenção.

[...] Aunque los sujetos puestos en relación continúan centrados en sus respectivos proyectos al compartir actividades o recursos contribuyen en forma cruzada a alcanzar los objetivos de cada uno, quizás con mas eficacia, calidad o ahorro de recursos. La cooperación genera

solidariedad al menos en la forma que se describe para la física cuando dice que dos cuerpos son solidarios cuando nada que le ocurra a uno le es indiferente al otro.

Este pode ser o grande diferencial da rede conformada no sistema de saúde que deve ir além de uma funcionalidade e atingir gradações de solidariedade entre os sujeitos que compõem os diversos pontos desta rede. O desafio está colocado para trabalhadores, gestores e usuários no sentido de exercitar o estabelecimento de vínculos por meio da participação colaborativa para a construção de uma rede de atenção à saúde solidária!

Na análise das narrativas, verificamos que a situação da relação comunicacional com o usuário foi abordada sob vários aspectos. Apenas 27,3% dos entrevistados entenderam que a implantação do CR foi capaz de produzir algum aprendizado sobre a organização do SUS para os usuários. Entre os motivos citados para esta comunicação não ter se realizado a contento estavam: a falta de acesso dos usuários às informações e orientações sobre o SUS e sua organização, o desinteresse dos usuários em conhecer o sistema e as transformações ocorridas no sistema, incluindo a política de regulação, o entendimento pelos usuários de que o processo regulatório é dificultador do acesso, a precariedade da relação comunicacional da unidade com o usuário culminando em desinformação, o caráter imediatista da expectativa do usuário que o impede de ver os avanços promovidos pela melhora na acessibilidade organizacional e a falta de divulgação massiva sobre a política de regulação do SUS para os usuários.

Para os usuários parcialmente. Porque ainda eles não têm acesso a uma orientação adequada sobre qual o funcionamento real do CR. M4

No exato momento em que você não tem a discussão com o usuário deste processo de transformação que você está fazendo dificilmente vai levar a um melhor conhecimento. Acho que você tem uma questão muito pontual. Alguém que te liga pra falar que tá demorando uma consulta ou um exame, e aí você pode explicar alguma coisa sobre o próprio funcionamento do sistema. E aí você percebe que o usuário não tem tanto

conhecimento da questão das ofertas. Acho que isto é reflexo, volto a insistir, do modelo de atenção à saúde que você está produzindo. Na verdade a relação do usuário com a unidade de saúde ainda é muito ruim do ponto de vista dele conseguir conhecer aquilo que é oferta mas também de discutir sobre a sua própria saúde e sua condição. M1

Para os usuários eu não sei se nós chegamos a este ponto. Mas um pouco melhorou. Principalmente para aqueles que vão à Unidade e a unidade tem o conhecimento, consegue passar esta informação pro usuário, eu acho que é melhor. Agora, aquela unidade que não tem muita preocupação fica um pouco mais difícil. “Ah! O seu exame? Sei lá do seu exame! Foi lá prá central!” Não tem a preocupação de ligar e procurar. Nestes casos fica difícil. Eu diria que não melhorou em tudo aquilo que nós gostaríamos. M7

Para os usuários, se for, ainda está muito incipiente. Justamente por eles não conhecerem as rotinas do serviço, entendeu. Para eles o que importa é: necessito de uma consulta; quando a consulta vai ser marcada. Agora, a forma, o processo, ainda hoje, para eles não importa muito. CD3

No conjunto dessas narrativas, encontra-se implícita a participação da população e o controle social, enquanto uma diretriz do SUS, ainda com dificuldade de se viabilizar num processo efetivo de gestão compartilhada e de co-responsabilidade em relação ao sistema de saúde.

Resgatar a participação dos usuários na prática do controle social, mesmo que ladeada de conflitos e embaraços, por meio dos canais reconhecidos do SUS, os Conselhos de Saúde, refere-se ao reconhecimento do avanço do sistema, com vistas à superação de formas autoritárias de gestão e a conquista de um agir mais democrático no processo decisório das políticas públicas. No entanto, Chauí (1993) apud (SILVA, CRUZ e MELO, 2007, p.684) aponta que

[...] os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem em especial, a partir das possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma de poderem intervir como produtores do saber.

Dito isto, ao refletirmos sobre as falas dos sujeitos do estudo, ficou-nos a impressão de que este acesso às informações pelos usuários, de modo geral, não se deu a contento, pelas próprias razões citadas nos fragmentos das entrevistas ou talvez, pela forma inadequada de apresentação destas informações. Silva, Cruz e Melo (2007, p.684) discutem que os sujeitos políticos que participam do

controle social (neste caso entendemos os usuários, trabalhadores e gestores) precisam conhecer o SUS, seu arcabouço jurídico, a realidade local (epidemiológica, assistencial, financeira, política) para poder acompanhar, estimular e avaliar o caminhar do sistema de informação em saúde do município. Então, qual deve ser a informação em saúde a ser publicizada? Como ela deve ser apresentada e acessada para que, realmente, possa ser compreendida e se coloque a serviço destes sujeitos políticos para a consolidação da democratização do SUS? Parece-nos que a resposta a estas indagações possam colaborar para o pleno exercício do controle social e, no tocante ao CR, atuariam como um questionamento na direção do repensar das práticas estabelecidas entre os sujeitos, relativas ao processo comunicacional, o que estaria implicado com a continuidade e o desenvolvimento da intervenção.

É imperativo, para o funcionamento solidário da rede de atenção, a integração entre os componentes do sistema, buscando uma abordagem integral dos problemas de saúde. O CR, para 95,5% dos sujeitos entrevistados, foi considerado como uma importante ferramenta de integração entre os diversos serviços (atenção básica, secundária e terciária). No entanto, os sujeitos precisam estar atentos para que sua organização esteja fundamentada para atender aos princípios diretivos da política de regulação, no que tange à integralidade, à acessibilidade, à resolubilidade, à hierarquização e à equidade e não à racionalização dos recursos assistenciais e financeiros.

À medida que você tem o processo de regulação definindo o fluxo e não sendo um funil, essa é uma questão primordial. Ele não pode ser um funil que vá separar os diversos níveis da assistência. Ele tem que ter todo este processo de integrar tudo o que está vindo da atenção básica e distribuir para os diversos níveis. Se ele tiver um processo de organização suficiente, que permita fazer este fluxo e não ser simplesmente um funil, ele tem este papel integrador importante. M1

O CR foi considerado, nas narrativas dos trabalhadores entrevistados, como uma interligação do sistema, porque organizou o fluxo, promoveu comunicação entre os componentes da rede do sistema de saúde, resultando em um atendimento mais equânime, ágil e oportuno aos usuários, ainda que, naquele momento, estivesse mais focado em casos prioritários.

O CR é essencial, é a ferramenta de integração entre os serviços e isto permite uma resposta mais rápida aos problemas. CD1

[ferramenta de integração] Certeza que sim. Porque essa é a função dele. Porque com a integração foi mais fácil você conseguir uma resposta melhor para os problemas mais graves. M4

Nesse sentido, houve um entendimento de que a estratégia mereceria maior investimento, pois teria potencial para aprimorar suas ações e causar impacto na organização do atendimento por meio de uma rede de atenção mais solidária e humanizada, realmente centrada nas necessidades dos usuários.

A partir disto que eu falei, da capacidade de aproximação dos serviços oferecidos, da equidade de distribuição dos serviços. É claro que a partir desta experiência já feita, você tem um campo enorme para a melhora de tudo isto. M4

Entretanto, segundo alguns dos relatos analisados, o investimento necessário para que o CR pudesse desenvolver sua capacidade integradora não estava ocorrendo de forma satisfatória, no momento do estudo.

[...] Pouco. Ainda é pouco. Pelo mesmo problema da anterior. Ele está caminhando. A Secretaria não está investindo o que precisava. Não investe o que é necessário para que tenha esta integração. Porque o complexo regulador consegue mostrar onde nós precisamos melhorar a atenção básica, o que nós temos que pedir para o terciário, pedir para o prestador. Mas tá muito devagar. Nós temos condições, o complexo tem condição de avançar muito mais em relação a isso. E1

Fato interessante registrado nas narrativas foi que, após a implantação do CR, ocorreu melhora na compreensão acerca da responsabilização de cada ponto do sistema quanto à resolução do problema do usuário naquilo que lhe for de competência, sendo questão fundamental para a composição da rede funcional e

solidária com capacidade de produzir os efeitos desejados pelo modelo de atenção proposto pelo SUS.

[...] Muito. No caso das competências de cada unidade de saúde, quer seja de especialidade ou básica, eu acho que melhorou bastante. Porque cada um tem que ser responsável pelo seu paciente na medida de que ele se enquadre dentro do atendimento daquela Unidade. Se ele é da atenção básica eu acho que a atenção básica tem que dar o melhor de si. Neste aspecto melhorou muito. CD3

Novamente, retomamos qual a conformação de rede que se tem tomado como referencial no CR?

A noção operatória de rede parece ter sido incorporada como essencial para que o CR desempenhasse suas atribuições. No entanto, as narrativas também caracterizaram um sentido mais amplo do que somente o entendimento operacional da rede. O significado mais ampliado de rede, tanto no compartilhamento das experiências entre os trabalhadores do próprio CR quanto no estabelecimento de uma ação de comunicação orientada pelo sentido cooperativo e solidário, entre as pessoas que atuam no CR, com as pessoas que atuam nas unidades solicitantes e executantes e com o usuário, emergiu em várias falas.

Os sujeitos reportaram a conscientização do propósito do trabalho conjunto, em função de objetivos comuns nos diversos pontos da rede, como movimento positivo para o êxito da construção de uma rede de atenção solidária.

Eu acho que o trabalho em conjunto, todo mundo querendo fazer a mesma coisa ajudou muito. Como eu falei, no começo tinha muito roubo de vaga, essas coisas. Acho que eles se conscientizaram que estava todo mundo trabalhando para ajudar as pessoas e aí melhorou muito. Eu acho que o trabalho, todo muito pensando de um jeito só, querendo fazer uma coisa só, mudou bastante. AA2

A constituição da rede de atenção solidária, no entanto, pressupõe que a atenção primária, compreendida como eixo ordenador do modelo de atenção à saúde do SUS, esteja estruturada para desempenhar o papel de coordenadora do cuidado, se responsabilizando pela resolução da maioria dos problemas de saúde,

respeitado os limites de sua capacidade operacional e do estabelecimento de suas conexões no território de sua atuação.

Macinko e Starfield (2003) apud Ibañez e cols. (2006, p.62) definem atenção primária como

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos por algum outro lugar ou por terceiros. [...] É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Nas narrativas, a necessidade de qualificação da atenção básica emergiu na carência estrutural, na necessidade de capacitação das equipes para o desenvolvimento da integralidade e da coordenação do cuidado e no repensar das práticas assistenciais ofertadas nos serviços.

Eu acho que a atenção básica tem muita coisa que ela pode fazer e ainda precisa de uma estruturação melhor. M7

Acho que um dos maiores problemas é a atenção básica. Eles despejam caminhões de guias sem seguimento, sem critério. Às vezes, um caso que poderia ser seguido na atenção básica é colocado no secundário. Então, nisto ele não conseguiu agir. Para o complexo agir na atenção básica, são muitos os fatores que irão influenciar. Ele age mais dali para a frente quando é encaminhado para o secundário e terciário. Regula bem nestes casos. Mas, não pode devolver uma guia para a atenção básica, mesmo sabendo que poderia ser seguido lá. Não tem como. Dificilmente ele conseguiria reverter isto. Trate este caso que ele é simples, difícil né? AA1

Muito importante. Porque aí ele [o CR] vai conseguir se você tiver uma atenção básica boa, de boa qualidade, você vai conseguir direcionar melhor o que pode ser encaminhado e o que pode ficar na rede básica. Você consegue equalizar melhor. De repente, a gente consegue ter menos encaminhamento e com esta oferta que a gente tem a gente consegue inclusive resolver melhor e mais rápido. Porque o que acontece atualmente, é que, como encaminha muita coisa, de repente, que nem precisava ser encaminhado. Você tendo os protocolos e conseguindo ter uma atenção básica melhor, o complexo vai ajudar muito, porque você vai mandar pro especialista o que precisa ir pro especialista mesmo e tratar isto da melhor maneira possível, com rapidez. E2

O CR exercendo sua função de observatório pode colaborar na identificação de problemas enfrentados pela atenção básica e demais pontos da rede solidária

de atenção à saúde, desde que os trabalhadores se preparem para realizar esta atribuição por meio da sistematização dos dados, geração de informações consistentes, socialmente contextualizadas e amplamente discutidas, para o embasamento do processo de institucionalização do monitoramento e avaliação do sistema de atenção à saúde e suas transformações.

5.2.4) O complexo regulador como ferramenta de avaliação e de gestão

Compreender a magnitude do processo avaliativo para o aperfeiçoamento e qualificação da gestão do SUS é indispensável para que as organizações de saúde incorporem esta prática em seus cotidianos, questão já discutida em outros momentos deste estudo.

Com o propósito de reiterarmos esta concepção, destacamos entre os pressupostos da avaliação (apresentados em documento do Ministério da Saúde sobre o assunto) aquele que, em nosso entendimento, congrega amplitude necessária à compreensão deste processo

[...] a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora esta dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham responsabilidades (Brasil, 2005, p.18).

Perceber o sentido dado ao encaminhamento do processo de avaliação é essencial para que ele seja realmente efetivo enquanto instrumentalizador de atitudes decisórias que, necessariamente, devem ter como alvo principal os usuários, beneficiários de um sistema mais equânime e humanizado (TANAKA; MELO, 2000, p.113).

Isso posto, retomamos a discussão sobre a potência do CR como instrumento do processo avaliativo e de gestão recorrendo-nos a Silva e Formigli (1994, p.81) quando afirmam que

As relações entre as práticas e as necessidades de saúde podem ser apreendidas a partir de duas vertentes principais. A primeira delas consiste na busca dos seus significados econômicos, políticos e

ideológicos, bem como da especificidade dessas relações em sociedades concretas. A segunda diz respeito à capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população, ou seja, refere-se à discussão sobre suas características e seus efeitos.

Atendo-nos à segunda vertente colocada pelas autoras, passamos a analisar o material empírico oriundo das entrevistas, considerando as características da prática regulatória, sua capacidade de produzir efeitos na realidade de saúde local e ainda, de apresentar-se como ferramenta de avaliação que pode instrumentalizar e qualificar o processo de gestão.

A política de regulação sugere a configuração de CR como uma estratégia cooperativa dentro da implementação do SUS com potência, por meio de suas atribuições, de promover transformações no processo organizativo do sistema, nas práticas assistenciais, no modelo de avaliação e de gestão.

Pela própria lógica de seu processo de trabalho, os efeitos iniciais mais perceptíveis da ação do CR talvez se relacionem à aproximação e ao detalhamento da disponibilidade de recursos para o atendimento dos problemas de saúde. Sem a descrição pormenorizada da oferta disponível ou necessária, suporte para toda a programação, a ação regulatória não se concretizaria. Com a elaboração do mapa de recursos assistenciais, além de iniciar-se a instrumentalização da ação regulatória, com a redefinição de fluxos e reorientação de acessos, ocorre também a estimulação da capacitação dos trabalhadores do CR numa iniciativa de educação permanente, registrada nas falas dos entrevistados.

Porque na verdade é ele que tem na mão o mapa de atendimento da cidade. O nosso mapa de atendimento, hoje. Antigamente, nós não tínhamos noção de quanto se trabalhava no ambulatório, do atendimento de paciente. Não tínhamos noção de quantos prestadores nós tínhamos para prestar determinado tipo de serviço. Então, na realidade a logística do atendimento quem conhece é o complexo regulador. Onde estão dispostos os profissionais, onde tem mais, onde tem menos, onde precisa. Isto é fundamental. A boa estruturação do atendimento está muito ligada ao complexo. M8

Reforçamos, porém, que o mapeamento de recursos assistenciais relaciona-se à operacionalização das atribuições do CR. Mas a utilização dos recursos assistenciais deve ser determinada pelo diagnóstico realizado pela AB quando da compreensão do território e de sua dinamicidade.

De acordo com as narrativas dos entrevistados, a movimentação provocada pela centralização dos agendamentos auxiliou o gerenciamento da oferta dos recursos assistenciais disponíveis no sistema, o que favoreceu uma igualdade no acesso ao atendimento secundário e terciário e a atenção diferenciada aos casos prioritários. Essa medida permitiu, a partir do conhecimento da oferta, um redirecionamento dos casos e uma readequação da distribuição dos recursos assistenciais, em função dos problemas de saúde encaminhados ao CR:

Com a oferta de consultas toda no complexo regulador fica mais fácil você gerenciar para onde as guias são encaminhadas. Então os médicos reguladores avaliam, inclusive avaliam prioridade e aí é mais fácil de você conseguir readequar a oferta e conseguir marcar todo mundo igualmente. Porque antes o que acontecia era uma cota de consultas em determinadas especialidades e aí tinha o dia de abrir. Quem conseguia chegar primeiro nas unidades marcava primeiro. E, às vezes, na hora que você ia marcar, outro já tinha marcado e era uma coisa que não dava certo. O que acontece hoje. O Complexo Regulador é que marca e a oferta tá aqui no complexo. Então é mais fácil de você equacionar e colocar todas as especialidades. O que for prioridade você marca primeiro e o que não for prioridade vai para a rotina. Aí você consegue equalizar melhor, marcando pra todo mundo dentro do possível. Com certeza a centralização melhorou muito. E2

A centralização, segundo as narrativas dos sujeitos, favoreceu o conhecimento e a visualização do sistema como um todo, suas demandas, as debilidades e fortalezas de sua oferta, sua programação e aspectos de seu controle, o que o tornou uma ferramenta importante de avaliação e de gestão na garantia da hierarquização, da equidade e da atenção integral promotora da interação social entre os componentes do sistema.

A partir do momento que você trabalha com todos os dados, você tem conhecimento de tudo. Melhora sua capacidade de gestão. Hoje, eu acho que a Secretaria da Saúde tem na mão todos os dados

praticamente de gastos com saúde, de demanda reprimida, da oferta.
CD2

Através do complexo nós vamos saber todas as demandas, nós vamos conhecer a saúde de Ribeirão Preto. A gente tem que trabalhar com o perfil epidemiológico. A gente consegue ter vários instrumentos para poder gerenciar o sistema. Aí a gente vai saber onde tem problema, onde falta equipamento e manutenção, quanto tem de atendimento na rede. É uma ferramenta de gestão. É uma ferramenta muito importante.
E4

No desempenho de suas atividades, uma análise mais detalhada das práticas de saúde presentes no sistema de saúde local, realizada pelo CR, fomentou a revisão de algumas condutas consideradas inadequadas para o bom desenvolvimento da gestão, tais como a determinação da ocupação da oferta pelos prestadores conveniados/contratados, atividade identificada como prerrogativa do gestor, intimamente implicada com a melhoria do gerenciamento assistencial e, conseqüentemente, facilitadora da ação regulatória.

Na realidade é o seguinte. O que ocorria. Antigamente, antes da existência deste complexo, tudo era encaminhado para a Faculdade [Odontologia] e eles que controlavam esta lista de espera. Hoje não. Quem controla a lista de espera somos nós e nós determinamos a prioridade de acordo com as vagas. A vaga ainda é insuficiente? É. Mas nós é que definimos quem entra dentro do prestador. Antigamente, não. Eles é que definiam quem eles iam colocar para dentro. Então, houve uma melhora sim. CD3

Os achados deste estudo apontaram que a estratégia do CR também foi responsável pela melhoria dos registros dos dados de saúde, tanto nos serviços próprios quanto conveniados e contratados, ação fundamental na construção de bancos de dados seguros para a geração de informações de saúde que abastecerão o processo avaliativo e a tomada de decisão.

Os usuários quando eles têm algum procedimento liberado é encaminhado para quem vai fazer. E a gente passa a registrar todas essas liberações. É comum o usuário reclamar que não teve a liberação, quando de fato a liberação já ocorreu há muito tempo atrás. Ou o próprio hospital, pra quem a gente faz a liberação, dependendo da organização interna que ele tem, vem reclamar que tal guia, tal procedimento, tal cirurgia não foi liberada e a gente tem isto aí registrado. Isto faz que, de uma certa forma, eles também comecem a se organizar. "Olha eles estão se organizando, eles já têm a resposta. Eu ligo lá ele já sabe quem mandou ou quem não mandou." É uma forma de forçar para que eles tomem a atitude de se organizarem. M7

Porque está tentando mostrar que o serviço bem organizado, que um direcionamento bom pro paciente é importante pra gestão, é importante para a Secretaria como um todo. E2

Remetemo-nos a Moraes (1994) com o objetivo de instigar os trabalhadores, os gestores e os usuários a duas reflexões acerca do Sistema de Informação em Saúde (SIS). A primeira citação remete-nos ao significado e ao papel da informação em saúde no cenário das organizações de saúde

A informação em saúde vem representando um espaço estratégico de luta, principalmente quando entendida como um instrumento interdisciplinar voltado para a ampliação da consciência sanitária dos profissionais da saúde e da população (Moraes, 1994, p.18)

Consideramos pertinente a afirmação acima, pois, leva-nos a repensar, inicialmente, sobre a importância do uso da informação para o êxito das intervenções, quando elas são tomadas como agentes de transformação da consciência sanitária dos trabalhadores de saúde, gestores e dos usuários e, neste sentido, não se restringindo apenas a um emaranhado de dados e compilações, de registro obrigatório, mas muitas vezes, incompreensíveis e pouco úteis enquanto dispositivo subsidiário para as decisões.

A segunda reflexão proposta faz referência ao uso pouco efetivo da informação como suporte para ação gestora e a precariedade, nas instituições, do processo de transformação do dado¹⁰ em informação¹¹

O processo de geração de informação não vem sendo efetivamente utilizado pelo processo decisório das instituições em saúde. Observa-se um acúmulo de dados, mas com pouca transformação em informação que subsidie a tomada de decisão (Moraes, 1994, p.18)

Por mais incipiente que pareça esta afirmação ainda observamos com frequência a produção desordenada e volumosa de dados oriundos dos mais diferentes setores das instituições, sem um propósito definido ou para o

¹⁰ *Dado*: descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizada como informação por ser ininteligível. ¹¹ *Informação* é uma descrição mais complexa do real associada a um referencial explicativo sistemático. [...] é a representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo, mediante regras de simbologia (MORAES, 1994, 19).

atendimento de lógicas que nem sempre são coerentes com o discurso que justificam determinadas intervenções no projeto de implementação do SUS.

Tocar na área temática da Informação e Informática em Saúde (IIS), ainda que com extrema superficialidade, pois não se trata do escopo deste trabalho, em nosso entendimento, tornou-se oportuno, para que os atores promovam uma reflexão acerca dos saberes e das práticas deste tema, seus conflitos e avanços, e sua inter-relação com a estratégia do CR, seus pressupostos e atribuições.

Ora, se entre os pressupostos da estratégia encontra-se a afirmação de que o CR possa ser um instrumento de avaliação e de gestão, em que bases deveria se estabelecer a prática informacional em saúde para que ele desenvolvesse esta capacidade? Explorar a potencialidade integradora da informação parece-nos ser um dos caminhos!

Moraes e Gómez (2007, p.557), no entanto, colocam em debate pontos importantes quanto à dificuldade do desenvolvimento da potencialidade integradora da informação na área da saúde. Na opinião das autoras, esta potência se desconfigura, no setor saúde, no momento em que a organização da informação “reproduz e fortalece a racionalidade hegemônica da fragmentação em seu processo de biovigilância.” (MORAES; GÓMEZ, 2007, p.557).

O debate iniciado pelas autoras dirige-se no sentido de se desvelarem os interesses que suportam este modo de organizar as informações, a saber:

[...] as forças políticas dominantes no aparato estatal ao induzir um certo confinamento dos debates e reivindicações da população [...] à lógica do mercado, das empresas, pois amplia as possibilidades das “vendas de soluções de informática” [...] às disputas de feudos técnicos [sempre] a ‘razão técnica’ sabe justificar a necessidade de constituição de um novo sistema de informação. (MORAES; GÓMEZ, 2007, p.557)

Ainda, Moraes e Gómez (2007, p.556) afirmam que o Estado age de forma fragmentadora e que as informações em saúde “[...] são postas a serviço de

específicas políticas de saúde para subsidiar a atuação de seus aparelhos em face de determinados interesses e práticas institucionais”.

Nesse sentido, temos insistido na importância de aliarmos a produção de todo ato de saúde ao fundamento do modelo de atenção que desejamos. Queremos dizer com esta afirmação que deveria existir no ato de produção da ação de saúde uma indissociabilidade entre o fazer, o como fazer e o para que fazer.

No tocante, à IIS permanece o convite das citadas autoras para o “pensar a saúde e a informação em saúde” como

[...] reconstrução daquele momento ideal em que acontece a diferenciação entre a saúde entendida como dimensão fundamental da vida humana e a saúde como setor especializado e institucionalizado de conhecimentos, práticas, procedimentos, instituições, recursos e políticas (MORAES;GÓMEZ, 2007, p.557)

O registro das dificuldades enfrentadas, no momento da implantação do CR, foi apontado pelos entrevistados. Estes obstáculos podem ter influenciado na velocidade do desenvolvimento da estratégia e, conseqüentemente nos efeitos que ela poderia ter produzido enquanto ferramenta de avaliação e de gestão.

Olha, eu acho que a central, no começo, a gente enfrentou muita briga. No começo foi difícil a gente colocar as coisas em ordem. Tava muito bagunçado. A organização é a que foi a principal para a gente poder continuar. AA2

Existe a questão do tempo ainda, eu acho que existe a dificuldade da gestão do sistema em ter um maior controle dos prestadores para estabelecer um fluxo melhor, para você ter a questão da garantia da equidade, do conhecimento das ofertas. Eu acho ainda que a gente não consegue interferir de uma forma mais adequada. Pode ser por conta do pouco tempo e do modo de gestão. M1

Curioso notar que, apesar de termos encontrado, nas análises das entrevistas, o reconhecimento de que uma das atribuições do CR seria a de acompanhar, em sua rotina de trabalho, a programação prevista, contrapondo à produção realizada e à disponibilidade orçamentária, naquele momento, principalmente, para as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, esta ação pouco se difundiu e se desenvolveu nas centrais de regulação.

Deve ser em outra área. Provavelmente, com a Ciclana. Talvez ela deva fazer isto. Por isto que às vezes, demora para abrir alguns exames que ela libera. Acho que é feita esta análise. Mas eu não tenho acesso a esta informação. AA1

Não é realizada pelo complexo como um todo. Algumas pessoas fazem esta análise dos atendimentos autorizados. Agora, a disponibilidade orçamentária para a sua execução, não. A gente faz melhor esta parte nas cirurgias eletivas por causa do programa que a gente construiu no complexo. Os outros ainda não conseguiram chegar neste nível. E4

Apesar de reconhecida a capacidade do CR de ser instrumento de avaliação e de gestão, ficou registrada, nas narrativas dos entrevistados, a necessidade de incremento destas ações, entre elas a necessidade de sistematização da avaliação em saúde que precisa ser enfrentada com uma ação de caráter institucional, instrumentalizadora do processo decisório, até mesmo para que a estratégia consiga produzir alterações mais consistentes na situação de saúde local.

Eu acho que ainda é difícil você ter uma avaliação qualitativa da questão do complexo regulador. Eu acho que você conseguiu minimamente dar uma organização, ou ter um conhecimento daquilo que você está liberando do ponto de vista quantitativo. Pra quem você está liberando, que unidade pede mais, algum tipo de avaliação neste sentido. Agora não sei dizer se você teve uma modificação qualitativa. Eu acho, que ainda, não se tem este tipo de avaliação. Eu acho que ainda falta muita coisa. Até na verdade, o complexo regulador é um processo, então se começou por você conhecer a demanda, o que você está liberando. Agora você tem uma avaliação mais quantitativa do que está fazendo. Agora, acho que falta uma avaliação qualitativa. M1

O aprimoramento das atribuições do CR permitiria, de acordo com as narrativas, um diagnóstico mais apurado dos componentes do sistema, suas deficiências e fortalezas que embasariam uma programação das ações e serviços atrelados aos problemas de saúde mais prevalentes, tanto na perspectiva individual quanto coletiva, colaborando com o investimento dos recursos em uma composição que se traduza em ações mais efetivas e eficientes, responsabilidade primaz do gestor.

Porque a partir do complexo regulador você tem uma dimensão daquilo que acontece na rede básica. Porque passam milhares de demandas e solicitações; é óbvio que você precisa fazer um trabalho de sistematização sobre estas informações para você também falar se existe de fato uma associação entre a qualidade da atenção básica com o que acontece nos outros níveis. Mas do ponto de vista empírico, é óbvio que dá pra você ter uma idéia do atendimento da rede básica, seja

do ponto de vista da urgência, o que está demandando a solicitação de várias cirurgias e do que está na eletiva. De repente, você vê o cara pedindo um exame complementar sem que tenha feito o básico do atendimento. Mas você está vendo só do ponto de vista da intervenção individual, mas você não consegue ter a dimensão daquilo que é intervenção coletiva. Mas o complexo regulador é um espaço, que se você quiser, dá para ter uma dimensão do que acontece no nível anterior, na atenção básica. O que precisa é uma sistematização do processo de observação. M1

É apropriado, no entanto, resgatar que a análise da situação do sistema e as propostas de intervenção decorrentes do processo avaliativo realizado pelo CR e que certamente irão influenciar os caminhos da gestão devam sempre considerar o modelo de atenção que se pretende para o município.

Acho que parte do pressuposto de você ter uma política de saúde estabelecida. De entender qual modelo assistencial que você quer implantar. Então, dependendo do que é a linha política, acho que não produz o efeito esperado. Tem que estar ancorado em uma política de saúde na qual a gestão tenha uma definição clara do modelo assistencial. Porque se não, ele simplesmente serve para o modelo tradicional da clínica individual, meramente a questão do fluxo, de um lugar que vai pro outro, distribuir burocraticamente pra onde vai o exame, pra onde que não vai, qual prestador vai, qual não vai. Quando você pensa em ele ser um instrumento de gestão, ele é, mas tem de estar ligado a uma política estabelecida. M1

Em termos gerais e práticos. A proposta da regulação do SUS ela tem dois eixos. Um que é a questão gerencial, o gestor ter o controle de tudo o que acontece no sistema e, outra questão é a de você tentar implantar os princípios do SUS, a democracia, o acesso de todo mundo, a equidade, acessibilidade de todos aos serviços de saúde, sem privilegiar ninguém. M2

O CR, certamente, pode ser ferramenta de avaliação e de gestão, mas dependendo de seu emprego poderá servir à reprodução do sistema hegemônico, que se mostrou iníquo, ineficiente e pouco efetivo sobre os problemas de saúde, ou ser instrumento de fomento crítico para o exercício das práticas gerenciais e assistenciais mais consoantes com um modelo de atenção abrangente, integral, justo e humanizado para a população.

Nessa direção, é importante empreendermos uma reflexão trazida a partir das conceituações de Carlos Matus. Este autor (MATUS, 1996a, 1996b), economista e pensador latino-americano, voltou seus estudos para a questão do planejamento e das relações com a política e afirma que numa organização todos governam.

Para Matus (1996a), todos os atores (terminologia utilizada pelo autor) em situação de governo são atores coletivos, mesmo quando representados por uma só pessoa. Ainda para este autor (MATUS, 1996a, 1996b) dirigir se traduz na escolha de uma direção e ter a capacidade de persistir nessa direção, apesar dos obstáculos que se ofereçam, afirmando que a ação de governar exige que se articulem três variáveis, cada uma dependente e articulada às demais: “a) projeto de governo: proposta de objetivos e meios; b) capacidade de governo: “perícia” para dirigir; e c) governabilidade do sistema: grau de dificuldade da proposta.” (MATUS, 1996b, p.50), sendo este conjunto definido pelo autor como Triângulo de Governo.

Matus (1996b, p.51) afirma que o *projeto de governo* é definido a partir do conteúdo propositivo dos projetos de ação que um dado ator se propõe a realizar para alcançar seus objetivos. Este conteúdo propositivo “é produto não apenas das circunstâncias e dos interesses do ator que governa, mas também de sua capacidade de governo.” A *governabilidade* é a relação entre o peso das variáveis que o ator controla e as que não controla, sendo que “quanto maior o número de variáveis decisivas que um ator controla, maior é sua liberdade de ação e, maior é, para ele, a governabilidade do sistema”; indicando o poder que determinado ator detém para realizar seu projeto. Finalmente a *capacidade de governo* é a capacidade de condução ou de direção, de gestão e de administração e controle.

Assim, sempre está presente uma direcionalidade ao trabalho a ser desenvolvido, ou seja, a falta de expressar claramente a direcionalidade, ou o discurso ser articulado numa direção e a ação em outro, pode indicar certamente, uma dada opção técnico-política (MERHY, 2002).

Mishima (2003, p.114) sustentada por essas idéias em seu estudo sobre a gerência de Unidades de Saúde da Família afirma que “a direcionalidade para o

trabalho cotidiano, a forma como a organização do trabalho se fará, mesmo que a equipe local tenha possibilidades desta construção, necessita de um fio condutor, de uma diretriz, que necessariamente não precisa estar escrita, mas necessita estar minimamente explícita”, questão que é corroborada por Merhy (2002, p.154), quando afirma que “sempre esse ator atua apontando uma direção, representada por seu **projeto**, mesmo que este não esteja escrito ou totalmente explícito, suas ações têm sempre direcionalidade [...]

Postas tais questões e lembrando-se de que “o processo de avaliação é mediado por relações de poder” (BRASIL, 2005, p.18) faz-se necessária a reflexão, já apontada pelos sujeitos da pesquisa, de para qual projeto o Complexo Regulador se constitui como ferramenta de avaliação e gestão?

6) Considerações finais

Esta pesquisa suscitou reflexões sobre expectativas e possibilidades acerca da construção coletiva de um modelo de atenção e de gestão para o sistema público de serviços de saúde, que tenham suas centralidades em necessidades e não somente em demandas. Assim, somos levados a refletir sobre as possíveis incorporações de novas práticas assistenciais e de gestão que abarquem o planejamento ascendente e compartilhado e a institucionalização da avaliação em saúde. A possibilidade de arranjos inovadores, principalmente para a atenção básica, com a utilização de ferramentas tais como: a clínica ampliada, o acolhimento com a classificação de risco, o apoio matricial, o projeto terapêutico e o prontuário transdisciplinar, a territorialização, entre outras, corroboram a necessidade do exercício da coordenação do cuidado por este componente do sistema, com vistas à atenção mais resolutiva e humanizada. Melhorar a resolubilidade e qualificar o modo de produzir ações de saúde são questões que perpassam o quanto e quais tecnologias podem ser agregadas a cada componente do sistema para o alcance destas metas.

Nesta lógica, a estratégia do Complexo Regulador mostrou sua capacidade de tornar-se um instrumento importante para a atenção básica, que pode acioná-lo tanto para executar a coordenação e a longitudinalidade, garantindo a acessibilidade e a equidade e, por conseguinte, uma das faces da integralidade da atenção à saúde, quanto para aprimorar as práticas de avaliação e de gestão tão necessárias à qualificação do sistema de serviço de saúde. Por sua condição privilegiada de observação da dinâmica do sistema, o Complexo Regulador pode instrumentalizar a equipe gestora, trabalhadores e usuários na consolidação de

um modelo de atenção e de gestão que considere as necessidades dos usuários no processo de planejamento e no desenvolvimento da política pública de saúde.

O estudo evidenciou aspectos da estrutura organizativa do sistema de saúde local, apontou tendências e acenou para possibilidades de um “fazer diferente” no tocante ao modo de produção das ações de saúde. A explicitação de muitas inquietações a respeito do modelo de atenção e de gestão desejados e de possíveis intervenções para essas conquistas podem ser compreendidas como contribuições dessa pesquisa, na medida em que se transformem em objetos de outras investigações.

Deste modo, acreditamos que a metodologia empregada no desenvolvimento do estudo permitiu o cumprimento dos objetivos propostos.

Foi possível, por meio tanto da análise quantitativa (indicadores de cobertura e execução) quanto qualitativa (efetividade social), apreciar aspectos do resultado da implantação da estratégia do Complexo Regulador, no município de Ribeirão Preto-SP.

Percebemos, na análise da dimensão cobertura, que a estratégia produziu alterações no comportamento dos indicadores selecionados, quando estudamos a situação destes índices, tendo como marco o ano de 2005, ano em que ocorreu a implantação do CR.

Na análise da atenção ambulatorial, quando observamos a Taxa de Execução de Consultas Médicas Básicas, percebemos que apesar do pequeno percentual encontrado, nos três anos estudados, houve um aumento deste valor, em 2005, que pode ter derivado das ações desencadeadas pela estratégia, no sentido de mapear e reprogramar a oferta deste recurso assistencial na rede própria de saúde. Infelizmente, este valor apresenta um decréscimo, no ano subsequente, que pode

estar relacionado ao fato de não ter sido mantido o monitoramento satisfatório sobre a relação capacidade instalada e modo de utilização deste recurso assistencial. O gerenciamento desta oferta pelo CR acabou por não ocorrer, o que prejudicou a análise do resultado que esta medida poderia causar.

Observamos que a Taxa de Execução de Consultas Médicas Especializadas apresentou valores muito acima dos recomendados pelos parâmetros assistenciais do SUS, nos três anos estudados. Em 2005, ocorreu um aumento no percentual deste indicador que também pode ter sido conseqüente à centralização da oferta desta ação no CR, gerando um conhecimento mais aprofundado da capacidade instalada da rede SUS, quanto a esse recurso assistencial, bem como sua regulação em função de critérios classificatórios de risco. Interessante registrar que, em 2006, este indicador apresentou uma diminuição que pode ser entendida como resultante da ação regulatória a qual promoveu uma utilização diferenciada da oferta disponível. Se tomamos como referência os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, o declínio desta taxa pode indicar uma possível ação do CR em realmente direcionar à atenção secundária casos com indicações mais precisas, já que os percentuais deste indicador encontravam-se muito acima dos valores apontados como uma execução esperada para este recurso assistencial.

O detalhamento das taxas de execução de consultas médicas especializadas, focando a cardiologia, a dermatologia, a endocrinologia, a oftalmologia e a ortopedia, revelou que estas cinco especialidades médicas corresponderam a aproximadamente 41% do total de consultas médicas realizadas na rede SUS para os usuários residentes no município.

Com relação à execução individual de cada uma dessas especialidades médicas, o valor encontrado ficou acima de 100%, nos três anos analisados. Este dado pode corroborar outros achados que apontavam para a produção excessiva deste recurso assistencial na rede SUS sem, no entanto, termos comprovada a resolubilidade desta produção. Como não observamos variação sensível nas internações por diabetes mellitus, hipertensão essencial (primária), outras doenças hipertensivas, infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração, na população de 30 a 64 anos, no período estudado, a despeito da elevada produção de consultas especializadas de cardiologia e de endocrinologia, permanece a incerteza quanto à resolubilidade e ao impacto desta produção. Fato merecedor de registro é que o aumento dessa produção de consultas especializadas ocorreu de forma mais acentuada nos prestadores sob gestão municipal, o que pode ser resultante da ação regulatória que incluiu centralização e ocupação *on-line* da oferta, reformatação das agendas e análise classificatória de necessidade/risco. Esta situação não se concretizou com a oferta do prestador sob gestão estadual, em que pese a produção neste prestador ter atingido um percentual médio de 46% do total produzido destas especialidades na rede SUS, nos anos estudados.

A constatação de um acréscimo, principalmente nas produções de cardiologia, oftalmologia e ortopedia, pode denotar um manejo diferenciado dessa oferta na rede própria, fruto da ação gerencial do CR.

O estudo apontou altas taxas de execução para essa ação de saúde com valores muito superiores a 100%, nos anos analisados, que podem ser indicativas do modelo de atenção produzido pela rede de atenção, com centralidade na consulta médica especializada e de pronto-atendimento.

Os indicadores de execução ambulatoriais analisados e seus reflexos sobre a cobertura assistencial, em que pese restringirem-se à produção de uma única ação de saúde, a consulta médica, podem ser suficientes para provocar a reflexão sobre o modo de produção da saúde, na rede pública municipal, e a necessidade de intervenções que possam substancialmente ser catalisadoras da transformação desse modelo.

Nesse sentido, por meio dos indicadores analisados, podemos inferir que a ação regulatória, na atenção ambulatorial, provocou movimentações no arranjo da oferta deste recurso assistencial e que, se for aliada a um modelo de atenção que coloque sua centralidade no usuário e em suas necessidades, torna-se instrumento para ABS desenvolver seus atributos de coordenação e longitudinalidade.

A atenção hospitalar, analisada por meio de dois indicadores de execução de internações hospitalares, apresentou modificações que entendemos serem decorrentes da sistematização da ação regulatória.

Ainda que o cálculo da produção estimada tenha se referido a toda população residente no município, e conhecedores da existência de uma cobertura de saúde suplementar, na cidade, a análise dos indicadores selecionados pode ser sinalizadora do modelo de atenção que vem sendo adotado, com seus reflexos na atenção hospitalar.

As Taxas de Execução das Internações Hospitalares tiveram como referenciais para cálculo, a portaria ministerial e o documento técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A Taxa de Execução de Internações de Baixa/Média Complexidade apresentou-se com percentuais menores, nos três anos do estudo, se comparada

aos resultados da Taxa de Execução das Internações de Alta Complexidade. Este achado pode ser relevante e merecer avaliação mais aprofundada, considerando que a base populacional utilizada para os cálculos foi toda a população estimada do município, pois os valores encontrados na execução de internações de alta complexidade, somente na rede SUS, ultrapassaram 100% e a cobertura 0,55%, no período analisado.

Com relação à ação regulatória considerando o recurso assistencial, internação hospitalar, encontramos interessante comportamento desta ação de saúde após a implantação do CR. A baixa execução de internações de baixa/média complexidade tem correspondência à existência de demanda reprimida para esses procedimentos, não só em Ribeirão Preto, como em todo o território nacional (a discussão acerca dos possíveis fatores co-relacionados a este achado foi realizada no desenvolvimento do trabalho). Em contrapartida, o encontro de alta execução das internações de alta complexidade pode ser um importante sinal para ratificar a necessidade de repensarmos o modelo de atenção que vem sendo reproduzido, no município, com resultados pouco eficientes e eficazes para o sistema e para o usuário.

Foi proveitosa também a discussão sobre o movimento dessa ação na reorganização da oferta assistencial, pois, pudemos observar que a premissa posta pela gestão, de contemplar os perfis de complexidade dos prestadores hospitalares, no momento da regulação deste recurso, estava sendo promovida. Os indicadores de internações hospitalares apontaram um incremento de ações de baixa/média complexidade nos prestadores sob gestão municipal, acompanhado de um acréscimo nas ações de alta complexidade no prestador estadual, principalmente, se tomamos como balizador, 2005, ano da implantação da estratégia.

É certo que o pequeno tempo de implantação da estratégia tenha de ser considerado, requerendo análises mais aprofundadas para avaliação de seu real impacto na rede de atenção que poderão ser objeto de outros estudos. No entanto, é inegável a tendência observada quando focamos estes indicadores e relacionamos os achados às premissas organizacionais que suportaram a idealização da estratégia.

Na análise das narrativas dos sujeitos da pesquisa, focalizando a dimensão efetividade social, percebemos que a estratégia do Complexo Regulador teve de forma contundente a capacidade de afetar estes trabalhadores, bem como a rede de articulações e alguns dos parceiros que eram importantes para a implantação e desenvolvimento da intervenção. Todos estes atores representam uma parcialidade do capital social relacionada à estratégia do CR.

Essa capacidade pôde ser nitidamente percebida pela análise do material empírico, em todos os eixos que discutiram: a organização do CR para garantir acesso e equidade, a contribuição da estratégia para a constituição da rede de atenção solidária, as alterações do processo de trabalho dos sujeitos em decorrência da implantação do CR e a potência da estratégia em consolidar-se com uma ferramenta de avaliação e de gestão.

No entanto, de acordo com as narrativas dos sujeitos do estudo, pode-se inferir que os usuários do SUS não compreenderam a importância da estratégia do CR com a mesma intensidade dos outros atores. Tal fato justificaria uma investigação em separado, pois os mesmos não se constituíram sujeitos deste estudo. A aproximação dos usuários (população alvo da intervenção) à proposta poderia colaborar tanto no sentido da implementação da estratégia, como também na consolidação da efetiva participação social no sistema de atenção à saúde.

Consideramos que o aporte teórico da avaliação em saúde pode ser de grande valia para todos os sujeitos que cotidianamente constroem o sistema de saúde no exercício do repensar de suas práticas. É verdade, no entanto, que a frágil institucionalização do processo avaliativo ainda aparece como um grande limitador para seu uso. Nesse sentido, esperamos ter deixado nossa contribuição para um olhar reflexivo quanto à necessidade de construção de um “modelo” de institucionalização que considere a “cultura democrática” da avaliação e nesta lógica se aproxime mais do que Tanaka e Melo (2004, p. 121-122) descrevem como a quarta geração do processo evolutivo da avaliação “[avaliação de quarta geração] considera no seu processo os atores interessados, o que contribui para a inclusão de diferentes perspectivas no processo de avaliar.”

A introspecção promovida pelo estudo trouxe, ainda, o desafio colocado aos gestores do SUS e aos aparelhos formadores do setor saúde quanto ao estabelecimento de parcerias sustentáveis para o enfrentamento das novas exigências na produção das ações de saúde e na formação de recursos humanos para a área. O reconhecimento e a aceitação pelos parceiros de que saberes tão singulares, na medida em que se complementam, podem conformar um todo, talvez seja o caminho a ser trilhado na busca de solidez para essa relação. A interação efetiva e transparente, em relação ao objeto específico de atuação e à finalidade da parceria entre serviços de saúde e instituições de ensino do setor, poderá se constituir em fator preponderante na qualificação da atenção à saúde ofertada pelo SUS.

Enfim, o encerramento deste estudo trouxe a convicção de que a estratégia do Complexo Regulador pode integrar um projeto coletivo que almeje uma

organização do sistema mais participativa, integradora, solidária, acessível, eqüitativa e humanizada.

Ao mesmo tempo, não temos a pretensão do convencimento das pessoas, somente as convidamos a uma reflexão sobre o tema e, neste sentido, para finalizar, deixamos aqui as palavras de Carlos Drummond de Andrade

A Verdade Dividida

A porta da verdade estava aberta
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só conseguia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta.
Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
Onde a verdade esplendia os seus fogos.
Era dividida em duas metades
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela
Nenhuma das duas era perfeitamente bela.
E era preciso optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

7) Referências

BONET, O.; TAVARES, F.R.G. Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96. Brasília: DF, 30p. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em: 20 de fevereiro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 356** de 22 de setembro de 2000a. Brasília, DF. Disponível em <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria/port2000/GM/GM-356ret.htm> >. Acesso em: 15 mar. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 466** de 14 de junho de 2000b. Brasília, DF. Disponível em <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria/port2000/GM/GM-466ret.htm> >. Acesso em: 15 mar. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização e Programação da Assistência - Subsídios para a Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, Versão Preliminar, Julho, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002, 1ª parte. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS-NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial – n 40, seção1, 28 de fevereiro de 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1101** de 12 de junho de 2002b. Brasília, Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%2002.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, fev.2006a, Seção 1.Disponível em <http://www.conasems.org.br/intraconasems/arquivo/legislacao/DO1_2006_02_23.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Implantação de Complexos Reguladores**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização Solidária e Cooperativa. Série Pactos pela Vida. V(3): 40.p. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1097**, de 22 de maio de 2006e. Disponível em< dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1097.htm> Acesso em: 8 de out 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 252**, de 6 de fevereiro de 2006f. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM?GM-252re.htm>> Acesso em: 22 de setembro de 2006.

CAMPOS, G.W.S Considerações sobre a arte e a ciência da mudança:revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2 ed. São Paulo:Hucitec, 1997a. p.29-87.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São pelo: Hucitec, 1997b. Cap.7, p.229-266.

CAMPOS, G.W.S. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma

discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**. UNICAMP, 2000a. 227p. Tese [Livre-docência]-Universidade Estadual de Campinas

CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2): 301-317, 2007.

CARDONA, A Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, 16:9-26, 1998.

CASTANHEIRA, E.R.L.; d' OLIVEIRA, A F.P.L. Inovações tecnológicas na atenção primária à saúde: um olhar sobre “velhas” e “novas” questões para as práticas de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.10, n.3, p.88-90, jul./set., 2003.

CHAVES, L.D.P. **Produto de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003**. Ribeirão Preto, 2005. 159p. Tese [Doutorado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

COELHO, I.B. Os impasses do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2):309-311, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**. 11(3): 705-711, 2006

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e Métodos. In. HARTZ, Z. M. A (org.). **Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais a Prática na Análise de Implantação de Programas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997, p. 29-47.

DA REPORTAGEM. A cidade. “Crise na saúde. Franco recua e controle fica”. **Política**, p. A3, 30.05.06, 2006.

DESLANDES, SF; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, MCS; DESLANDES, SF (orgs.) **Caminhos**

do pensamento. Epistemologia e método. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2003, Cap. 7, p. 195-223.

DONABEDIAN, A The seven pillars of quality. In Arch Pathol Lab Med, 114: 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A The quality of medical care. **Science** 200, p. 856-864, 1978.

DONABEDIAN, A Evaluacion de la calidad de la atención medica. The Milbank Memorial Fund Quaterly, 44:166-203, 1966.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M.C.R.N.; CARVALHO, M.C.B.(Orgs.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.** São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. 224 p.

FEKETE, M.C.; Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana, José Paranaguá de (Org). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1995. Unidade 3, Texto de apoio da unidade 1, p.177-184.

FERLA, A A; SOUZA, D. Y.; Incorporação dos prestadores de serviço à rede regionalizada de atenção à saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: Relatos de Experiências/Gestão dos Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 507p.

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

FOSCHIERA, M.M.P Um pouco da história da construção do SUS em Chapecó. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.AA; FOSCHIERA, M.M.P.; PANIZZLI, M.(Orgs) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004.326p.

HARTZ ,Z.M.A Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(2):341-

353,1999.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3):419-421, 2002.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP. Plano Operativo Anual 2006/2007. Ribeirão Preto, 2006. Mimeo.

IBANÊZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica em municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado de São Paulo: pesquisa com usuários e profissionais de saúde. In: CECC (org). **Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2006. 244p.

LUCHESI, P.T.R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2):439-448, 2003.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA, 1996a. v.1 e v.2.

MATUS, C. **Adeus senhor presidente**. Governantes governados. Tradução Luiz Felipe Rodriguez Del Riego. São Paulo: FUNDAP, 1996b.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS:tomo II**.Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176p.

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, 2002.186p.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MEHRY, EE; ONOCKO, R (orgs) **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo. Ed. Hucitec, 1997. Cap.6, p.197-228.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde**

Coletiva, 4(2): 305-314, 1999.

MERHY, E.E. **Saúde**. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 5.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(3):239-262, jul/set,1993.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família**. Ribeirão Preto, 2003. 153p. Tese [Livre-docência] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355 p. Tese Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MISHIMA, S.M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: Estudos e Análises. Brasília: MS, 2003. p. 137-156.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.; Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, 2005.

MORAES, I.H.S. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1994. 172p.

MORAES, I.H.S.; GÓMEZ, N.G.; Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(3): 553-

564, 2007.

MORAES, I.H.S.; SANTOS, S.R.F.R.; Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Ministério da Saúde. FUNASA, 10(1):48-56, 2001.

MOTTA, P.R. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. In: **Revista de Administração Pública**, v. 28(3): 175-194, 1989.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. OMS. Agosto, 2005

ORRICO, E. G. D. Caleidoscópio info-interdisciplinar: discurso no entremeio. **Ciência e Saúde Coletiva**. 12(3): 573-576. 2007

PAIM, J.S.; SILVA, L. M. V. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484p.

PAIM, J.S.; A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A **Epidemiologia e Saúde**, Rio de Janeiro, MEDSI, 1999

QUEIROZ, L.F.N. Textos Normativos X Contextos Locais: estudo de caso sobre os dilemas do processo de descentralização da saúde. In. Pierantoni, C.R. & VIANNA, C.M.M.(org.)Gestão de Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro:UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Plano de Saúde de Ribeirão Preto, 2005 – 2008. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2005a. acesso <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>; Acesso em, 03 de maio de 2006.

Ribeirão Preto. Ata do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 10/08/2005b.

Ribeirão Preto. Ata do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 14/07/2005c.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão, 2006.

Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2006. Relatório Técnico, 2007.

RIBEIRO, V. “Gasparini nomeia crítico de Sebastião para a Saúde”, *Jornal A Tribuna*, 27/05/06, 2006.

RIO DE JANEIRO. **Gestão de Saúde**: Curso de Aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Regulação da Assistência**. Material didático utilizado no I Curso de Regulação da Saúde para médicos reguladores do CISA/SES lotados na Rede de Centrais de Regulação das Ações de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. (texto preparado por Sonia Lanski), 2002.

ROVERE, M. **Redes em Saúde**: Um nuevo paradigma para el Abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario:Ed. Secretaria de Salud Publica/AMR, Instituto Lazarte (reimpresion), 1999.

ROVERE, M. Redes nômades, algunas reflexiones desde uma práctica de intervención institucional. **Olho Mágico**. Londrina,10(3): 57-66, 2003.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(1):151-164, 2001.

SANTOS, J.S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 36:498-515, 2003.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18. p-25-41,2006.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2): 429-435, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Diretrizes e Estratégias Estaduais para a Implantação da Norma Operacional da Assistência NOAS/2001. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo / Coordenadoria de

Planejamento de Saúde, 2001.

SAÚDE, M.I.B.M. **Interrogando a operação da rede de serviços de saúde**. Ribeirão Preto, 2006. 249 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

SECLLEN-PALACIN J. A. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: FERNANDES, A.S., SECLLEN-PALACIN J.A (orgs). **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: Caso Brasil**. Série Técnica, Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8.. 1ªed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004. p.15-29.

SILVA, A X.; CRUZ, E. A; MELO, V – A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(3): 683-688, 2007.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A; Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10(1): 80-91, 1994.

SILVA, L.K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. 8(2):501-520, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J.; [e. cols] **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600p.

TANAKA, O.Y.: MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo:Edusp, 2001. 88p.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO,F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ:

Voices, 2004, p.121-136.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educação**. p. 113-118, 2000.

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

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

TORQUATO, M.T.C.G. Estudo da prevalência do diabetes mellitus(DM), intolerância à glicose e fatores de risco cardiovasculares(CV) na população urbana de 30 a 69 anos no município de Ribeirão preto. In: IV Congresso Paulista de Endocrinologia e Metabologia, 1997, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, 2001. V.45, p.S188.

TRIVINÕS, A N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995. 175p.

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

VERDADE. Crise na Saúde. Presidente do Centro Médico assume a Secretaria da Saúde.Política. 27/05/06, p.3, 2006.

VERDADE. O salvador da pátria. Osvaldo Cruz Franco, Presidente do Centro Médico de Ribeirão Preto, assumiu o cargo de Secretário Municipal da Saúde, 30.05.06, 2006 (encarte)

VUORI, H The role of schools of public health in the developement of primary care. **Health Policy**, n.4, p.221-30, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud**. Geneva, World Health Organization, 2000.

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Entrevistas

Prezado(a)Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa *Avaliação do Complexo Regulador do Sistema de Serviços de Saúde de Ribeirão Preto-SP, 2006*. Este estudo tem como objeto a avaliação de aspectos do resultado da implantação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde para a rede de atenção do município de Ribeirão Preto –SP

Assim, gostaríamos de contar com sua participação para a realização da entrevista dirigida aos usuários do SUS, trabalhadores de unidades básicas de saúde, assim como aos trabalhadores do Complexo Regulador. As entrevistas serão gravadas em fita eletromagnéticas e serão destruídas após a conclusão da pesquisa

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Dra. Silvana Martins Mishima

Orientadora - Professora Associada junto ao
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto – USP

Av. Bandeirantes 3900 CEP14040-902
Telefone para contato: (16) 3602-3951
smishima@eerp.usp.br

Janise Braga Barros Ferreira

Pesquisadora – Doutoranda junto ao Programa
de Pós-Graduação – Enfermagem em Saúde Pública
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Av. Bandeirantes 3900 CEP14040-902

Telefone para contato: (16) 36023951
janise@netsite.com.br

Eu _____, aceito
participar da pesquisa *Avaliação do Complexo Regulador do Sistema de Serviços de
Saúde de Ribeirão Preto-SP, 2006*. Este estudo tem como objeto a avaliação de
aspectos do resultado da implantação do Complexo Regulador do Sistema Público
Municipal de Serviços de Saúde para a rede de atenção do município de Ribeirão Preto –
SP. Estou ciente de que a entrevista terá seu resultado tratado sigilosamente, e caso não
queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2007

Assinatura _____

APÊNDICE II

Roteiro de Entrevista

Parte I – Esclarecimentos sobre a Entrevista

a) Introdução

- Agradecimentos pela participação
- Descrição sucinta sobre o que é uma entrevista
- Informação sobre o interesse em todas as idéias, comentários e sugestões que emergirem na entrevista
- Informação sobre a inexistência de resposta certa ou errada
- Informação sobre a possibilidade de escolha de apenas uma alternativa
- Informação sobre a aceitação de todos os comentários, positivos ou negativos, feitos pelo participante
- Informação sobre a liberdade do participante para manifestar sua opinião

b) Finalidade

- Discussão sobre aspectos do resultado da implantação do Complexo Regulador. Dados que serão objeto de análise para compor tese de Doutorado.
-

c) Procedimento durante a entrevista

- Explicação sobre o uso do gravador
- Informação sobre o caráter confidencial da entrevista, e sua utilização exclusiva para fins de investigação científica
- Esclarecimento sobre a possibilidade de interrupção da entrevista pelo entrevistado, caso ele julgue que algo importante ainda tenha de ser dito sobre algum tema que já tenha sido discutido

d) Apresentação do Termo de Consentimento

QUESTIONÁRIO

Nome do Projeto: Avaliação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde

Nome do entrevistador:_____ Data da entrevista: / /

Identificação do Entrevistado

Nome do entrevistado:_____

Idade (em anos e meses):_____

Profissão:

1. ☐ Médico(a)	2. ☐ Enfermeiro(a)
3. ☐ Odontólogo(a)	4. ☐ Outro(a) Especificar:_____
5. ☐ Auxiliar de enfermagem	

Sexo: 1. ☐ Masculino 2. ☐ Feminino

Formação Escolar: Completa (1) Incompleta (2)

☐ 1 ensino fundamental	☐ 6 Especialização. Especificar_____
☐ 2 ensino médio completo	☐ 7 Pós-Graduação completa.Especificar:_____
☐ 3 ensino médio incompleto	☐ 8 Pós-Graduação incompleta.Especificar:_____
☐ 4 universitário completo	☐ 9 Cursos complementares:_____
☐ 5 universitário incompleto	

Tempo de trabalho em serviço público:_____

Tempo de serviço na SMS -Ribeirão Preto:_____

Tempo de trabalho no Complexo Regulador : _____

Função no Complexo Regulador (CR):_____

Bloco A - Implantação do CR

1) Você sabe como era realizada a marcação de consultas especializadas (incluindo consultas odontológicas) e de exames antes do CR?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Parcialmente
(4) Não respondeu/não soube responder

2) Caso a resposta seja sim (ou parcialmente), como ela era realizada?

(1) Por trabalhadores das unidades de saúde nos serviços disponíveis

(2) Pelo próprio usuário nos serviços disponíveis

(3) Por trabalhadores da sede da Secretaria nos serviços disponíveis

(4) Outra. _____

(5) Não respondeu/não soube responder

3) Você sabe quem preenche a guia de referência na Unidade de Saúde?

(1) Sim

(2) Não

(3) Parcialmente

(4) Não respondeu/não soube responder

4) Caso a resposta seja sim (ou parcialmente), qual trabalhador?

(1) membro da equipe médica/odontológica

(2) membro da equipe de enfermagem

(3) membro da recepção

(4) Outra. _____

(5) Não respondeu/não soube responder

5) Para você qual a importância do preenchimento correto da guia de referência?

(1) muito importante

(2) pouco importante

(3) não é importante

(4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

6) Quando são identificados problemas, no CR, quanto ao preenchimento da guia de referência são tomadas atitudes?

(1) Sim

- (2) Não
- (3) Algumas vezes
- (4) Não respondeu/não soube responder

7) Caso a resposta seja sim (ou algumas vezes), quais atitudes?

- (1) Contato com a gerência da unidade de saúde solicitante
- (2) Contato com o trabalhador que assina a guia de referência
- (3) Devolução da guia de referência, sem contato prévio
- (4) Outra. _____
- (5) Não respondeu/não soube responder

8.) Você tem idéia de qual o percentual de devolução das guias de referência para as unidades por problemas no preenchimento?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

9.) Caso a resposta seja sim (ou parcialmente), quanto?

10) É realizada alguma análise sobre quais são os problemas mais comuns no preenchimento da guia de referência?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Algumas vezes
- (4) Não respondeu/não soube responder

10.a) Se sim (ou algumas vezes), qual a análise que é feita?

11) Em sua opinião, qual destes problemas é o *mais comum* no preenchimento das guias de referência?

- (1) Letra ilegível

- (2) Dados clínicos incompletos
- (3) Dados de identificação do usuário incompletos
- (4) Outro. _____
- (5) Não respondeu/não soube responder

12) Você tem idéia de qual era o tempo entre a solicitação de consultas especializadas (incluindo consultas odontológicas) e a marcação do atendimento, antes do CR?

- (1) muito tempo – Média de tempo: _____
- (2) pouco tempo Média de tempo: _____
- (3) tempo razoável Média de tempo: _____
- (4) Não respondeu/não soube responder

13) Você tem idéia de qual era o tempo entre a solicitação de exames complementares (raio-x, ultra-som, endoscopia, tomografia, ressonância) e a marcação do atendimento antes do CR?

- (1) muito tempo – Média de tempo: _____
- (2) pouco tempo Média de tempo: _____
- (3) tempo razoável Média de tempo: _____
- (4) Não respondeu/não soube responder

14) Em sua opinião, o CR conseguiu alterar alguma situação de demanda reprimida?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

15) Caso a resposta seja sim (ou parcialmente), qual situação?

16) Você tem idéia do n de guias de referência recebido, no mês, pelo CR e do n de agendamentos realizados?

- (1) Sim – (N ou percentual) _____
- (2) Não

(3) Parcialmente – (N ou percentual) _____

(4) Não respondeu/não soube responder

17) Você conhece quais e quantos serviços estão disponíveis, no SUS municipal, para o atendimento dos usuários que precisam de consultas especializadas (incluindo consultas odontológicas)?

(1) Sim

(2) Não

(3) Parcialmente

Especifique _____

(4) Não respondeu/não soube responder

18) Você conhece quais e quantos serviços estão disponíveis no SUS para o atendimento dos usuários que precisam de exames complementares?

(1) Sim

(2) Não

(3) Parcialmente. Especifique _____

(4) Não respondeu/não soube responder

19) Você conhece quais e quantos serviços estão disponíveis no SUS para o atendimento dos usuários que precisam de internações?

(1) Sim

(2) Não

(3) Parcialmente. Especifique _____

(4) Não respondeu/não soube responder

20) Como é a comunicação entre o CR e as Unidades de Saúde?

(1) Boa

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Outro. _____

(5) Não respondeu/não soube responder

21) A que você atribui a comunicação ser desta maneira?

BLOCO B – ESTRUTURAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR

22) Você conhece a proposta de regulação do SUS?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

Poderia explicitar o que você sabe?

23) Houve alguma capacitação ou discussão entre os membros da equipe sobre o que é o CR e qual a sua função antes da implantação?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente Especifique _____
- (4) Não respondeu/não soube responder

24) Qual a importância de protocolos para o desenvolvimento das atividades do regulador?

- (1) Muito importante
- (2) Pouco importante
- (3) Não é importante
- (4) Outro. _____
- (5) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

25) Qual a principal dificuldade na formatação das agendas?

- (1) Falta de trabalhador para formatar
- (2) Pouca oferta de serviços próprios e conveniados
- (3) Descumprimento da oferta apresentada ao CR tanto por parte dos prestadores quanto dos serviços próprios
- (4) Outro. _____
- (5) Não respondeu/não soube responder

26) Houve alguma melhora no tempo para a marcação dos procedimentos (consultas especializadas médicas e odontológicas, exames, internações) após o CR ser implantado?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

Se sim, você poderia estimar em quanto e para quais serviços?

27) É realizada a análise do nº de atendimentos autorizados, no mês, pelo CR e a disponibilidade orçamentária para a sua execução?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente Especifique _____
- (4) Não respondeu/não soube responder

28) Qual a *principal dificuldade* do ponto de vista estrutural (recursos humanos, espaço e equipamentos) enfrentadas, hoje, pelo CR?

- (1) Número insuficiente de recursos humanos
- (2) Inadequação do espaço físico
- (3) Apoio logístico insuficiente incluindo falta de equipamentos
- (4) Outro. _____
- (5) Não respondeu/não soube responder

29) Você acredita que o espaço físico comum das centrais de regulação pode interferir na resolução dos casos encaminhados ao CR?

- (1) Sim
- (2) Não

- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

30) Por quê?

Bloco C - Função como Ferramenta Operacional e de Gestão

31) Em sua opinião, o CR pode influenciar na resolução de problemas pela atenção básica?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

32) Em sua opinião, o CR consegue identificar quais são os problemas de saúde mais freqüentes que levam os usuários aos serviços de saúde?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

33) Como você classifica a importância do CR para a organização do SUS em uma rede de serviços hierarquizada e resolutiva?

- (1) Muito importante
- (2) Pouco importante
- (3) Não é importante
- (4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

34) Você acredita que o CR é uma ferramenta de integração entre os diversos serviços (atenção básica, secundária e terciária) que compõem o SUS?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

Justifique sua resposta:

35) Em sua opinião o CR pode ser usado como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

36) Em sua opinião em qual destes conceitos do SUS o CR pode intervir de forma mais imediata?

- (1) Equidade
- (2) Resolubilidade
- (3) Eficiência
- (4) Acessibilidade
- (5) Integralidade

Bloco D - Relação entre a intervenção proposta e os resultados alcançados

37) Em sua opinião a implantação do CR conseguiu produzir algum aprendizado sobre a organização do SUS para os trabalhadores?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

38) Em sua opinião a implantação do CR conseguiu produzir algum aprendizado sobre a organização do SUS para os usuários?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente Especifique _____
- (4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

39) Em sua opinião a implantação do CR conseguiu produzir melhora na capacidade de gestão da SMS?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Parcialmente
- (4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

40) Em sua opinião a implantação do CR criou condições para a continuidade, ampliação ou multiplicação desta experiência?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Parcialmente
(4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

41) Em sua opinião a implantação do CR interferiu, em que medida, no acesso aos serviços de saúde do SUS?

- (1) Muito
(2) Pouco
(3) Não interferiu
(4) Outro. _____
(5) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

42) Em sua opinião a implantação do CR interferiu, em que medida, na integração entre os vários serviços (atenção básica, secundária e terciária) que compõem o SUS?

- (1) Muito
(2) Pouco
(3) Outro. _____
(4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

43) Em sua opinião a implantação do CR interferiu, em que medida, na capacidade dos serviços de saúde (unidades básicas, ambulatorios especializados e hospitais) em dar resposta mais sistemática e rápida aos problemas dos usuários?

(1) Muito

(2) Pouco

(3) Outro. _____

(4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

44) Em sua opinião a implantação do CR melhorou o acesso dos trabalhadores do CR às informações sobre os serviços disponíveis no SUS do município?

(1) Sim

(2) Não

(3) Parcialmente

(4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

45) Em sua opinião a implantação do CR melhorou o acesso dos usuários às informações sobre os serviços disponíveis no SUS do município?

(1) Sim

(2) Não

(3) Parcialmente

(4) Não respondeu/não soube responder

Por quê?

46) Como você avalia o atendimento oferecido nos diferentes serviços de saúde (unidades básicas, ambulatórios especializados e hospitais) que compõem o SUS, em Ribeirão Preto, hoje?

(1) Ótimo

(2) Bom

(3) Regular

(4) Péssimo

(5) Não respondeu/não soube responder

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 163/2006

Ribeirão Preto, 29 de agosto de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de agosto de 2006.

Protocolo: n° 0700/2006

Projeto: AVALIAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO – SP, 2006

Pesquisadores: Silvana Martins Mishima (Orientadora)
Janise Braga Barros Ferreira (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enf^a Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm^a. Sr^a.

Prof^a. Dr^a. Silvana Martins Mishima

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP