Rodrigo França Gomes

**Estratégias de aprimoramento do acesso à
assistência : estudo de caso em nível municipal**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Hillegonda Maria
Dutilh Novaes

São Paulo
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gomes, Rodrigo França

Estratégias de aprimoramento do acesso à assistência : estudo de caso em nível municipal / Rodrigo França Gomes. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Hillegonda Maria Dutilh Novaes.

Descritores: 1.Regulação e fiscalização em saúde 2.Acesso aos serviços de saúde
3.Educação profissional em saúde pública 4.Protocolos clínicos 5.Listas de espera
6.Estudos de caso

USP/FM/DBD-067/13

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao grande sanitarista Paulo Eduardo Mangeon Elias. Obrigado, grande mestre, pelos ensinamentos e pelo exemplo de vida, de militância e de relevante contribuição à Saúde Pública.

AGRADECIMENTOS

Com muito carinho e deferência, à Profa. Dra. Hillegonda Maria Dutilh Novaes que me acolheu e orientou em todas as etapas da elaboração da presente dissertação.

A todos os amigos da rede municipal de saúde – gestores, chefias, conselheiros e profissionais da rede Especializada e de Atenção Básica – pelo imenso esforço de construção coletiva de melhoria do acesso à assistência municipal.

A família do Complexo Regulador Municipal, pelo trabalho que fizemos e continuaremos a construir.

Ao nobre amigo Prof. Cleber Suckow Nogueira pelos ensinamentos e apoio à elaboração deste trabalho.

Ao estimado amigo Dr. Fábio José Pinho Cardoso pelos inestimáveis ensinamentos, exemplos de vida e de competência profissional e pelas ações diretas que determinaram muitas das transformações impetradas.

Aos amigos da Regulação Estadual e da equipe da Comissão de Integração Ensino-Serviço do Departamento Regional da Baixada Santista (DRS IV) pelos projetos pedagógicos que já realizamos e que realizaremos em prol da construção de protocolos de regulação intermunicipais.

Ao Prof. Marcos Calvo e sua equipe do curso de Especialização em Regulação em Saúde pelos inestimáveis ensinamentos e reflexões.

A minha amada noiva e futura esposa Profa. Dra. Edielle de Sant'Anna Melo pela paciência, pelos ensinamentos e incondicional apoio.

A minha preciosa família e amigos pelo suporte e carinho.

À CAPES, pela concessão da bolsa de pesquisa.

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. A regulação do acesso aos serviços de saúde.....	1
1.2. As diretrizes clínicas e os protocolos de regulação assistencial	8
1.3. A Educação Permanente em Saúde.....	15
1.4. O município objeto do estudo	21
1.5. O problema da fila de espera municipal de especialidades	27
2. OBJETIVOS	33
2.1. Objetivo principal.....	33
2.2. Objetivo secundário	33
3. METODOLOGIA.....	34
4. RESULTADOS	35
4.1. Os investimentos em infraestrutura	35
4.2. Aperfeiçoamento logístico	40
4.3. A informatização do acesso à assistência	42
4.4. Estruturação do Programa de Educação Permanente Municipal.....	52
4.5. O desenvolvimento dos protocolos de regulação do acesso	56
4.6. Operacionalização dos protocolos de regulação do acesso	65
4.7. O cenário municipal após as intervenções propostas	70
5. DISCUSSÃO	76
5.1. Caracterização da casuística estudada	76
5.2. Considerações finais	82
6. CONCLUSÃO	87
7. ANEXO.....	88
A) O protocolo de cardiologia	88
8. REFERÊNCIAS	94

Lista de abreviaturas, símbolos e siglas

AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
BPA	Boletim de Procedimento Ambulatorial
BPAi	Boletim de Procedimento Ambulatorial individualizado
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEMAS	Centro de especialidades médicas do município avaliado
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIES	Comissão de integração ensino-serviços
COMUSA	Conselho Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
D	Demanda média mensal de novos pacientes em fila de espera
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DM I	Diabetes mellitus tipo 1
D–O	Diferença algébrica entre demanda e oferta média mensal
ECG	Eletrcardiograma
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministério
HMID	Hospital geral do município avaliado
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
MESH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
N _s	Número esperado de pacientes em determinado serviço
N _q	Número esperado de pessoas na fila de espera por período

O	Oferta média mensal de determinado serviço de saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
P.O.	Plano Operativo Anual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PUE	Prioridades, urgências e emergências
SADT	Guia de serviço profissional/ serviço auxiliar de diagnóstico e terapia
SESAP	Secretaria de Saúde Pública do município avaliado
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Tempo para que a fila de espera alcance o número N_q de pacientes
UBS	Unidade Básica de Saúde
USAFA	Unidade de Saúde da Família
W_q	Tempo médio esperado na fila (exclui tempo de atendimento)

Lista de figuras

Figura 1 – Dimensões da atuação regulatória	5
Figura 2 – Endereço eletrônico do Projeto Diretrizes	9
Figura 3 – Etapas de elaboração de diretrizes clínicas pelo Projeto Diretrizes	10
Figura 4 – Crescimento da população municipal na última década – 1999 a 2011	21
Figura 5 – Produção ambulatorial municipal per capita em 2009.....	25
Figura 6 – Investimentos em Equipes de Estratégia de Saúde da Família – 2001 a 2008...	27
Figura 7 – Produção anual de consultas das especialidades médicas – 2005 a 2008.....	29
Figura 8 – Maiores filas de espera e oferta mensal em especialidades médicas – 2009	30
Figura 9 – Crescimento ou retração média mensal das filas de espera em 2009	31
Figura 10 – Fluxo de atendimento às Cirurgias Eletivas – 2010	37
Figura 11 – Cadeia do atendimento nas Centrais de Regulação municipal – 2010	38
Figura 12 – Projeto logístico do Complexo Regulador Municipal – 2010.....	41
Figura 13 – Interface de oferta-demanda do Sistema informatizado SESAP – 2010	44
Figura 14 – Interface introdutória ao acesso a especialidades – 2010	45
Figura 15 – Interface de pesquisa de solicitações – 2010.....	46
Figura 16 – Uma das interfaces de consulta de agendamentos – 2010	47
Figura 17 – Interface do Módulo autorizador do Sistema SESAP – 2011.....	48
Figura 18 – Negativa no Módulo autorizador do Sistema SESAP – 2011	49
Figura 19 – Controle de retornos ao especialista no Sistema SESAP – 2011.....	50
Figura 20 – Vinculação de pré-requisitos no Sistema SESAP – 2011	51
Figura 21 – Equipes de Estratégia de Saúde da Família – 2001 a 2004	52
Figura 22 – Equipes de Estratégia de Saúde da Família – 2005 a 2008	53
Figura 23 – Cartões de saúde da família.....	54
Figura 24 – Questionário com questões abertas disponibilizado aos especialistas.....	59
Figura 25 – Cronograma do segundo trimestre de 2009.....	63
Figura 26 – Fluxograma do protocolo de regulação – 2009.....	67
Figura 27 – Evolução das filas de esperada avaliadas – 2009 a 2011	70
Figura 28 – Escalonamento do risco em fila de espera original – 2009.....	72
Figura 29 – Grupo prioritário de oftalmologia em 2009	73
Figura 30 – Razão entre PUE e encaminhamentos de rotina em cardiologia – 2009.....	74
Figura 31 – Circuitos possíveis na regulação do acesso – 2011	83
Figura 32 – Nível mínimo a ser buscado de oferta média mensal disponível	84

Lista de tabelas

Tabela 1 – Perfil econômico do município avaliado – 2009	22
Tabela 2 – ÍPRS e IDH no município e no Estado de São Paulo – 2000/2008	23
Tabela 3 – Estatísticas Vitais e Saúde – 2010	24
Tabela 4 – Orçamento público em saúde – 2010	24
Tabela 5 – Rede Assistencial municipal – 2010	26
Tabela 6 – Número de leitos de internação existentes – 2009.....	26
Tabela 7 – Indicadores da Atenção Básica – 2009	28
Tabela 8 – Estimativa de tempo para a formação das filas de espera.....	32
Tabela 9 – Tempo de espera em fila (W_q)	32
Tabela 10 – Questões dissertativas da pesquisa aos especialistas	60
Tabela 11 – Tempo de fila de espera (W_q) até consulta – 2009 a 2011	71

RESUMO

Gomes RF. *Estratégias de aprimoramento do acesso à assistência: estudo de caso em nível municipal* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. 99p.

A presente dissertação, inserida na área temática da Saúde Pública de Regulação e Fiscalização em Saúde (categoria SP1.011.127), destacou aspectos relacionados à política nacional de regulação em saúde. Com base na revisão da literatura relacionada com o tema, o estudo teve como objetivo principal apresentar e discutir os desdobramentos da realização de intervenção no sistema de regulação do acesso à assistência às especialidades médicas de um município de 250 mil habitantes no período de 2009 a 2011. Teve também, como objetivo secundário, analisar estratégias de desenvolvimento e operacionalização de protocolos de regulação do acesso à assistência ambulatorial em perspectiva municipal. Como referencial metodológico foi adotado o estudo de caso com abordagem descritiva predominantemente qualitativa. O capítulo de introdução versou sobre o cenário relacionado com a regulação do acesso à assistência e as intervenções aplicadas. Como resultados foram apresentadas as ações desenvolvidas no município no campo de infraestrutura e tecnologia da informação, aperfeiçoamento logístico e de processos, educação permanente e o desenvolvimento de protocolos de regulação do acesso. Na discussão, foram analisados os processos desenvolvidos, escolhas e ferramentas adotadas para o aperfeiçoamento do acesso à atenção ambulatorial, suas características e vulnerabilidades, discutindo-se as potencialidades desta implementação e o impacto no acesso aos serviços de saúde municipal.

Descritores: 1.Regulação e fiscalização em saúde 2.Acesso aos serviços de saúde 3.Educação profissional em saúde pública 4.Protocolos clínicos 5.Listas de espera 6.Estudos de caso.

ABSTRACT

Gomes RF. *Strategies to improve access to care: a case study on municipal level* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2013. 99p.

This dissertation, inserted in the thematic area of Health Care Coordination and Monitoring (SP1.011.127 category), emphasized issues related to national policy health regulation in Brazil. Based on a review of literature related to the topic, the study had, as main objective, present and discuss the unfolding of intervention performed in the medical specialties accessibility settled in a city of 250 000 inhabitants in the period from 2009 to 2011. Also sought, as a secondary objective, examine strategies to develop and manage regulatory access protocols in that city. The methodological framework was a case study with predominantly qualitative descriptive approach. The introductory chapter was about the scenario related to the regulation of access to care and interventions applied. Results presented the actions developed in the field of municipal infrastructure and information technology, logistics and process improvement, Public Health Professional Education and the development of regulatory access protocols. In the discussion were analyzed the processes developed, choices and tools used for the improvement of Health Services Accessibility, their characteristics and vulnerabilities, discussing the potential of this implementation and the impact on local health services.

Descriptors: 1.Health care coordination and monitoring 2.Health services accessibility 3.Education, public health professional 4.Clinical protocols 5.Waiting lists 6.Case studies.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A regulação do acesso aos serviços de saúde

Travassos e Martins (2004) consideram que, apesar das discordâncias na terminologia e na abrangência dos conceitos de utilização e acesso, algumas linhas de concordância podem ser delineadas na literatura. Para alguns autores, a acessibilidade é a expressão preferida para descrever uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre oferta e a população. Outras correntes de pensamento optam pelo termo acesso, focando-o na entrada inicial dos serviços de saúde.

Donabedian (1973) definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Frenk (1985), sobre a acessibilidade, retomou a relação de complementaridade entre características da oferta e da população, em uma relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistência”) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (“poder de utilização”). Para Starfield (2002), acesso distingue-se de acessibilidade, defendendo que esta se refere a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Independentemente da relação com o usuário de serviços de saúde, os três autores vinculam acessibilidade a características da oferta.

Penchansky e Thomas (1981) utilizam o termo acesso, centrando-o no grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde. Andersen (1995) apresenta o acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde, ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Somando-se à concepção de Starfield (2002), estes autores correlacionam o conceito de acesso a aspectos da oferta e a características relacionadas à população que os demandam.

Em suas considerações, sobre as matizes relacionadas à palavra acesso, Travassos e Martins (2004) defendem a manutenção de distinções conceituais entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso e efetividade dos cuidados prestados, esclarecendo que cada um destes processos corresponde a um modelo explicativo distinto.

Sanchez e Ciconelli (2012), citando a definição e alguns possíveis indicadores de processos e resultados, sugerem quatro dimensões do acesso (dos mais tangíveis para os menos tangíveis): disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade.

Como elemento mais tangível, a disponibilidade representaria a relação física e geográfica entre os serviços e o indivíduo. O poder de pagamento representaria a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade dos agentes envolvidos no financiamento do sistema de saúde.

O grau variável de posse da informação determinaria a diferença entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde, ligando-se à noção de empoderamento (*empowerment*) para tomar decisões. Dimensão menos tangível do acesso, a aceitabilidade representaria a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades (Sanchez; Ciconelli, 2012).

As autoras alertam que embora ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à saúde, a maior parte da literatura concorda que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde, sendo que seu conceito pode variar ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluam e novas necessidades surjam.

Independentemente das imbricações entre acesso e acessibilidade, enriquecidas pelas implicações correlatas de suas definições, o fato é que se relacionam com os desencontros e/ou desequilíbrios entre a oferta do sistema, a demanda e a escolha dos consumidores de serviços em saúde (Farias et al., 2011).

Castro (2002), retomando definições econômicas clássicas e as aplicando no mercado da saúde, refere que oferta seria quanto de uma mercadoria é produzida por um determinado preço, ou seja, focaliza o lado dos produtores (prestadores de serviços em saúde). Já a demanda seria o desejo por um bem ou serviço, combinado com a capacidade e a habilidade de fazer este desejo conhecido e realizado, analisando o lado dos consumidores de serviços em saúde (Castro, 2002).

No contexto do Sistema Único de Saúde, a oferta – fisicamente manifesta como capacidade instalada dos serviços públicos de saúde – relaciona-se com o conjunto de obstáculos (geográficos, econômicos, culturais e organizacionais) à sua utilização (Evangelista, 2008) e com as limitações impostas pela observância às séries históricas de procedimentos realizados e contratados sob forte interferência política, restrição financeira e dos interesses dos ofertantes de serviços (Farias et al., 2011).

Levando em consideração os aspectos já discutidos sobre a definição de acesso, a demanda – fisicamente manifesta pelos usuários e potenciais usuários – seria influenciada pela experiência passada de utilização e percepção de disponibilidade (Carr-Hill et al., 1994), pelo grau de desconhecimento ou informação sobre serviços disponíveis (Goddard; Smith, 2001), pela existência de elementos de facilitação, indução e busca ativa (Travassos; Martins, 2006), pela capacidade de superar obstáculos pela população (Frenk, 1985), etc. São elementos constituintes da demanda os potenciais usuários (cadastrados ou não), os usuários que já conseguiram agendamento ou realização de consultas/ procedimentos e os usuários em fila de espera.

É no enfrentamento do desequilíbrio entre oferta e demanda que deve incidir a busca pela redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas. (Viana et al., 2003). As demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa, sem o correspondente crescimento da oferta de serviços, aumentam os desafios para que a equidade seja concretizada (Evangelista, 2008) no SUS. A possibilidade de subsidiar o redimensionamento da oferta e da demanda contribuindo para aperfeiçoar a

utilização dos recursos é elemento básico a ser buscado pela regulação em saúde (São Paulo, 2010).

Em uma revisão sobre o conceito de regulação em saúde no Brasil, Oliveira e Elias (2012) destacam a variedade de significados, abordagens e finalidades (ora inter-relacionada, ora divergente) a que o assunto remete.

Em seu trabalho, os autores retomam o assunto sobre diferentes prismas, lembrando sua vinculação às ideias de controle, equilíbrio, adaptação e direção. O controle manifesta-se no padrão técnico e burocrático de ajustamento e regramento adotado pela trajetória da regulação em saúde no Brasil. Nas teorias econômicas, sociais e políticas, a ideia de equilíbrio atrela-se a de correção e conservação de sistemas. Já com base na ideia de adaptação, influenciada pelas teorias da cibernética e complexidade, a regulação ganha também uma dimensão conceitual de interação e transformação. Finalmente, a ideia de direção é relacionada à negociação e comando exigidos no processo regulatório em saúde.

A política de regulação no Brasil deixa indícios da forte relação público-privada na história da consolidação do sistema de saúde brasileiro (Elias, 2004). Das propostas de financiamento que culminaram com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (Mendonça et al., 2006) ao surgimento das agências regulatórias (ANVISA e ANS) no contexto da reforma do Estado brasileiro na década de 90 (Pacheco, 2006; Gelis Filho, 2006), esta configuração reflete as diferentes matizes conceituais da regulação nacional e a forma como o Sistema Único de Saúde estruturou sua Política Nacional de Regulação.

FONTE: Louvison, 2011.

Figura 1 – Dimensões da atuação regulatória

A Figura 1 resume os conceitos presentes na Portaria GM nº 1.559, de primeiro de agosto de 2008, que consagra a organização da atuação regulatória em três grandes dimensões: a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência (Brasil, 2008a).

A regulação assistencial, ou microrregulação, engloba o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda e o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Brasil, 2006b), objetivando promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo oferecer a melhor alternativa assistencial disponível às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (Brasil, 2007a). Institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus

diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (Brasil, 2006a).

Camargos et al., também em 2006, observam aspectos mais operacionais acrescentando à regulação pressupostos de identificação da necessidade do usuário, a análise da demanda, o dimensionamento coerente da oferta baseado no conjunto da rede prestadora, a adoção de procedimentos de saúde baseados em evidências e avaliações econômicas (custo-efetividade e custo-utilidade), o planejamento do trajeto assistencial, o acesso qualificado e resolutivo dos usuários aos serviços, o controle inteligente dos recursos físicos, financeiros e humanos, o monitoramento do pós-cuidado, e, por fim, a chancela do ingresso, de modo articulado, de mecanismos ajustados de auditoria e ouvidoria.

Em referência ao reconhecimento das necessidades dos usuários, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Brasil, 2007a) destaca:

Nem toda demanda é necessidade, posto poder estar sendo gerada pelo apelo de grupos específicos e pelos prestadores de serviços. Nem toda necessidade é demandada pela população, porém requer o discernimento do gestor para o seu enfrentamento (p. 21).

Partindo-se deste entendimento sobre regulação assistencial, os três entes federados depararam-se com a necessidade de definir responsabilidades e de estabelecer a regulação não apenas como um instrumento de garantia do acesso, mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde (Brasil, 2007a).

Buscando a operacionalização dos conceitos, a Política Nacional de Regulação (Brasil, 2008a) reforça a sugestão do Complexo Regulador como a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter caráter Estadual, Regional e Municipal. Segundo esta política, a existência da estrutura física do Complexo Regulador Assistencial viabiliza a

atividade regulatória aproximando os diversos intervenientes do sistema e conferindo ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência (Brasil, 2000b).

No âmbito municipal, este complexo seria organizado pela Central de Regulação de Consultas e Exames (responsável pela regulação ambulatorial), pela Central de Regulação de Internações Hospitalares (regulando o acesso hospitalar eletivo e, eventualmente, de urgência) e a Central de Regulação de Urgências (regulando o atendimento pré-hospitalar de urgência e, dependendo do serviço, os leitos hospitalares de urgência). Na esfera estadual, a portaria destaca a estrutura de uma Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade.

Frente a esta construção conceitual de estrutura física, Vilarins (2010) destaca alguns desafios na implantação da regulação do acesso: redimensionamento da oferta (qualificando a utilização de recursos assistenciais e financeiros), informatização dos serviços (de modo a se ter uma rede lógica que facilite o funcionamento dos fluxos operacionais), desenvolvimento de recursos assistenciais (com base em critérios epidemiológicos), aplicação dos protocolos operacionais de regulação (com vistas a induzir a melhor alternativa terapêutica para os usuários dos serviços regulados) e combate a fluxos paralelos (baseados em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não-pactuados).

Estabelecidos os propósitos e objetivos da regulação do acesso, resta o enfrentamento das gigantescas dificuldades para sua implementação frente à ainda incipiente realidade regulatória vigente (particularmente em escala municipal) e à atuação de diversos grupos de interesses (envolvendo diretamente a contratualização, produção e o controle do desempenho dos agentes que atuam no sistema), tornando a regulação uma área crítica, permeada de conflitos (Farias et al, 2011).

1.2. As diretrizes clínicas e os protocolos de regulação assistencial

Foram destacados alguns aspectos conceituais sobre oferta, demanda e necessidade no âmbito da regulação do acesso à assistência. A busca do equilíbrio destes componentes constitui-se um dos importantes papéis da regulação assistencial e a desarmonia entre eles ainda é uma realidade inequívoca no SUS.

No encontro da população que demanda serviços com a oferta proporcionada pelos prestadores da saúde (ora atuando como unidades solicitantes, ora como unidades executantes de serviços), surge a necessidade de mecanismos que atenuem e equalizem as disparidades vigentes.

Abordando o funcionamento de sistemas de referência e contrarreferência, Serra (2010) aponta o planejamento da oferta e da regulação de vagas para procedimentos especializados, elemento indispensável ao bom funcionamento do sistema. A forma como as instituições de saúde foram tradicionalmente estruturadas resulta em organizações complexas, hierarquizadas, com vários níveis de decisão e, portanto, pouco ágeis em relação ao processo de trabalho (Guimarães et al., 2010), obrigando a existência de elementos de intermediação.

Ainda citando Serra (2010), o autor destaca – entre os empecilhos ao bom funcionamento da interação dos atores do sistema – a limitada oferta de consultas e exames, inexistência ou precariedade de contrarreferência, má organização das atividades de regulação, baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos, precariedade em termos de sistemas de informação e comunicação, significativa influência política na gestão das unidades, grande diversidade na denominação das unidades de saúde e multiplicidade das grades de oferta de serviços.

Discute-se a seguir alguns elementos que seriam favorecedores da intermediação do sistema, focando no papel das diretrizes e protocolos clínicos e de regulação como peças fundamentais na construção de acordos possíveis entre os diferentes atores da oferta e da demanda.

Reconhece-se atualmente, em todo o mundo, a necessidade de utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas na qualificação da atenção à saúde prestada. Há consenso de que a implementação e utilização de diretrizes para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças – definidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis (acerca da eficácia e efetividade de intervenções) – produz melhores resultados na população assistida do que quando elas não são utilizadas pelos profissionais que realizam a atenção (Brasil, 2009a).

Estudo clássico da *Effective Health Care* (1994), através de revisão sistemática de 87 estudos sobre o uso dos guidelines, consagrou tal conclusão de benefício nos resultados ao demonstrar que em 81 deles havia evidências de melhora do atendimento dos pacientes.

Seguindo a lógica de inúmeras organizações em diversos países do mundo, também no Brasil desenvolveram-se nos últimos anos iniciativas de desenvolvimento de diretrizes clínicas, para serem utilizadas em todos os momentos de atenção ao paciente, seja no sistema público de saúde, seja na saúde suplementar.

FONTE: <http://www.projetodiretrizes.org.br/amb.php>.

Figura 2 – Endereço eletrônico do Projeto Diretrizes

Apesar de a comunidade internacional ser reticente a participação de sociedades de especialidades no processo de elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidência, no cenário nacional a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina dedicaram-se a este propósito, datando-se as primeiras discussões em 1999 (Brasil, 2009a).

Em janeiro de 2009, foi estabelecido um convenio entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Associação Médica Brasileira (AMB), deflagrando-se um processo de construção de temas, relevantes sobre a ótica das entidades envolvidas, para o setor suplementar (Brasil, 2009a).

Na lógica do Projeto Diretrizes, um grupo de revisores treinados pela AMB é o responsável pela validação técnica e um grupo de técnicos da ANS faz a validação da implementação e monitoramento (Brasil, 2009a).

FONTE: Brasil, 2009a, p. 30.

Figura 3 – Etapas de elaboração de diretrizes clínicas pelo Projeto Diretrizes

Bernardo (2009) relembra que, historicamente, o conceito de diretriz clínica baseada em evidência remonta à introdução dos programas *Medicaid* e *Medicare* nos Estados Unidos da América, buscando a contenção de custos médicos e a redução da variabilidade de conduta profissional em defesa de uma prática mais efetiva. Acrescenta também que tal conceito ganhou como objetivo, nos meados do ano de 1990, o propósito de assistir aos profissionais de saúde com relação à tomada de decisão no cuidado aos pacientes, em circunstâncias clínicas específicas, a fim de aperfeiçoar esse cuidado.

Outrossim, corroborando com tal entendimento, o mesmo autor destaca – referindo-se a diversos trabalhos – que as diretrizes baseadas em evidência podem ser utilizadas como ferramentas de otimização de recursos e como uma chance de orientar a prática médica em um sistema de saúde caracterizado pela racionalização e o racionamento, mas nunca poderão ser instrumento de um injustificado racionamento de dinheiro ou conflito de interesses, disfarçado de revisão sistemática da literatura.

Segundo Uchôa e Camargo Jr. (2010), os protocolos facilitam muito as decisões porque são embasados em estudos científicos e em experiências consolidadas. Os autores relatam que a observância aos protocolos baseados em estudos científicos é uma exigência defendida como forma de tentar padronizar a prática e torná-la mais segura em benefício do próprio médico, mas em hipótese alguma estas normatizações devem representar formas de restrição às tomadas de decisão médica, que se façam necessárias frente a situações especiais.

De maneira contemporânea à saúde suplementar, a emissão da Portaria nº. 375 de novembro de 2009 (Brasil, 2009b) formalizou o tema no sistema público, estabelecendo os critérios metodológicos e componentes necessários à elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT). Esta portaria estabelece que os PCDT têm o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença de interesse do Ministério da Saúde, o algoritmo de tratamento destas doenças e os

mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos.

Os PCDT, como foram concebidos, acrescentam aspectos não presentes nas diretrizes clínicas ao inserirem componentes mais afetos aos protocolos clínicos e de regulação do acesso, introduzindo outros conceitos como critérios de inclusão e exclusão dos pacientes, definição de casos especiais, centros de referência e comitês de avaliação, ações de regulação, controle e avaliação pelo gestor, termo de esclarecimento e responsabilidade, etc.

Neste momento é oportuna a reflexão sobre a lacuna de definições conceituais mais precisas que diferenciem diretrizes clínicas de protocolos de regulação.

Bernardo (2009) esclarece que o termo mais conhecido representativo de diretrizes é guidelines, mas em alguns países de língua espanhola, são denominadas de guias de prática clínica (GPC) ou em Portugal, conhecidas por normas de orientação clínica (NOC). São muitas vezes denominadas impropriamente de protocolos clínicos, que na verdade – segundo o autor – poderia ser um produto gerado a partir de diretrizes já elaboradas.

Segundo o CONASS (2006) os “protocolos de regulação” poderiam ser entendidos em contexto específico como uma derivação mista de protocolos clínicos e de linhas de cuidado definidas para o sistema local de saúde a que se refere o complexo regulador de acesso. Tais protocolos devem considerar os estabelecimentos existentes, sob regulação, no que se refere à sua capacidade instalada e de recursos humanos, definindo a referência “de” e “para” cada um, a partir dos limites observados em sua resolubilidade, identificando e/ou auxiliando na resolução dos “pontos de estrangulamento na oferta de serviço”.

Assim, as diretrizes terapêuticas, baseadas em evidência, são aplicadas num conceito mais amplo, reduzindo a variação da prática clínica no manuseio de situações clínicas semelhantes (Brasil, 2009a), sendo sua produção frequentemente conduzida em escala nacional ou estadual. Já os protocolos de regulação, em observância às diretrizes clínicas baseadas em

evidência, avançariam em direção à realidade local, contemplando aspectos mais práticos dos serviços como instrumento da ação regulatória. Os protocolos de regulação definiriam o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de consultas, internações, procedimentos/exames, realizada por um profissional de saúde, sendo observado, além das questões clínicas, a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada a cada caso (Vilarins, 2010), de maneira organizada e oportuna.

Independentemente da necessidade de melhor delimitação conceitual entre os termos apresentados, inquestionavelmente ambos os instrumentos encontram dificuldade de implantação na prática clínica, devido à existência de barreiras e resistências pelos profissionais de saúde. Faz-se necessário identificar quais são estas barreiras locais e instaurar estratégias eficazes de intervenção sobre as mesmas para que, de fato, estes instrumentos modifiquem a prática clínica e melhorem os indicadores sanitários (Brasil, 2009a).

Em uma revisão sobre o tema, Cabana *et al.* (1999) encontraram 293 barreiras ao uso de diretrizes pelos médicos. Agravando a baixa adesão, Antman *et al.* (1992), em uma metanálise de ensaios clínicos controlados e randomizados, constatou que tecnologias comprovadamente sem efeito, ou com efeito deletério, continuavam sendo amplamente utilizadas, ao passo que muitas comprovadamente eficazes apresentavam baixa utilização.

Bernardo (2009) classifica em seu trabalho as resistências em: barreiras relacionadas à aderência, barreiras externas, barreiras relacionadas às diretrizes, barreiras relacionadas aos pacientes e as barreiras relacionadas à aquisição de tecnologias. Quanto à aderência, ter-se-ia como principais determinantes o desconhecimento, a falta de familiaridade, a discordância, a inabilidade profissional, a desconfiança quanto aos resultados e a inércia à aplicação. As barreiras externas seriam a complexidade para aplicação, falta de recursos ou suporte e a existência de uma legislação rígida e desatualizada. Quanto às barreiras determinadas

pelas próprias diretrizes, destacou-se o conteúdo complexo, inadequado e de difícil utilização prática. Os pacientes ofereceriam resistências quando o conteúdo não se aplicasse ao seu caso específico, às circunstâncias envolvidas ou oferecessem situações embaraçosas (ou que fugissem a preferência do paciente). Finalmente, as barreiras à incorporação de tecnologias esbarram em diversos aspectos e interesses que influenciam a aquisição destas tecnologias.

Na busca por estratégias de diminuição das resistências à efetiva aplicação de diretrizes e protocolos, deve-se reconhecer que os profissionais de saúde influenciam a demanda, possuem autonomia profissional (ainda que sujeita a restrições) para aderir a tais instrumentos e interferem na incorporação de novas tecnologias no uso de seu poder de prescrição e variada capacidade de negociação com as instâncias gestoras.

A respeito do poder de influencia dos profissionais de saúde sobre os pacientes, Castro (2002) relembra que no setor saúde a demanda não é autônoma, e a oferta tem um papel importante na determinação dos níveis de consumo.

Sobre a liberdade de adesão aos protocolos clínicos, o CONASS (Brasil, 2011a) defende que os profissionais de saúde não podem abdicar da responsabilidade de manejar o caso em conformidade com protocolos e diretrizes construídos em acordo técnico entre os gestores, diretores de serviços, profissionais e conselhos profissionais, mencionando que

Todas as profissões, inclusive a médica, têm cada vez mais baseadas a sua conduta em evidências científicas, ou seja, trabalhos científicos que determinam e comprovam o caminho a seguir no manejo de cada caso, minimizando o empirismo (Brasil, 2011a).

Para superar os desafios de uma efetiva implantação de diretrizes e protocolos, recomenda-se lançar mão de estratégias que aproximem os principais atores, favorecendo a discussão dos pontos de resistência (ou conflitos de interesse envolvidos) e proporcionando o surgimento de acordos que legitimem estas ferramentas.

1.3. A Educação Permanente em Saúde

Existem muitas maneiras de se aprimorar o diálogo entre instâncias no setor saúde. O presente subcapítulo abordará, entre estas diferentes opções, a educação permanente em saúde (EPS) como estratégia, posto que tenha sido a escolha principal adotada pelo município avaliado para construir e legitimar os protocolos de regulação instituídos, no entendimento e expectativa de que este espaço de diálogo criado entre os profissionais da atenção primária e os demais setores da atenção à saúde fosse o caminho para uma atenção básica mais resolutiva (Baduy et al., 2011).

Fazendo-se breve introdução ao tema EPS, a Constituição (Brasil, 1988), em seu artigo 200, define que compete ao Sistema Único de Saúde zelar pela formação de recursos humanos na área de saúde e a lei orgânica da saúde (Brasil, 1990), no artigo 27, consagra tal responsabilidade de elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal sob a responsabilidade das diferentes esferas de governo. Em âmbito regional, a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007b) estabelece-se por meio dos Colegiados de Gestão Regional através da participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

A educação permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para estabelecer relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, entre docência e atenção à saúde, entre formação e gestão setorial e entre o desenvolvimento institucional e o controle social em saúde (Brasil, 2004).

No processo de educação dos profissionais da saúde, as iniciativas de capacitação contínua têm sido caracterizadas pela relação com o processo de trabalho institucional, objetivando a transformação da prática (Guimarães et al., 2010).

A portaria que institui a Política Nacional de Educação Permanente (Brasil, 2004) define esta educação como a aprendizagem no trabalho, onde

o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e que a capacitação dos trabalhadores da saúde tome como referência as necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social em saúde. Esta mesma portaria menciona também a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos:

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (Brasil, 2004).

No mesmo ano desta portaria, Arantes (2004) faz menção à necessidade de substituição da organização piramidal convencional dos sistemas de saúde – estruturada em níveis de complexidade crescente com o hospital como o ponto mais importante da assistência – por uma organização horizontal, em que todos os níveis de atenção têm sua importância definida com um eixo central representado pela atenção primária à saúde. Neste contexto, o espaço disponibilizado pela Educação Permanente oferece palco para que os atores envolvidos desenvolvam este refletir horizontalizado, aperfeiçoando a cadeia de cuidados progressivos.

Avançando no conceito de cadeia de cuidados, Feuerwerker (2011) ressalta que é para superar as fórmulas largamente experimentadas do insuficiente conhecimento das situações de vida, da pobreza dos vínculos, da referência sem responsabilização, da contrarreferência não efetivada, dos protocolos construídos unilateralmente e não adotados que se abre a agenda da gestão do cuidado, que inclui arranjos como o da cadeia de cuidados. A autora, defendendo a superação de modelos

tradicionais de capacitação de recursos humanos, afirma que é preciso criar espaços de conversa que propiciem reconhecimento mútuo entre profissionais e equipes, identificação de potencialidades e possibilidades de cooperação e produção de novos pactos (em relação às responsabilidades de cada parte) e o desenvolvimento de critérios de encaminhamento e de regresso dos usuários para as unidades (construindo estratégias para seu acompanhamento, mecanismos para tirar dúvidas, combinação de abordagens, reavaliação de decisões, combinação de iniciativas e responsabilidades, etc).

Para se criar estes espaços de conversa, a EPS deve estar atenta a importantes elementos que viabilizam um real cenário de diálogo. Condição preliminar é reconhecer os problemas e as necessidades dos diferentes atores.

Grant (2002) citado por Fontaineve (2009) propôs uma classificação para as necessidades de aprendizado sumarizando-as em: referidas, expressadas, normativas e as comparativas entre grupos. Necessidades referidas são aquelas que os profissionais dizem que precisam, distinguindo-se em individuais, subjetivas, organizacionais e grupais ou de equipe. As necessidades expressadas transparecem nas ações, sendo identificáveis através de indicadores de processos e resultados. As necessidades normativas representam a própria educação continuada convencional, definida por experts. Finalmente, as necessidades comparativas entre grupos posicionam-se como elemento potencial de aproximação ou dispersão entre os intervenientes sendo, portanto, importante componente a ser trabalhado.

Obviamente, a criação de um espaço de aproximação pode gerar um desencontro de expectativas. O que um considera problemas e necessidades não necessariamente coincide com o entendimento dos demais envolvidos. Uns sabem de seus desconfortos; outros se olham por diferentes filtros como risco, vulnerabilidades, prioridades, etc. (Feuerwerker, 2011).

Reconhecer as necessidades é respeitar a participação dos envolvidos e de seus conhecimentos prévios. Teixeira (2004) menciona a relevância de entender que todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

Outro importante elemento na criação dos espaços de conversa é a sensação de incômodo, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho em saúde. A vivência e a reflexão sobre as práticas são as que podem produzir incômodos e a disposição para se produzir alternativas de práticas e conceitos, para enfrentar os desafios das transformações e para preparar o trabalhador ou a organização a decidir sobre mudanças ou incorporação de novos elementos na sua prática (Merhy; Feuerwerker, 2011).

Valorizada como um espaço de conversa, a EPS deve ter profunda consideração pelas opiniões relevantes preexistentes na estrutura cognitiva dos participantes, enquanto estruturas hierárquicas de conceitos que são representações de experiências sensoriais destes atores (Ausubel, 1968 apud Moreira, 1999). Se os incômodos percebidos e as propostas aventadas conseguem dialogar com o passado acumulado pelos envolvidos, então se pode desenvolver um aprendizado significativo (Brasil, 2011b), apoiado no pensamento reflexivo, dialógico, contextual, colaborativo e construtivo (Guimarães et al., 2010).

Segundo Merhy e Feuerwerker (2011), a educação permanente em saúde constitui-se uma potência para a gestão que compreende ser esse o espaço privilegiado para problematizar, desterritorializar, disputar projetos, produzir novas negociações e construir equipes/coletivos; constitui-se incômodo para a gestão que não deseja democratizar processos de decisão ou que não dá conta de enfrentar os problemas identificados. Só numa relação de confiança pode surgir uma realidade como projeto compartilhado, pois assim legitimamos o outro e não o julgamos segundo perspectivas

unilaterais. A relação existente não pode basear-se em que o outro deva sempre ceder (Brasil, 2009a). Para existir um espaço de conversa, saber escutar é fundamental.

Quem tem o que dizer tem igualmente o direito e o dever de dizê-lo. É preciso, porém, que quem tem o que dizer saiba, sem sombra de dúvida, não ser o único ou a única a ter o que dizer. Mais ainda, que o que tem a dizer não é necessariamente, por mais importante que seja, a verdade alvissareira por todos esperada. É preciso que quem tem o que dizer saiba, sem dúvida nenhuma, que, sem escutar o que quem escuta tem igualmente a dizer, termina por esgotar a sua capacidade de dizer por muito ter dito sem nada ou quase nada ter escutado (Freire, 1996)

Em uma conversa, o movimento deve acontecer nos dois sentidos: a gestão pauta certos temas, mas as equipes pautam outros. E há trabalho organizado de reflexão e produção de alternativas nos dois casos (Merhy; Feuerwerker, 2011).

Segundo Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Superando a noção programática de implementação de práticas previamente selecionadas e com um currículo dirigido ao treinamento de habilidades, o autor explica que a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda / em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde (gerando profissionais comprometidos em contraposição a profissionais apenas mais ilustrados sobre o tema objeto das capacitações em saúde).

Feuerwerker (2011) alerta que a partir da compreensão da multiplicidade de planos e atores constitutivos das organizações e da gestão em saúde, é fundamental reconhecer que a força de todos esses processos é micropolítica e que para a instauração de uma micropolítica a favor da autonomia é necessário operar nos diversos planos em que gestores,

trabalhadores e usuários transitem em mútua afetação na vida e no sistema de saúde (apreendendo o movimento que surge da tensão, seus fluxos de intensidades, escapando do plano de organização de territórios, desestabilizando as representações, canalizando as intensidades e dando-lhes sentido).

Para tanto, é necessário subverter a “ordem” existente na organização tradicional, em que em geral não há espaço e nem tempo para escuta e construção coletiva porque o lugar da tomada de decisão está no ápice da pirâmide (organograma). É necessário descentralizar sem perder o norte e para isso precisamos envolver todos para dar “cara” (identidade) para o coletivo, debatendo desde definição de objetivos até os métodos de trabalho (Merhy; Feuerwerker, 2009).

Nessa direção, o apoio institucional pode ser entendido como um dispositivo de funcionamento em rede. Desse modo, os interstícios, os bastidores não devem ser ignorados, “eles estão presentes, atravessando, influenciando, transversalizando, enfim, as análises realizadas” (Coimbra, 2001 apud Vasconcelos; Morschel, 2009).

A EPS tem a possibilidade de envolver as diferentes instâncias dos prestadores em saúde em uma atividade de natureza eminentemente conversacional. Dessa perspectiva, as redes de trabalho em saúde passam a ser concebidas como grandes redes de conversações (Teixeira, 2004).

Merhy e Feuerwerker (2011) refletem que somente desde a realidade local e da singularidade dos atores é possível construir processos que façam sentido e que sejam efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Cada local tem produzido certos movimentos a seu modo. Há movimentos interessantes de construção de processos formativos pelos próprios municípios (inclusive de pequeno porte), em que se forjam redes de sustentação com base nas experiências acumuladas (Merhy; Feuerwerker, 2011).

Pelo acima descrito, buscou-se destacar o potencial que a educação permanente em saúde possui como instrumento de facilitação do diálogo e legitimação de acordos entre os atores envolvidos na produção de consensos que aprimorem os serviços de saúde. Desta forma, não se procura transformar todos os problemas educacionais, mas sim buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços, assumindo uma atitude pedagógica no desdobramento de suas soluções técnicas (Ramos et al., 2011).

1.4. O município objeto do estudo

O município, objeto deste estudo, passou por intenso crescimento populacional nos últimos 50 anos, crescendo a uma taxa média de aproximadamente 7% ao ano. Na última década, estabelecido como um município de grande porte, apresentou uma taxa geométrica de crescimento anual de aproximadamente 3,09% ao ano (SEADE, 2012).

FONTE: DATASUS (Brasil, 2008b).

Figura 4 – Crescimento da população municipal na última década – 1999 a 2011

Localizado no litoral sul do Estado de São Paulo, poderá haver um recrudescimento desta expansão populacional por conta da perspectiva de crescimento da região com as explorações de petróleo na camada pré-sal da Baixada Santista no próximo quinquênio.

Com uma economia lastreada basicamente por turismo litorâneo, o município tem no setor de serviços a base de sua economia. Como apresenta praticamente 100% de grau de urbanização, o setor agropecuário é quase inexistente e a Indústria volta-se para atividades que atendam a demanda gerada pela construção civil e pelos demais setores de serviços. Esta composição econômica setorial tem garantido aos munícipes uma renda per capita de aproximadamente 2,5 salários mínimos para um PIB per capita de R\$11.142,95.

Tabela 1 – Perfil econômico do município avaliado – 2009

Economia e Renda	Município	Região de Governo
PIB per Capita (Em reais correntes)	11.142,95	23.970,40
Participação da Agropecuária no Total do Valor Adicionado (Em %)	0,17	0,28
Participação da Indústria no Total do Valor Adicionado (Em %)	13,63	27,47
Participação dos Serviços no Total do Valor Adicionado (Em %)	86,20	72,25

FONTE: SEADE, 2012.

Esta realidade econômica coloca o município em um nível elevado de renda, mas com indicadores sociais aquém da realidade estadual.

A tabela 2 apresenta o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) do município, comparando-o com do Estado de São Paulo. Enquanto a dimensão riqueza é superior ao Estado, os demais indicadores sociais e o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) são inferiores.

Tabela 2 – ÍPRS e IDH no município e no Estado de São Paulo – 2000/2008

Condições de vida	Ano	Município	Estado
Índice de Desenvolvimento Humano – IDH	2000	0,796	0,814
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Riqueza	2008	62	55
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Longevidade	2008	66	73
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Escolaridade	2008	61	68

FONTE: SEADE, 2012.

Como poderia ser esperado, a distribuição da população no espaço urbano guarda profunda assimetria quando se avalia os padrões sociais e econômicos.

Uma classe média (entremeada de bolsões de riqueza ou pobreza) localiza-se em uma faixa territorial de aproximadamente 1,5 Km entre as praias e as rodovias que cruzam o município (SP-055 e Via Ac. 291-55), usufruindo da infraestrutura e acesso total às facilidades urbanas. Do outro lado das rodovias, grupos populacionais de baixa renda – com uma parcela expressiva em áreas de invasão – convivem com uma infraestrutura urbana freqüentemente precária e com piores indicadores sociais, econômicos e de saúde.

Apesar desta assimetria, o município apresenta estatísticas vitais e de saúde próximas da realidade do Estado de São Paulo, tendo vivenciado queda expressiva na taxa de mortalidade infantil, que saiu de patamares superiores a 20 por mil nascidos vivos, anteriormente aos investimentos em Atenção Básica na última década, para uma realidade comparável com o Estado.

Tabela 3 – Estatísticas Vitais e Saúde – 2010

Indicadores e Taxas	Município	Estado
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	15,11	14,59
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	55,18	51,12
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	12,41	11,86
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	13,93	13,69
Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) (Em %)	7,04	6,96
Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %)	77,10	78,11
Partos Cesáreos (Em %)	55,31	58,70
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)	8,59	9,15
Gestações Pré-Termo (Em %)	6,49	8,67

FONTE: SEADE, 2012.

Na atualidade, o município tem aplicado mais de 20% de seus recursos próprios na saúde pública.

A tabela 4 compara os aspectos orçamentários do município avaliado com a cidade de Santos (considerado município polo por possuir a melhor infraestrutura em saúde na região da Baixada Santista).

Tabela 4 – Orçamento público em saúde – 2010

Dados e Indicadores	Município Avaliado	Município Polo
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	404,01	574,04
Despesa com recursos próprios por habitante	238,18	352,19
Transferências SUS por habitante	167,15	219,04
% despesa com pessoal/despesa total	46,7	57,2
% despesa com investimentos/despesa total	1,9	1,9
% transferências SUS/despesa total com saúde	41,4	38,2
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	19,6	17,8
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total	41,3	29,8
Despesa total com saúde	100.821.182,16	239.430.473,77
Despesa com recursos próprios	59.437.948,35	146.896.220,79
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	303.384.257,97	823.889.777,33
Transferências SUS	41.713.480,50	91.361.090,40
Despesa com pessoal	47.089.885,06	136.827.931,49

FONTE: SIOPS, situação da base de dados nacional em 24/05/2010, Cadernos de Informação da Saúde (Brasil, 2008b).

No entanto, apesar do grande porte que o diferencia do cenário nacional de pequenos municípios, se insere na situação hegemônica de restrição de recursos financeiros para ampliação dos serviços públicos de saúde em contrapartida ao crescimento da demanda por estes serviços.

FONTE: DATASUS (Brasil, 2008b).

Figura 5 – Produção ambulatorial municipal per capita em 2009

A Portaria 1.101/2002 (Brasil, 2002) estabelece parâmetros assistenciais no SUS a partir do pressuposto de que se deveria garantir 2 (duas) a 3 (três) consultas médicas por habitante/ano. Utilizando como referência esta portaria, o gráfico acima revela que o município garantia, em 2009, um total de 2,76 consultas por habitante/ano. No entanto, o setor de urgências oferecia quase sete vezes mais que o parâmetro mínimo para este serviço (0,24 consultas por habitante/ano), enquanto a Atenção Básica e Especializada estavam abaixo do mínimo recomendado (respectivamente 1 e 0,4 consultas por habitante/ano).

Assim, a figura 5 (cinco) revela uma realidade freqüentemente encontrada no Brasil, onde restrição de recursos financeiros para investimentos na atenção básica e especializada é precariamente compensada com uma plethora de atendimentos no setor de urgência e emergência.

A tabela abaixo apresenta a rede assistencial ao final de 2009. A participação ambulatorial do setor privado é representada por poucos ambulatorios especializados, consultórios médicos e unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia.

Tabela 5 – Rede Assistencial municipal – 2010

Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento Dez/2009					
Tipo de estabelecimento	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	Total
Centro de Atenção Psicossocial	1	-	-	-	1
Centro de Saude/Unidade Básica de Saúde	21	-	-	-	21
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	2	-	14	-	16
Consultório Isolado	-	-	53	-	53
Cooperativa	-	-	1	-	1
Hospital Dia	1	-	2	-	3
Hospital Geral	1	-	-	-	1
Policlínica	5	-	3	-	8
Pronto Socorro Especializado	1	-	-	-	1
Pronto Socorro Geral	1	-	1	-	2
Secretaria de Saúde	1	-	-	-	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	2	-	11	-	13
Unidade Móvel Terrestre	1	-	-	-	1
Total	37	-	85	-	122

FONTE: SIOPS, situação da base de dados nacional em 24/05/2010, Cadernos de Informação da Saúde (Brasil, 2008b).

Quanto ao setor hospitalar, contando com um único hospital público geral, o município tem garantido 0,8 leitos/1000 habitantes/ano (excluídos leitos complementares). Vale destacar que o município não conta com leitos hospitalares provenientes da Saúde Suplementar. Assim, a produção histórica do hospital municipal (HMID) serve de parâmetro para avaliar o acesso à assistência do setor no município.

Tabela 6 – Número de leitos de internação existentes – 2009

Especialidade	Público		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgicos	72	32	72	32
Clínicos	50	50	51	50
Obstétrico	26	26	26	26
Pediátrico	20	20	20	20
Outras Especialidades	11	11	11	11
Hospital/DIA	17	17	21	17
Total	196	156	201	156
UTI	Público		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS
UTI adulto I	18	7	18	7
UTI infantil I	10	-	10	-
UTI neonatal I	10	-	10	-
Total	38	7	38	7

FONTE: SIOPS, situação da base de dados nacional em 24/05/2010, Cadernos de Informação da Saúde (Brasil, 2008b).

Perante esta breve exposição do perfil municipal, o próximo subcapítulo foca no problema de acesso ao setor de especialidades médicas do município avaliado.

1.5. O problema da fila de espera municipal de especialidades

Apesar dos inquestionáveis progressos alcançados com o contínuo desenvolvimento da legislação e normatizações de âmbito federal e estadual, muitos municípios no Brasil enfrentam dificuldade em converter os ditames legais em ações operacionais que efetivem a melhoria do acesso à assistência. A falta de normatização e capacitação dos recursos humanos, o desequilíbrio entre a capacidade instalada dos serviços e a demanda existente e a frágil integralidade da rede são alguns dos problemas presentes em boa parte dos municípios do país.

Até o início do novo milênio, o município avaliado possuía uma precária rede de serviços de saúde, com poucas unidades básicas localizadas em bairros nobres (faixa territorial próxima à orla marítima).

FONTE: SESAP 5.12 – Seção de Informações da Atenção Básica.

Figura 6 – Investimentos em Equipes de Estratégia de Saúde da Família – 2001 a 2008

Na última década, conforme apresentado na figura 6, houve melhoria no acesso aos serviços de Atenção Básica proporcionada pelas ações de descentralização e responsabilização dos municípios e os investimentos federais em Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, entre 2001 e 2008, partiu-se de um modelo tradicional de UBS para a presença de quase 80% de adesão da população em estratégia de saúde da família (num total de 16 unidades com 47 equipes de ESF) e a presença de agentes comunitários de saúde na forma de PACS em todas as 05 (cinco) unidades básicas de saúde remanescentes do período anterior.

A gestão deste período priorizou a estruturação da Atenção Básica, construindo uma unidade de Saúde da Família, uma creche e uma escola a cada grupo populacional entre 6000 a 15000 habitantes, homogeneamente distribuídas ao longo do território municipal (incluindo áreas de invasão).

Tabela 7 – Indicadores da Atenção Básica – 2009

Indicadores	Município Avaliado			Município Polo		
	PACS	PSF	TOTAL	PACS	PSF	TOTAL
Modelo de Atenção						
População Coberta	42.325	195.687	238.012	82.279	37.673	119.952
% população coberta pelo programa	17,0	78,4	95,4	19,7	9,0	28,8
Média Mensal de visitas por família	0,07	0,06	0,07	0,09	0,10	0,09
% de crianças com esquema vacinal básico em dia	97,9	98,0	98	99,1	99,4	99,2
% de crianças com aleitamento materno exclusivo	83,7	83,7	83,7	87,5	86,9	87,3
% de cobertura de consultas de pré-natal	97,8	97,9	97,9	96,5	96,5	96,5
Taxa de mortalidade infantil por diarreia (por 1.000 nascidos vivos)	-	1,4	1,3	-	-	-
Prevalência de desnutrição (em menores de 2 anos/100)	0,6	0,7	0,7	0,2	0,3	0,3
Taxa de hospitalização por pneumonia (em menores de 5 anos/1000)	1,1	9,2	8,1	10,6	8,8	9,8
Taxa de hospitalização por desidratação (em menores de 5 anos/1000)	-	0,6	0,5	1,0	2,7	1,7

FONTE: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010 (Brasil, 2008b).

A tabela 7 compara alguns dos indicadores da Atenção Básica do município avaliado e do município polo (Santos), indicando a forte participação da estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção no município avaliado.

Uma das conseqüências esperadas com a melhoria do acesso à Atenção Básica foi o aumento de encaminhamentos ao setor de especialidades.

A figura 7 apresenta a produção do setor de especialidades nos quatro anos da gestão anterior (2005-2008), revelando que para algumas especialidades observou-se queda de mais de 50% na produção por conta de demissões, óbitos e aposentadorias sem reposição de quadro ou por queda na produtividade individual (reflexo também da desvalorização salarial dos profissionais do setor).

FONTE: DATASUS.

Figura 7 – Produção anual de consultas das especialidades médicas – 2005 a 2008

A melhoria do acesso à atenção básica (com aumento do número de encaminhamentos) atrelada à queda de produção nas especialidades culminou com o surgimento de grandes filas de espera em um espaço de tempo relativamente curto.

FONTE: Seção de Análise de Dados e Suporte a Sistemas do município avaliado.

Figura 8 – Maiores filas de espera e oferta mensal em especialidades médicas – 2009

A nova gestão municipal, iniciada em 2009, encontrou o quadro apresentado na figura acima. As maiores filas de espera por consulta especializada eram oftalmologia, cardiologia e dermatologia, que contavam – respectivamente – com 8063, 3351 e 1029 usuários aguardando por consultas especializadas.

A figura 8 permite também visualizar um importante aspecto a respeito da demanda por serviços: a proporção entre o número de usuários em fila de espera (N_q) e a produção mensal em determinado período.

A um primeiro olhar, poder-se-ia supor que as especialidades que apresentam uma demanda reprimida total (fila de espera) muito maior que a produção média mensal seriam aquelas em piores condições (exigindo prioridade de intervenção). No entanto, a figura 8 não aborda outro elemento determinante da evolução da fila de espera: a relação entre a oferta e a demanda média mensal de cada serviço de especialidades médicas.

A figura abaixo demonstra o comportamento das principais filas de espera em 2009, anteriormente aos investimentos realizados.

FONTE: Dados da Central de agendamentos da Secretaria de Saúde em 2009.

Figura 9 – Crescimento ou retração média mensal das filas de espera em 2009

Os valores apresentados na figura 9 representam a diferença entre a demanda média de novos pacientes que entraram na fila de espera num período de 30 dias (D) e a média de consultas produzidas em igual período (O). Nesta diferença (D–O) expressa na figura, pode-se observar que as filas de oftalmologia, cardiologia e dermatologia aumentavam em média 178, 177 e 27 pacientes respectivamente mês a mês. Da mesma forma, as filas de ortopedia e gastroenterologia diminuía aproximadamente em 117 e 94 pacientes mensalmente.

Assim, apesar de gastroenterologia possuir naquele período aproximadamente o mesmo número de pessoas aguardando em fila de espera que dermatologia (1130 e 1029, respectivamente), a figura 9 evidencia que a fila de dermatologia aumentava 27 pacientes/mês enquanto gastroenterologia diminuía em 94 pacientes/mês. Isto explica porque não se poderia nortear investimentos em serviços observando-se somente o tamanho da fila de espera.

A partir da figura acima, e considerando valores constantes a partir do marco temporal das filas, é possível calcular o tempo que teria sido

necessário para o surgimento das maiores filas de especialidade no município avaliado em 2009 se a relação oferta/demanda fosse constante.

Tabela 8 – Estimativa de tempo para a formação das filas de espera

Especialidade	N_q (pacientes)	D-O (pacientes/mês)	T (meses/anos)
Oftalmologia	8053	178	44,2 / 3,7
Cardiologia	3351	177	17,9 / 1,5
Dermatologia	1029	27	37,1 / 3,1

FONTE: antiga Central de agendamentos do município.

Finalmente, a tabela abaixo revela a realidade do tempo que um novo paciente aguardava em fila de espera até atendimento especializado anteriormente aos investimentos realizados.

Tabela 9 – Tempo de espera em fila (W_q)

Especialidade	N_q (pacientes)	O (pacientes/mês)	W_q
Oftalmologia	8 053	687	11 meses e 21 dias
Cardiologia	3 351	570	5 meses e 26 dias
Dermatologia	1 029	315	3 meses e 8 dias

FONTE: DATASUS (Brasil, 2008b) e a central de vagas municipal em 2009.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

- Apresentar e discutir intervenção implantada no sistema de saúde público visando à melhoria da qualidade do acesso à assistência médica especializada, enquanto parte do sistema regulatório local, em um município da Baixada Santista.

2.2. Objetivo secundário

- Analisar o desenvolvimento e operacionalização de protocolos de regulação assistencial que procuraram aprimorar o acesso e atenção qualificada entre a Atenção Básica e o setor ambulatorial de especialidades médicas.

3. METODOLOGIA

O projeto de pesquisa adotou como referencial metodológico o estudo de caso (Yin, 2001), com apresentação da implantação de proposta de intervenção no sistema de regulação do acesso à assistência de um município de 250 mil habitantes no período de 2009 a 2011 (coincidindo com o início da nova gestão municipal). Trata-se de estudo descritivo, com abordagem predominantemente qualitativa, em que a caracterização do contexto baseia-se na literatura acadêmica e portarias do SUS sobre regulação em saúde e específicos municipais (ganhando destaque os processos administrativos do complexo regulador da saúde municipal e dados de faturamento disponíveis no DATASUS).

A posição do avaliador é interna (Novaes, 2000), sendo que o pesquisador exercia o papel de coordenador dos serviços de regulação no período avaliado. Fazendo-se ressalva às características desta posição, buscou-se ser o mais objetivo possível, com descrição dos processos administrativos realizados e discussão dos resultados com base na literatura especializada.

Partindo-se de revisão não sistemática de descritores relacionados às intervenções implantadas, foram descritos os investimentos em infraestrutura e tecnologia da informação, aperfeiçoamento logístico e de processos, educação permanente e desenvolvimento de protocolos de regulação do acesso em escala municipal.

O projeto foi submetido à avaliação e aprovação de equipe técnica do município e formalmente autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde, que levou em consideração o propósito dos pesquisadores e os potenciais benefícios que a avaliação proporcionaria à municipalidade. Além disso, foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a CAPPesq, sob o número de Protocolo de Pesquisa nº 255/11 de 13/07/2011.

4. RESULTADOS

As grandes filas de espera ambulatoriais para o setor de especialidades médicas foram apontadas como um dos principais problemas pela população do município na conferência municipal ocorrida em maio de 2009. A equipe que assumiu o comando na área da saúde naquele ano elaborou um conjunto de projetos que estabeleceu metas de investimento em estrutura física, logística, tecnologia da informação e desenvolvimento de ações de microrregulação, cujos resultados passam a ser descritos.

4.1. Os investimentos em infraestrutura

Em junho de 2009, como uma das primeiras ações de intervenção, inaugurou-se as atividades do Complexo Regulador do município avaliado. Adotou-se a nomenclatura padrão do Ministério da Saúde sendo constituído na forma de três centrais: Central de Regulação de Consultas e Exames Ambulatoriais, Central de Regulação de Internações Hospitalares e a Central de Regulação de Urgência e Emergência (Brasil, 2006a).

Anteriormente à criação de tal estrutura, o município contava com uma central de vagas restrita ao gerenciamento de filas de espera de procedimentos de maior custo ou complexidade (particularmente relacionadas às referências intermunicipais na Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Município.

Nesta antiga central de vagas, poucos funcionários de nível médio exerciam atividades de agendamento ambulatorial e hospitalar, assessorados por dois médicos auditores que realizavam atividade de autorização.

Dessa forma, as atividades de regulação imiscuíam-se às atividades de auditoria. Ou seja, os auditores – que a princípio deveriam apenas emitir parecer sobre a conformidade dos serviços estabelecidos – atuavam como

médicos reguladores em um processo inequivocamente regulatório de autorização.

Adicionalmente, a maior parte dos processos de agendamento era controlada por unidades executantes de serviços que detinham o poder da oferta de vagas com grau variável de qualidade de gerenciamento. Era o que ocorria com as filas de espera de especialidades médicas ambulatoriais que eram gerenciadas pela recepção do centro de especialidades do município (estando, portanto, sujeitas a um processo manual, subjetivo, não sistemático e sob influência de usuários, funcionários e agentes políticos).

A implantação do Complexo Regulador possibilitou a avaliação do Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada vigentes, deflagrando-se a reorganização do processo regulatório: definição da área de abrangência e capacidade instalada de serviços, definição do fluxo de informações (delineando o perfil das unidades solicitantes e executantes), rotinas operacionais (locais, horários de funcionamento, preparos, protocolos de acesso, etc.) e demais atividades a serem abordadas nos próximos subcapítulos.

Conforme exemplo da figura 10, processos administrativos foram criados para documentar os fluxos de trabalho, metodologias de agendamento e definição das atribuições específicas dos diferentes envolvidos (no complexo regulador municipal e nas unidades solicitantes e executantes).

FONTE: Complexo Regulador, 2010 (Processo Administrativo 883/2011).

Figura 10 – Fluxo de atendimento às Cirurgias Eletivas – 2010

No processo de estruturação das centrais de regulação criadas, buscou-se garantir o adequado efetivo de recursos humanos necessários ao bom funcionamento dos fluxos de trabalho pré-determinados. Estava-se ciente de que, conforme o crescimento municipal ocorresse, atividades que eram realizadas por um único profissional (que poderia eventualmente acumular mais de uma tarefa) poderiam exigir mais do que um profissional por etapa.

FONTE: Complexo Regulador, 2010.

Figura 11 – Cadeia do atendimento nas Centrais de Regulação municipal – 2010

A figura acima ilustra as etapas do fluxo interno implantado nas centrais do município avaliado em 2009: protocolização, regulação, autorização, arquivamento, agendamento, videofonia e devolutiva (através de nova protocolização).

Para os procedimentos e consultas que não apresentassem fila de espera (demanda livre) – ou contassem com filas pequenas não sujeitas aos protocolos de regulação – o agendamento passou a ser realizado diretamente entre as unidades solicitantes e executantes através de sistema informatizado.

Para os procedimentos e consultas com demanda reprimida (existência de fila de espera) sujeitas a protocolos de regulação, estabeleceu-se o fluxo interno descrito na figura 12.

Este fluxo interno, constituído das 7 (sete) etapas já mencionadas, era deflagrado pela protocolização de documentos diversos (BPA, APAC, SADT, Fichas de Encaminhamento, referências e contrarreferências, etc.) provenientes das unidades da rede e sujeitos à análise do regulador/autorizador.

Foi entendimento da nova gestão a necessidade de se estabelecer ferramentas de rastreabilidade de erros no processo regulatório. Assim, a protocolização – como etapa inicial e final – foi defendida como obrigatória. Além disso, todas as etapas contavam com o mesmo sistema de recebimento, ou senhas de acesso no sistema informatizado, que reconhecia o momento em que uma não conformidade ocorresse.

Protocolizados, os processos de entrada passaram a ser submetidos ao escrutínio do médico regulador que – à luz de protocolos clínicos e de regulação (conforme estratégia definida em próximos subcapítulos) – reconheceria as prioridades, facilitando seu acesso.

Defendeu-se que a importância da figura do médico regulador era conferir agilidade no reconhecimento dos casos mais graves que poderiam ter seu perfil de morbidade agravado pela demora do processo de autorização. Retirados os casos mais graves, o autorizador passava a promover a aprovação (ou devolução para correções às unidades solicitantes) das solicitações.

Após autorização, cabia ao arquivista – ciente do número de pedidos aguardando por agendamento e da oferta de vagas existente – promover o arquivamento (por ordem de chegada, posto que prioridades já tivessem sido retiradas em etapa anterior) ou encaminhamento à próxima etapa (caso se trate de uma prioridade ou disponibilidade de imediato acesso).

Chamou-se de operadores do sistema aos funcionários designados para a função de agendamento de solicitações, posto que o acesso aos serviços de saúde passara a ser gerenciado por sistemas informatizados:

seja pelo sistema municipal implantado no mesmo período, seja através da intermediação do sistema informatizado do Estado de São Paulo (CROSS), que fora inaugurado em período contemporâneo.

Assim, os operadores do sistema receberam treinamento específico de habilidades e senhas pessoais que permitiam monitorar suas produtividades.

A penúltima etapa cabia aos videofonistas. Esta etapa passou a ser essencial no caso das urgências ou bolsões de vagas que eram disponibilizados às vésperas da oferta. Perante a gravidade do caso ou iminência de disponibilidade do serviço, rápida comunicação ao usuário do SUS passou a ser deflagrada pela figura do videofonista, proporcionando agilidade de comunicação entre instâncias.

Finalmente, encerrava-se o ciclo com a figura do protocolista retornando os pedidos adequadamente agendados (ou para correções) às unidades solicitantes e executantes.

4.2. Aperfeiçoamento logístico

Apesar do sistema de agendamento informatizado implantado no município, não se vislumbrou, em futuro próximo, o abandono de documentos oficiais em papel. Enquanto não se estabelecerem prontuários eletrônicos (públicos e de fácil interface) com prescrições e solicitações digitalizadas que certifiquem a autenticidade e garantam a confidencialidade aos pedidos realizados (aliados a um trabalho de conscientização que vença a resistência de alguns servidores públicos que não acompanharam a evolução tecnológica), haverá a presença de documentos em papel. O próprio Estado de São Paulo, que conta com sistema informatizado de agendamento, exige fichas de referência e contrarreferência intermunicipais devidamente assinadas e carimbadas e tal realidade provavelmente não mudará no curto prazo. Tal fato impõe a necessidade de um sistema logístico de fluxo de papéis eficiente.

Considerou-se que, particularmente, a figura do protocolista estabelece um importante elo com o necessário aperfeiçoamento do sistema logístico. Em uma estrutura organizacional como a de Complexos Reguladores que trabalham com milhares de protocolos de entrada mensais (na forma de fichas de encaminhamento, SADT, BPA, APAC, resultados de exames, memorandos, etc.) é inquestionável a importância da protocolização para reconhecimento e responsabilização de perdas de papéis oficiais. A perda de um encaminhamento pode representar atrasos que alterem a morbidade do usuário e coloquem em risco a credibilidade do próprio Complexo Regulador, que deve zelar pela garantia de recebimento e finalização dos instrumentos oficiais recebidos.

Até 2009, o município contava com um lento sistema de malotes para transferências entre as instâncias solicitantes e executantes. Trabalhava-se com um intervalo de tramitação freqüentemente superior a uma semana e não inferior a três dias. Uma vez que existissem encaminhamentos urgentes, não era raro observar o deslocamento de funcionários das unidades (retirados de sua atividade fim) para a entrega de documentos prioritários.

Em contraposição a este cenário, um projeto foi elaborado para reduzir o tempo de tramitação para um período aproximado de 24 horas.

FONTE: Complexo Regulador, 2010.

Figura 12 – Projeto logístico do Complexo Regulador Municipal – 2010

Utilizou-se endereços eletrônicos que disponibilizavam gratuitamente o cálculo de trajeto – definindo, com precisão, a distância e o tempo médio entre destinos – para otimizar o menor circuito necessário para varrer todas as unidades solicitantes e executantes municipais.

No caso do município avaliado, foram necessárias pouco menos de quatro horas para percorrer um circuito de 66 km em observância aos limites de velocidade permitidos. Assim, incluindo o tempo consumido com protocolizações e tráfego de vias públicas, estabeleceu-se comunicação diária entre todos os envolvidos no processo regulatório.

A implantação do projeto mostrou-se, para um município de médio porte com mais de 250 mil habitantes, bastante factível posto que em sua plenitude de funcionamento tenha estabelecido um custo de manutenção mensal equivalente aos honorários de um único médico de família. Frente a um orçamento na escala de centenas de milhões de reais correspondente aos recursos financeiros da secretaria de saúde do município avaliado, este custeio ficou justificado frente aos benefícios que potencialmente poderia proporcionar.

O principal argumento de defesa do sistema logístico implantado foi a alegação de que se constitua em um diferencial importante para a operacionalização de estratégias de regulação de alta qualidade, onde um intervalo de dias poderia fazer a diferença no prognóstico de pacientes mais graves. De maneira objetiva comprovou-se a redução do tempo de tramitação que passou a ser com intervalo não superior a um dia.

4.3. A informatização do acesso à assistência

Talvez pequenos municípios consigam realizar – frente a um número muito menor de entradas de avaliação – a regulação do acesso à assistência de maneira manual, sem prejuízo da velocidade ou qualidade do agendamento. No entanto, mostra-se impossível uma regulação de alta qualidade em municípios que trabalham com mais de 10 000 protocolizações sem que

para isso se faça necessário inchar a máquina pública com um número relativamente grande de funcionários.

A adequada informatização reduz o tempo de operacionalização, o número de funcionários necessários e a porcentagem de falhas humanas registradas.

O município avaliado optou pelo desenvolvimento de um programa informatizado de agendamento próprio. Diversas foram as justificativas alegadas para tal escolha. Abdicou-se de sistemas disponíveis na iniciativa privada pelo alto custo e pelo risco de perda do banco de dados no caso de falhas do sistema ou desentendimentos entre os pares do contrato. Abdicou-se dos sistemas públicos disponíveis gratuitamente pela impossibilidade de introduzir ferramentas e relatórios de interesse local. Outro fator importante foi a necessidade de se trabalhar com diferentes plataformas informatizadas de unidades solicitantes e executantes que exigiam adaptação do programa para integração dos bancos de dados. Assim, evitar-se-ia as intempéries da iniciativa privada ou a dependência de atualização dos sistemas informatizados públicos.

Esperava-se que a informatização proporcionasse justiça de acesso com rastreabilidade, ordenasse a fila de espera por ordem de chegada no sistema (*“first in...first out”*), permitisse discriminar positivamente casos mais graves, identificando os sujeitos da ação no sistema por meio de senhas pessoais e possuindo interface de fácil aprendizado e manipulação pelos intervenientes envolvidos. Buscando-se este propósito, algumas soluções foram propostas pela equipe de regulação municipal.

Um primeiro aspecto que foi precocemente solicitado aos programadores foi a existência de relatórios dinâmicos da gestão do acesso. Um primeiro elemento essencial foi a defesa de uma plena visão da relação entre oferta e demanda de todas as consultas e procedimentos monitorados.

Prefeitura de [Redacted]
RODRIGO FRANCA GOMES

SISTEMA SESAP

Setransp **Sesap** Sefin Seduc Sead Sajur Protocolo

Ajuda Altera Senha Cadastro Social Único Central de Vagas Família Recursos Humanos

Atenção: Favor verificar vagas no e-mail enviado pela SESAP.

Consultar Imprimir Voltar

Total de Registros: 96. Página 2 de 4.

PROCEDIMENTO	VAGAS OFERTADAS	AGENDAMENTOS	SOLICITAÇÕES REALIZADAS
RAIO X TORAX	310	310	62
ELETRCARDIOGRAMA COM LAUDO	615	614	109
PROCTOLOGIA	162	168	23
RAIO X COM PREPARO	314	314	43
EXAME MICOLOGICO	110	7	3
VULVOSCOPIA	2	2	2
USG GESTACIONAL	162	162	27
ECOCARDIOGRAMA	105	105	12
CARDIOLOGIA	308	332	83
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	8	17	6
CIRURGIA PLASTICA	144	132	23
OFTALMOLOGIA	559	542	94
AUDIOMETRIA	56	56	7
LARINGOSCOPIA	10	6	0
CIRURGIA CABECA E PESCOCO	76	11	4
BIOPSIA DE PROSTATA	1	1	0
ESPIROMETRIA	74	74	11
TESTE ERGOMETRICO	16	16	3
CATERISMO	1	1	0
CINTILOGRAFIA OSSEA	3	3	0
BETATERAPIA	1	1	0
RESSONANCIA MAGNETICA	10	10	1
RAIO X DE EED	1	1	0
ORTOPEDIA QUADRIL	5	5	0
ORTOPEDIA PE	2	2	1
ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	28	28	2
CARDIOLOGIA PROCEDIMENTO	2	8	2
CIRURGIA VASCULAR PROCEDIMENTO	4	4	4
ALERGOLOGIA PEDIATRICA PROCEDIMENTO	1	1	0
CIRURGIA GERAL PROCEDIMENTO	1	1	0

Unidade: Central de Vagas

Principal Sair

Intranet local 100%

FONTE: Complexo Regulador, 2010.

Figura 13 – Interface de oferta-demanda do Sistema informatizado SESAP – 2010

A figura acima rapidamente revela o equilíbrio estabelecido entre o número de solicitações (“solicitações realizadas”) e a capacidade instalada disponível no mesmo período (vagas ofertadas). Citando-se um exemplo da figura acima, foram solicitados pela Atenção Básica 109 eletrocardiogramas com laudo. Neste mesmo período, foram ofertados 615 procedimentos e agendados 614 (revelando agendamento de casos represados em fila de espera). Pela interface, é possível ordenar ou filtrar as informações de diferentes maneiras, possibilitando a deflagração de projetos e ações frente a desequilíbrios.

Um segundo aspecto considerado foi o de ofertar às unidades solicitantes e executantes ampla possibilidade de interação e coleta das informações pertinentes a oferta e demanda no município, esclarecendo

dúvidas dos usuários sobre tempo de espera, ordem em que se encontra no sistema e intervenção para discriminação positiva. O programa deveria facilitar a construção das grades de oferta de vagas – particularmente frente a oscilações agudas (ausências do corpo clínico, dos pacientes ou de impedimentos gerados pela aplicação de protocolos regulatórios) – e a ampla consulta à demanda existente.

FONTE: Complexo Regulador, 2010.

Figura 14 – Interface introdutória ao acesso a especialidades – 2010

Um grande esforço do município foi cadastrar os clientes do sistema municipal no Cartão Nacional de Saúde construindo um banco de dados local com todos os quesitos relacionados à identificação do usuário em um BPAi (endereço, telefone, número do cartão nacional da saúde e número de família, etc.). Assim, a equipe de regulação passou a ter meios de identificar

a clientela adscrita por unidade, consultar os recursos humanos existentes, avaliar aspectos da demanda e da oferta sobre diferentes prismas e, rapidamente reconhecer alterações imediatas produzidas no sistema.

Foi construído o campo “avisar unidades” e a filipeta “atenção” que pisca em cor vermelha para alertar alterações imediatas às recepções das unidades de saúde da rede envolvidas no acesso à assistência. Considerou-se tal destaque importante no caso de faltas médicas e obtenção de vagas raras no sistema. Caso a unidade solicitante não confirmasse ciência, deflagrava-se a comunicação por telefone pela respectiva Central de Regulação através da videofonista. A mesma opção de piscar em vermelho foi disponibilizada ao Complexo Regulador municipal (“aprovar solicitações”) e está relacionado ao módulo autorizador (abaixo mencionado).

Um terceiro aspecto proposto foi adequar a informação ao público alvo de interesse. Assim, por exemplo, para uma unidade solicitante, uma informação relevante é identificar a demanda para seu usuário, reconhecendo as solicitações ativas em aguardo.

FONTE: Complexo Regulador, 2010.

Figura 15 – Interface de pesquisa de solicitações – 2010

Já para um Complexo Regulador, outros dados são mais relevantes – como a avaliação das solicitações e histórico de agendamento, a produção e produtividade de unidades e de profissionais em atuação – exigindo-se uma interface de consulta diferenciada. Assim, campos próprios destinados para diferentes atores da rede foram disponibilizados para se adequarem a necessidade dos usuários do sistema (contando com acesso restrito por senhas).

FONTE: Complexo Regulador, 2010.

Figura 16 – Uma das interfaces de consulta de agendamentos – 2010

Particularmente, o módulo autorizador foi entendido como fundamental para agilizar a estratégia de protocolos de regulação adotada.

O sistema informatizado foi desenvolvido com um módulo autorizador que passou a viabilizar a operacionalização dos procedimentos que estivessem sujeitos a protocolos de regulação ou necessitassem de

autorização prévia (no caso de cirurgias, internações, contratos em desequilíbrio e alta complexidade).

Primeiramente, as solicitações de procedimentos dos profissionais da Atenção Básica deveriam ser inseridas no sistema informatizado pela recepção destas unidades. Assim, a disponibilização das vagas ocorreria por ordem de registro no sistema (e por prioridade quando fosse o caso).

No caso de consultas e procedimentos sujeitos à autorização, quando a ficha de interconsulta chegava a sua respectiva central de regulação, os reguladores selecionavam as fichas prioritárias (PUE) e, na seqüência, as de rotina, acessando o módulo autorizador.

Conforme pode ser observado na figura abaixo, o sistema informatizado desenvolvido conta com uma interface de autorização que permite aceitar ou indeferir a solicitação e checar todo o histórico prévio destas eventuais negativas (bem como os agentes envolvidos no processo).

SISTEMA SESAP

Prefeitura de [redacted]
RODRIGO FRANCA GOMES

Setransp Sesap Sefin Seduc Sead Sajur Protocolo

Ajuda
Alterar Senha
Cadastro Social Único
Central de Vagas
Família
Recursos Humanos

Solicitações de Vaga Reservadas

Nº da Solicitação: 226312
Unidade Solicitante: Seleccione...
Nome: [input field]

Consultar Limpar Voltar

Atenção: Favor verificar vagas no e-mail enviado pela SESAP.

Total de Registros: 1. Página 1 de 1.

PACIENTE	VER SOL.	DEFERIR	INDEFERIR	DATA DA SOLICITAÇÃO	PROCEDIMENTO	TIPO DE CONSULTA	ORIGEM	DESTINO	FUNCIONÁRIO
DA SILVA	[icon]	[icon]	[icon]	27/9/2011 16:33:45	TC ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	Exame	CEMAS	Qualquer unidade onde haja vagas	BERNARDO

Unidade: Central de Vagas

Principal Sair

Intranet local 100%

FONTE: Complexo Regulador, 2011.

Figura 17 – Interface do Módulo autorizador do Sistema SESAP – 2011

A solicitação é submetida à avaliação de pertinência. Estando de acordo com os protocolos e normatizações específicas, é aceita através da opção “DEFERIR”.

Ainda que tenha sido aceita no sistema de autorização através do deferimento, o ato de “DEFERIR” não é garantia imediata de agendamento. Tal agendamento só ocorreria simultaneamente caso não existisse fila de espera (estando o sistema trabalhando com capacidade ociosa). Outro exemplo desta situação seriam exames de alta complexidade ou referências intermunicipais a doenças graves que não tem fila de espera, mas se faz necessário checar se todos os critérios de inclusão e formalidades estão presentes (sob risco de desperdício de vagas na programação pactuada e integrada). Para as demais solicitações foi dispensado o módulo autorizador, sendo a vaga imediatamente disponibilizada para o usuário municipal no momento da inserção no sistema.

Havendo não conformidade ao estabelecido no protocolo de regulação, a ficha de encaminhamento será “INDEFERIDA” e redirecionada à unidade solicitante para as devidas correções, com posterior reinserção no sistema.

FONTE: Complexo Regulador, 2011.

Figura 18 – Negativa no Módulo autorizador do Sistema SESAP – 2011

A figura 18 demonstra o processo de indeferimento, onde o regulador é obrigado a apontar o motivo (falha no preenchimento, inconsistência de pedido, etc.), fornecendo informações sobre a infração aos protocolos e sugestões de correção.

Outro aspecto interessante do sistema foi o gerenciamento dos retornos ao setor de especialidades. Suponha que um determinado especialista indique retorno para reavaliação em seis meses para um glaucoma. Devido à gravidade da patologia é possível que este paciente receba um carimbo de urgente na Atenção Básica, fazendo-o retornar ao especialista antes do tempo previsto (desperdiçando uma vaga).

Prefeitura de [REDACTED] **SISTEMA SESAP**
 RODRIGO FRANCA GOMES

Setransp **Sesap** Sefin Seduc Sead Sajur Protocolo

Ajuda
 Altera Senha
 Cadastro Social Único
 Central de Vagas
 Família
 Recursos Humanos

Atenção
 FAVOR verificar vagas no e-mail enviado pela SESAP.

Solicitação de Vaga de Especialidade - Retorno

Dados da Solicitação

Paciente: [REDACTED] Consultar: Últimas Solic.
 Especialidade: CARDIOLOGIA
 Unidade de Origem: Central de Vagas
 Unidade de Destino: CEMAS
 Data do Pedido: 01/10/2009
 Prazo para retorno: 120 dias.
 Aceitaria Tentativa de Encaixe? ☒ Sim ☐ Não

Dados do Profissional Solicitante

*Profissional Municipal: [REDACTED] Consultar:
 *Profissional não Municipal: [REDACTED] Consultar:
 Conselho: Sel... Registro: [REDACTED]

Dados do Profissional Solicitado para consulta de retorno

Unidade: Central de Vagas Principal Sair

Intranet local 100%

FONTE: Complexo Regulador, 2011.

Figura 19 – Controle de retornos ao especialista no Sistema SESAP – 2011

A figura 19 exemplifica um agendamento de retorno ao médico especialista, que recomendou reavaliação em 4 (quatro) meses. O sistema

possui um campo denominado “Prazo para retorno” que estabelece o número de dias mínimos para reavaliação. Assim o programa estabelece o tempo projetado de retorno, impedindo retornos precoces e priorizando reavaliações atrasadas. Caso tenha ocorrido um equívoco de priorização pela rede, o médico regulador pode ainda cancelar – à luz do protocolo de regulação pactuado – a condição de prioridade deste paciente, realocando-o no grupo de rotina.

Outra funcionalidade é a vinculação de pré-requisitos ao agendamento de consulta como, por exemplo, um eletrocardiograma (ECG) em uma consulta de cardiologia ou a avaliação de um anestesista em um procedimento cirúrgico ambulatorial. O sistema possui um campo que vincula um procedimento a outro. No exemplo dado, a consulta de cardiologia só será agendada quando o paciente tiver realizado o ECG.

FONTE: Complexo Regulador, 2011.

Figura 20 – Vinculação de pré-requisitos no Sistema SESAP – 2011

Conforme apresentado na figura acima, ao ser selecionado o campo “Possui outro exame necessário...” o sistema direciona para o agendamento de outro procedimento (consultas, exames ou outras atividades terapêuticas disponíveis no município). Desta forma, os procedimentos ficam vinculados, estando o agendamento do primeiro na dependência da realização do

segundo (o sistema permite a vinculação de vários procedimentos para cada consulta).

Outros aspectos foram contemplados no sistema informatizado desenvolvido, mas não serão abordados uma vez que fugiria ao objetivo de avaliação de ferramentas de aprimoramento do acesso.

4.4. Estruturação do Programa de Educação Permanente Municipal

O município em pauta inaugurou sua primeira Unidade de saúde da família (USAFA) em 2001 com a criação de três equipes nos moldes recomendados pelo Ministério da Saúde. Durante a gestão que atuou entre 2001 a 2004, observou-se grande crescimento no número de equipes de Estratégia de Saúde da Família, aumentando-se em mais de dez vezes o efetivo em atuação. Ao final de 2004, o município já contava com 38 equipes de ESF.

FONTE: SESAP 5.1.2. – Seção de Informações da Atenção Básica.

Figura 21 – Equipes de Estratégia de Saúde da Família – 2001 a 2004

Não existe registro formal, anterior a 2001, de capacitações em saúde de maneira estruturada e sistemática. Testemunhos isolados de funcionários mais antigos mencionavam esporádicos eventos (ora com ênfase política, ora com ênfase em vigilância epidemiológica e sanitária) em locais variáveis.

A maior parte dos informes em saúde era transmitida através de memorandos oficiais para ciência dos funcionários pelo antigo sistema de malote.

Com o estabelecimento da ESF, iniciou-se um programa municipal de capacitação em saúde – no início nas próprias unidades de saúde da família – para capacitar às equipes sobre os pilares conceituais da ESF. Vale lembrar que parte significativa dos recursos humanos da área médica e de enfermagem já eram funcionários municipais do modelo tradicional de UBS (atraídos pela filosofia da ESF e os incentivos financeiros atrelados) que se uniram a novos contratados (uma boa parte constituída de recém-formados) para compor o efetivo municipal. Ao final de 2004, coincidindo com a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004), o município já contava com um programa regular de capacitação semanal localizado no anfiteatro da Secretaria de Saúde Pública municipal (SESAP).

FONTE: SESAP 5.12 – Seção de Informações da Atenção Básica.

Figura 22 – Equipes de Estratégia de Saúde da Família – 2005 a 2008

A consolidação de um programa regular de educação permanente, na gestão entre 2005 a 2008, iniciou-se na lógica da educação continuada convencional em observância as necessidades normativas do grupo técnico da Secretaria de Saúde (Grant, 2002 apud Fontaineve, 2009).

A geração de um grande número de equipes em capacitação semanal – em uma sala de educação permanente da SESAP com capacidade máxima para pouco mais de 20 pessoas – exigiu a separação das mesmas em grupos.

As equipes nas unidades de saúde da família do município são divididas em cores de cartão. Contando com uma população adscrita de 3000 a 4500 pessoas por equipe de saúde da família, as usafas continham entre duas a quatro equipes por unidade. Perpetuando-se até os dias atuais, a população adscrita recebe um cartão de saúde da família que pode variar entre as cores vermelha, amarela, azul ou verde. Assim, como exemplo, existe uma equipe vermelha da usafa Ribeirópolis; uma equipe vermelha da usafa Samambaia; uma equipe vermelha da usafa Melvi, etc. As unidades com duas equipes só possuem, portanto, duas cores em atuação.

A SESAP homogeneizou as equipes para que o município contasse com um número parecido de frequência de cores, distribuindo-as ao longo da semana de educação permanente.

FONTE: SESAP 4.1. – Departamento de Assistência à Saúde.

Figura 23 – Cartões de saúde da família

Convencionou-se assim que os períodos da tarde seriam destinados à educação permanente municipal: segunda-feira (equipes verdes), terça-feira (equipes amarelas), quarta-feira (equipes vermelhas) e quinta-feira (equipes azuis).

A justificativa para dividir a capacitação em cores foi a possibilidade de sempre se manter equipes nas unidades para acolher a população adscrita da usafa. As três primeiras semanas de cada mês são destinadas a educação permanente. Na última semana de cada mês, todas as equipes permanecem nas usafas (também afastadas da atividade assistencial direta em obediência ao esquema de cores) para o fechamento do SIAB (Brasil, 1998).

Tomando-se como exemplo uma usafa com quatro equipes, de segunda a quinta-feira à tarde, três equipes atendem ao público e uma está afastada para estudo ou as discussões de fechamento do SIAB. Às sextas-feiras, todas as equipes estão em atividade assistencial direta.

Durante a primeira metade da gestão 2005 a 2008, a educação permanente transcorreu como planejada na lógica de capacitação convencional. Os técnicos da SESAP ministravam os temas (definidos pelos gestores) ou convidavam esporadicamente professores voluntários ou contratados para assuntos específicos. Vale destacar que os ministrantes eram graduados ou especialistas, sendo muito rara a presença de profissionais com título de mestrado ou doutorado (ou alguma formação pedagógica ou didática).

No entanto, durante a segunda metade desta gestão, começou-se a observar repetição dos temas. Desgaste e outros compromissos destes técnicos, em um quadro enxuto de gestores, fizeram surgir atrasos nos horários estipulados para educação permanente, absenteísmo ou cancelamento freqüente de aulas. Com a proximidade das eleições municipais de 2008, uma corrente da SESAP defendia a abolição do período de Educação Permanente no município.

O primeiro médico com título de especialista em medicina de família no município foi em 2006. A partir de 2007, com a nova fase de expansão do

número de equipes de saúde da família, o município começou a ampliar seu quadro funcional de médicos com título de especialista ou residência médica na especialidade. Este grupo, preocupado com o futuro da Educação Permanente, passou a se voluntariar para o desenvolvimento de temas para a EPS. A princípio, propôs-se uma assembléia geral de votação dos assuntos de interesse. Elegidos, passou-se a captação de voluntários entre as equipes para a preparação das apresentações.

Desta forma, em 2008, um pequeno número de voluntários coordenou extra-oficialmente, mas com a ciência informal da gestão, a EPS municipal. Em 2009, dois destes membros voluntários foram selecionados pela nova gestão (2009 a 2012) para compor cargos da SESAP relacionados à Atenção Básica.

Esta nova administração, precocemente em 2009, usou o espaço de educação permanente para estabelecer o diálogo e reconhecer necessidades de educação permanente, buscando uma agenda conjunta entre gestores e profissionais de saúde.

A nova gestão elencou como prioridade a melhoria do acesso ao setor de especialidades após uma década de grandes investimentos em Estratégia de Saúde da Família. Visando à redução das maiores filas de espera de especialidades, propôs-se estratégia de desenvolvimento de protocolos de regulação do acesso que seriam legitimados pelo espaço de diálogo da Educação Permanente.

Os próximos dois subcapítulos abordarão, respectivamente, o desenvolvimento e operacionalização destes protocolos.

4.5. O desenvolvimento dos protocolos de regulação do acesso

A melhoria do acesso à Atenção Básica (com aumento do número de encaminhamentos) atrelada à queda de produção nas especialidades culminou com o surgimento de grandes filas de espera em um espaço de tempo relativamente curto. A gestão municipal iniciada em 2009 encontrou a

oftalmologia, a cardiologia e a dermatologia como as maiores filas de espera por especialidade, contando com 8063, 3351 e 1029 usuários aguardando por consultas respectivamente.

A primeira medida adotada para a correção, dentro da realidade de restrição financeira para investimentos mais vultosos, foi aumentar a oferta de consultas (seja pelo pagamento por produção extra, seja pela reposição do quadro de recursos humanos ausentes). Tal medida mostrou-se efetiva para a correção da fila de espera de dermatologia, mas sem impacto relevante para as outras duas especialidades.

Perante a impossibilidade de novas contratações por questões orçamentárias, buscaram-se as ferramentas da regulação do acesso à assistência e a educação permanente como medidas para o aumento da resolubilidade entre estes níveis de assistência e discriminação positiva dos casos mais graves.

Deflagrou-se assim o processo de construção de protocolos clínicos e de regulação do acesso que seriam legitimados através do espaço de educação permanente. Desejava-se valorizar a percepção de necessidades da atenção básica e dos especialistas, confrontando-os num espaço de conversa que estabeleceria acordo entre as partes e resolução de conflitos.

O primeiro grande desafio, que não obteve sucesso, foi trazer os especialistas para o espaço de educação permanente. Percebeu-se rapidamente que o especialista – a maior parte preferindo as primeiras duas horas do período da manhã para atender seus vinte pacientes agendados – mostrava-se refratário a compartilhar um espaço de educação permanente alegando compromissos com outros vínculos empregatícios (boa parte atendia em hospitais, convênios e consultórios particulares na cidade pólo vizinha). No município avaliado, os especialistas e os médicos de UBS não são obrigados a cumprir às quatro horas por período como ocorre com a ESF. Tão logo tenham atendido seus pacientes agendados estão liberados para outras atividades de interesse pessoal. Tentativas de reverter este modelo resultaram em demissões coletivas e ausência de um acordo

salarial. Da mesma forma, alguns gestores resistiram à idéia de consumir sistematicamente o tempo dos especialistas em um programa regular de educação permanente que reduziria ainda mais a produtividade média anual destas especialidades.

A necessidade de trazer para o diálogo as duas instâncias permaneceu, no entanto, inquestionável para a equipe de regulação. Assim, uma vez que os especialistas não vinham à educação permanente (pelo menos neste primeiro momento), desenvolveu-se uma estratégia para conduzir, ainda que de maneira precária e deficiente, a voz dos especialistas para o espaço de discussão da EPS.

A estratégia adotada foi a realização de pesquisa através de questionário com 10 questões abertas (Mattar, 1994) com respostas dissertativas de próprio punho do especialista.

Caso fosse a opção destes profissionais, também se disponibilizou a possibilidade de entrevistas semi-estruturadas – em observância ao conteúdo do questionário – buscando inter-subjetividade (Cohen et al., 2000) com o médico regulador.

A experiência mostrou que a maior parte dos profissionais escolheu a primeira opção, com boa aceitação. Percebeu-se que os especialistas queriam ser escutados em suas necessidades. Há tempos a gestão recebia críticas deste setor sobre os erros de encaminhamento de pacientes. Entre as principais reclamações estavam as fichas de encaminhamento mal preenchidas. Os especialistas reclamavam que eram obrigados a dispensar pacientes (desperdiçando a consulta), pois o paciente ignorava muitas vezes o motivo do encaminhamento, a medicação em uso (“doutor, tomo três do branquinho e um do amarelinho”) e os exames diagnósticos elementares para uma estratificação de risco inicial.

Estas queixas espontâneas dos especialistas foram usadas como motivação inicial para a construção das questões que buscava aprofundar o conhecimento das necessidades do setor. Assim, foi elaborado um questionário de duas folhas contendo 10 questões abertas, que

permitiriam aflorar novos temas conforme a participação e envolvimento do especialista.

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL

Protocolo - Especialidades

Ilustríssimo colega especialista,

Com o intuito de se instituir protocolos de regulação do acesso em sua especialidade, promovendo qualificação do encaminhamento, estamos solicitando a gentileza do nobre colega para colaborar com a elaboração deste instrumento.

A Divisão de Regulação deseja valorizar o tempo do especialista e corrigir as principais falhas da Atenção Primária no encaminhamento de seus adscritos.

Os protocolos ficarão disponíveis nas Unidades da rede para servirem de modelo e serem usados como critério para a Divisão de Regulação orientar encaminhamentos equivocados.

Abaixo deixamos algumas sugestões de itens a serem incluídos nos protocolos.

Antecipadamente nos disponibilizamos para reuniões e esclarecimentos.

Atenciosamente,

[Assinatura]
Coord. Geral – Complexo Regulador

Protocolo

- 1) Gostaria que o paciente comparecesse com algum exame para a primeira consulta? Quais os exames considerados indispensáveis para uma primeira consulta em sua especialidade e qual o tempo máximo de sua validade?

- 2) Quais são as principais patologias atendidas em sua especialidade? (se possível enumerar por ordem de prevalência em atendimento)

- 3) Quais são as doenças que equivocadamente são encaminhadas para sua área. Neste caso, qual é a especialidade que deveriam ter sido encaminhadas?

1

FONTE: Complexo Regulador da SESAP, 2009.

Figura 24 – Questionário com questões abertas disponibilizado aos especialistas

Inicialmente, envolveu-se o diretor técnico e supervisor do centro de especialidades médicas do município (CEMAS) para um trabalho de conscientização dos propósitos da pesquisa, agendamento do encontro e posterior coleta dos materiais produzidos. Após esta introdução, enviava-se – formalmente – o questionário aos que concordavam participar (no caso da cardiologia e oftalmologia, todos os especialistas prontificaram-se a participar).

Na primeira página havia uma explicação sucinta, onde este especialista era convidado à construção de um protocolo de referenciamento para sua especialidade.

As 10 questões elaboradas buscavam abordar alguns aspectos práticos da estratégia de regulação que seria implantada à época. A tabela abaixo apresenta o conteúdo aplicado:

Tabela 10 – Questões dissertativas da pesquisa aos especialistas

- 1) Gostaria que o paciente comparecesse com algum exame previamente realizado para a primeira consulta? Quais os exames considerados indispensáveis para uma primeira consulta em sua especialidade e qual o tempo máximo de sua validade?
- 2) Quais são as principais patologias atendidas em sua especialidade? (se possível enumerar por ordem de prevalência em atendimento).
- 3) Quais são as doenças que equivocadamente são encaminhadas para sua área. Neste caso, qual é a especialidade que deveriam ter sido encaminhadas?
- 4) Quais as principais emergências, urgências e prioridades em sua especialidade? (esta questão é muito importante, pois o encaminhamento equivocado provoca o mau funcionamento desta importante via de acesso ao especialista e tem sido usada frequentemente como uma forma de privilegiar casos equivocados de prioridade).
- 5) Existe alguma recomendação especial na condução dos pós-operatórios em sua especialidade?
- 6) Gostaria de enumerar outras falhas cometidas no referenciamento à sua especialidade?
- 7) As equipes da Atenção Primária passarão por capacitações para o aprendizado do funcionamento dos protocolos a serem criados. O colega gostaria de participar pessoalmente da construção do protocolo de sua especialidade? (as capacitações ocorrerem no período da tarde de segunda-feira à quinta-feira).
- 8) Considerando os erros de encaminhamento para sua especialidade, teria alguma sugestão de temas a serem abordados nas capacitações da Atenção Básica?
- 9) Existe alguma patologia que poderia ser descentralizada para a Atenção Básica. Quais seriam os critérios de reavaliação na especialidade e com que periodicidade?
- 10) Sugestões e críticas

FONTE: Complexo Regulador da SESAP, 2009.

Obviamente uma serie de outras questões foram abordadas pelos especialistas (críticas e sugestões sobre infraestrutura, condições de trabalho e remuneração, etc.). No entanto, era intenção criar um questionário simples e rápido de se responder, que contemplasse aspectos imediatos de referenciamento.

Merecem destaque na pesquisa três pontos centrais que foram elencados como prioritários nesta primeira fase de implantação. Um primeiro aspecto foi a tentativa de reduzir o número de consultas inutilizadas por ausência de pré-requisitos para sua efetivação (exames indispensáveis ausentes, referenciamento à especialidade errada, entendimento do que o especialista considera sua área de atuação, carência de informações relevantes, etc.).

Outrossim, buscou-se aumentar de maneira concomitante a oferta de primeiras consultas, posto que o agendamento de algumas especialidades frequentemente era tomado por renovação de receituários que bloqueavam a entrada de casos novos (poderiam ser mencionadas, como exemplos, a neurologia, a psiquiatria, a cardiologia, a reumatologia, etc.), consumindo grande parte da sua capacidade instalada com a renovação destas prescrições de uso contínuo sem que nenhum outro valor fosse agregado a tais consultas. Assim, sob a orientação e supervisão dos especialistas, poder-se-ia estabelecer uma agenda entre os dois níveis de atenção. Quando fosse apenas renovação de receituário sem nenhuma outra avaliação específica ou exames de monitoramento, o paciente seria descentralizado em trabalhos de grupo da ESF para receber palestras de orientação e sua renovação de receita. Entendeu-se que este processo deveria contar com a ciência e colaboração do especialista (para a adequada condução do caso) e da atenção primária (como referência no atendimento integral ao paciente).

Outro aspecto, talvez o mais importante, foi entender o que o especialista classificava como prioridade, urgência e emergência, posto que precocemente percebeu-se que o conceito era extremamente variável entre os profissionais de saúde.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) define como urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Para emergência, o CFM, usa a definição da constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato (Brasil, 1995). As prioridades poderiam ser entendidas como a dos pacientes que deveriam, no agendamento de rotina, ser colocados no início da fila de espera contrariando a ordem de chegada. Esta classificação de risco não é homogênea entre os especialistas e difere, muitas vezes, bastante do entendimento da Atenção Básica (alguns exemplos serão mencionados no próximo subcapítulo). Posto que não haja grandes referências na literatura para padronizar estas classificações, necessário se faz uniformizar conceitos entre as instâncias envolvidas para uma adequada operacionalização.

Finalmente, o terceiro aspecto foi tentar atrair o especialista para o espaço de educação permanente para o estabelecimento de um diálogo verdadeiro, onde os envolvidos pudessem realmente conversar e dirimir conflitos. Assim, algumas questões convidavam o especialista a sugerir temas de capacitação, disponibilizavam os horários da EPS municipal, convidavam o especialista a pessoalmente ministrar estas apresentações ou apoiar à construção dos protocolos de regulação do acesso.

Ao final do preenchimento do questionário havia campo específico para a assinatura do profissional médico.

Os resultados da pesquisa foram avaliados e compilados pela equipe de regulação municipal e nova reunião foi marcada para discutir – de maneira presencial e com todos os médicos da especialidade – o resultado final.

A compilação do material era então apresentada na EPS para as equipes da Atenção Básica. Estas equipes eram convidadas a discutir e decidir por consenso os aspectos abordados nesta pesquisa. Assim, discutiam-se a interface entre as especialidades e as patologias de referenciamento (com critérios de inclusão e exclusão) para qual especialidade, os critérios

de escalonamento de risco das prioridades, urgências e emergências (oportuno dizer que geravam discussões árdas), os temas que deveriam ser pauta de capacitações e em que ordem no cronograma seriam apresentados, etc.

Quando não houvesse reciprocidade de entendimento sobre estes aspectos, voltava-se aos especialistas para sugestões e correções até que um consenso entre as partes fosse estabelecido.

Uma vez acordados os temas a serem apresentados na EPS, respeitando às necessidades de aprendizado proferidas pelas equipes, iniciava-se o cronograma de capacitações.

Programa de Capacitação Continuada (referente às atividades do segundo trimestre de 2009)	
9-13/março	- Protocolo de Cardiologia (aspectos gerais / definição de urgência, emergência e prioridade / exames obrigatórios)
16-20/março	- Protocolo de Cardiologia (atualização em Dislipidemias)
23-27/março	- Fechamento de SIAB
30/3 a 3/4	- Protocolo de Cardiologia (atualização em Insuficiência Cardíaca)
6-10/4	- capacitação em Esterilização
13-17/4	- Protocolo de Cardiologia (MEV)
20-23/4	- Feriado (não houve capacitação)
27-30/4	- Fechamento de SIAB
4-8/5	- Capacitação em EPI
11-15/5	- Capacitação em Esterilização (módulo II)
18-21/5	- Protocolo de Cardiologia (Doença Arterial Coronariana)
25-29/5	- Fechamento de SIAB
1-5/06	- Capacitação em Influenza A subtipo H1N1
8-12/6	- Feriado (não houve capacitação)
15-19/6	- Protocolo de Hematologia
22-26/6	- Fechamento de SIAB
29/6 a 3/7	- Protocolo de Pneumologia (atualização em Tuberculose)

FONTE: Divisão de Atenção Básica, 2009.

Figura 25 – Cronograma do segundo trimestre de 2009

Este cronograma era entremado com outros temas de interesse apresentados pelas equipes ou por técnicos de outros departamentos da Secretaria de Saúde (SESAP).

A assinatura da lista de presença, com a ciência e concordância ao tema, era entendida como aquiescência ao estabelecido, passando-se a vigorar na operacionalização da regulação do acesso.

Como exemplo, no Anexo, apresenta-se o conteúdo do protocolo de regulação de cardiologia pactuado.

O protocolo é dividido em um capítulo de introdução e sete capítulos que abordam respectivamente: recomendações gerais, exames obrigatórios para a primeira consulta, principais patologias atendidas na especialidade, critérios de prioridade, urgência e emergência, descentralização, principais falhas no referenciamento e, finalmente, um capítulo de conclusão.

Todo capítulo de introdução dos protocolos de regulação desenvolvidos no município destacava a importância de sua construção pactuada na forma de um acordo entre instâncias democraticamente discutido em um espaço de educação permanente e que de forma alguma teria a pretensão nem o propósito de ser um consenso inquestionável e imutável. Estes protocolos estariam sujeitos a reformulações sempre que novas evidências clínicas ou questionamento das partes envolvidas considerassem por bem sua modificação.

Outro ponto importante dos protocolos foi abordar equívocos que gerassem desperdício de vagas devido a falhas no preenchimento de informações relevantes e erros de encaminhamento. A respeito deste último aspecto, as críticas dos especialistas eram frequentes. Tomando-se o exemplo do protocolo de oftalmologia, encaminhava-se para a especialidade – com hipótese diagnóstica de cefaleia – pacientes sem queixas de acuidade visual (muitas vezes com avaliação oftalmológica há menos de um ano) e com história clínica típica de sinusopatias, enxaqueca, etc.

Os protocolos buscavam também definir uma divisão de tarefas entre os dois setores. Se a Atenção Básica não fosse capaz de oferecer atendimento a questões básicas e prevalentes como hipertensão arterial sistêmica leve e moderada, diabetes mellitus, pré-natal de baixo risco, puericultura e outros elementos típicos desta instância (comportando-se como meros encaminhadores), seria difícil justificar a manutenção dos

investimentos neste nível e exigiria uma pletera do setor de especialidades. O protocolo de cardiologia exemplificava, neste sentido, quando encaminhar uma hipertensão arterial para o setor de especialidades e quando ela deveria ser acompanhada na Atenção Básica.

Talvez um dos pontos mais relevantes dos protocolos foi uniformizar os conceitos de prioridade, urgência e emergência entre as partes, possibilitando ao Complexo Regulador promover discriminação positiva de maneira mais legítima. Vale destacar que os protocolos foram submetidos ao Conselho Municipal de Saúde (COMUSA) para aprovação, permitindo-se que a participação popular interferisse nos critérios estipulados.

Finalmente, os capítulos de conclusão dos protocolos sempre reiteravam a disponibilidade para mudanças e correções sempre que uma das partes o solicitasse, fazendo apologia a valorização dos papéis pactuados.

4.6. Operacionalização dos protocolos de regulação do acesso

A literatura mostra que a adesão aos protocolos pode, eventualmente, ser acompanhada de resistências à adesão por uma série de fatores que dificultam a real operacionalização destes instrumentos. O presente subcapítulo descreve a estratégia adotada pelo município na busca pela redução destas resistências.

Apesar de a oftalmologia representar, à época, a maior fila de espera por especialidades médicas, o protocolo de cardiologia foi o primeiro a entrar em vigor em decorrência do interesse da Atenção Básica – manifesto pela votação do cronograma de temas a serem desenvolvidos na EPS – pela prevalência e relevância de algumas patologias relacionadas a esta especialidade (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, insuficiência cardíaca ou coronariana, etc.).

Uma vez capacitadas as equipes na EPS, deflagrou-se – ao final do segundo trimestre de 2009 – o início do processo de regulação do acesso à cardiologia à luz do protocolo de regulação implantado.

A primeira ação foi, no espaço de Educação Permanente, orientar as equipes sobre o fluxo de processos que seria desenvolvido até a efetiva conclusão do agendamento da consulta dos pacientes encaminhados para o especialista. Nesta mesma apresentação, ratificado posteriormente através de memorando protocolizado a todos as chefias de unidade da Atenção Básica, foi solicitado que todas as fichas de interconsulta – anteriores ao estabelecimento do protocolo – fossem encaminhadas à Divisão de Regulação para avaliação e escalonamento de risco dos pacientes. Vale ressaltar que estas fichas de interconsulta representavam a segunda maior fila de espera de especialidades do município e ficavam em posse das unidades da Atenção Básica até o efetivo agendamento da consulta com o especialista. Obviamente que não seriam cobrados critérios de preenchimento anteriores à assinatura do protocolo para estas fichas, mas elas foram analisadas para a estratificação de risco e facilitação do acesso dos grupos de prioridade, urgência e emergência (PUE).

FONTE: Complexo Regulador, 2009.

Figura 26 – Fluxograma do protocolo de regulação – 2009

As fichas de interconsulta geradas após o início da vigência do protocolo de cardiologia passaram a ser avaliadas em observância a todos os critérios do mesmo instrumento. Encaminhadas diariamente à Divisão de Regulação pelo sistema logístico instituído (que unia todas as unidades em um intervalo aproximado de um dia), estas fichas eram continuamente avaliadas.

O Complexo Regulador passou a assumir um papel de mediador do acordo estabelecido entre as partes, informando quando ocorria uma falha de preenchimento ou resultado de exame indispensável não anexado e solicitando esclarecimentos quando fosse referenciada uma patologia que aparentemente seria de atribuição de uma das partes. O equívoco mais freqüente neste aspecto, para citar o exemplo do protocolo de cardiologia, era a Atenção Básica encaminhar uma hipertensão arterial sistêmica leve – sem comorbidades e em monoterapia – para seguimento de rotina com o cardiologista (ocupando toda a capacidade instalada do especialista com a condução e retorno de casos simples, impedindo o acesso de patologias de maior gravidade).

Em observância ao fluxograma de regulação estabelecido, o Complexo Regulador passou a interagir com as instâncias envolvidas, estabelecendo-se uma diminuição de equívocos à medida que os envolvidos eram reiteradamente convidados a eventuais correções.

Na estratégia operacionalização adotada, a atividade do médico regulador foi considerada essencial na condução de prioridades, urgências e emergências. Conforme pode ser observado no fluxograma, as rotinas são destinadas ao agendamento por ordem de chegada, não oferecendo desafios adicionais tão logo sejam deferidas. Evolução semelhante ocorre com as prioridades que são colocadas como os próximos pacientes a receber vagas no sistema após deferimento. No entanto, quando se trata de urgências e emergências, o regulador deve atuar ativamente interferindo no sistema. Ora reservando ou criando vagas especiais no sistema ambulatorial, ora encaminhando diretamente para reavaliações nas diversas instâncias da rede de saúde.

A primeira etapa de implantação constituiu-se a mais difícil, pois havia a imensa fila de espera represada a ser avaliada quanto aos critérios de prioridade, urgência e emergência.

Citando-se novamente o exemplo da cardiologia, adotou-se – para maior transparência da análise da fila de espera represada da especialidade – a formação de uma comissão constituída de quatro médicos: o médico regulador da Central de regulação ambulatorial, o chefe do Departamento de Assistência à Saúde (representando o setor de especialidades) e dois médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (representando à Atenção Básica).

Esta comissão avaliou, usando o protocolo, as 3351 fichas de encaminhamento à cardiologia. O fenômeno que mais chamou à atenção, merecendo menção, foi a subjetividade dos critérios de referenciamento do grupo PUE.

Testemunhou-se um profissional de UBS que encaminhava todos os pacientes da sua unidade com diagnóstico ou suspeita de Hipertensão Arterial Sistêmica ao especialista. Agravando a questão, este mesmo profissional frequentemente carimbava tais referenciamentos como urgências, mesmo sem ter iniciado sequer uma monoterapia. Em contrapartida, testemunharam-se vários encaminhamentos de doenças graves (como bloqueio atrioventricular total ou infarto agudo do miocárdio recente) sem nenhum carimbo de PUE. Assim, tinham-se suspeitas de hipertensão arterial leve que conseguiam acesso ao especialista antes de casos que potencialmente poderiam morrer na fila de espera enquanto aguardavam agendamento.

O escalonamento do risco desta fila de espera represada gerou uma série de patologias graves que foram ora encaminhadas para o setor de urgência e emergência; ora para acolhimentos imediatos pelos especialistas, gerando agudamente um aumento no número de solicitações de exames (Holter, ecocardiograma, etc.) e tratamentos (medicamentos e procedimentos intervencionistas) específicos.

Superada esta primeira fase de classificação da fila de espera, a equipe da central de regulação ambulatorial passou a regular de maneira contínua os novos casos nos moldes da estratégia acima descrita, reconhecendo e privilegiando patologias graves e orientando reiteradamente eventuais profissionais de saúde que, por engano ou intencionalmente, distorcessem os parâmetros pactuados.

4.7. O cenário municipal após as intervenções propostas

A aplicação do conjunto de estratégias de aprimoramento do acesso apresentadas nesta dissertação resultaram em uma mudança no cenário de acesso do município avaliado. No entanto, advoga-se que os resultados intermediários obtidos merecem mais destaque do que propriamente o impacto na redução da fila de espera.

FONTE: Complexo Regulador da SESAP, 2011.

Figura 27 – Evolução das filas de espera avaliadas – 2009 a 2011

A figura 27 revela, para as especialidades tomadas como exemplo, uma redução na fila de espera. Em azul, expõe-se a fila de espera total de pacientes aguardando por consulta antes e após as intervenções (2009 a 2011). Em vermelho, da mesma forma, revela-se a diferença entre a demanda média mensal e a oferta média mensal (D–O) nestes intervalos anuais. Em 2009, ambas as especialidades assistiam historicamente a um aumento de quase duzentos pacientes em suas filas de espera mensalmente. Após as intervenções propostas, ambas passaram em média a apresentar filas de espera decrescentes.

Tabela 11 – Tempo de fila de espera (W_q) até consulta – 2009 a 2011

Especialidade	N _q (pacientes)		O (pacientes/mês)		W _q (meses)	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Oftalmologia	8053	2945	687	646	11,7	4,5
Cardiologia	3351	678	570	767	5,8	0,8
Dermatologia	1029	0	315	616	3,2	Livre

FONTE: DATASUS (Brasil, 2008b) e Complexo Regulador da SESAP.

A tabela acima compara o número de usuários em fila de espera (N_q), a oferta média mensal de vagas de especialidade (O) e o tempo médio de espera em fila (W_q) entre 2009 e 2011 das três maiores filas de espera de especialidades médicas no município.

Com a abertura em 2009 dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) na Baixada Santista pelo Governo do Estado de São Paulo (São Paulo, 2009), o município avaliado apresentou aumento da oferta média de vagas (O) para várias especialidades. Dermatologia quase dobrou a oferta média mensal a partir de 2009 passando a ter demanda livre (inexistência de fila de espera). No entanto, oftalmologia apresentou drástica queda na oferta média mensal entre 2010 e 2011 por problemas de manutenção de aparelhos no centro de especialidades médicas (CEMAS) e redução da produtividade dos oftalmologistas, mantendo um tempo de espera em fila superior a quatro meses em 2011.

Entretanto, apesar de os protocolos de regulação terem influenciado na demanda (através de uma redução relativa de encaminhamentos equivocados), filas de espera crescentes ou decrescentes são diretamente decorrentes da relação entre a demanda de novas solicitações e a capacidade instalada (ou mais propriamente da oferta média) em um mesmo período. Assim, caso não houvessem sido promovidas adequações na oferta de serviços, possivelmente as filas de espera – mesmo com a aplicação dos protocolos de regulação – permaneceriam iguais ou crescentes.

No entanto, a morbimortalidade das filas de espera muda significativamente com as intervenções propostas porque interferem no escalonamento do perfil de risco do usuário em espera e no gerenciamento dos intervenientes do sistema (possibilitando correção de disparidades).

Conforme mencionado no subcapítulo de operacionalização dos protocolos de regulação, o escalonamento do risco da fila de espera permitiu discriminação positiva dos casos mais graves, garantindo-se acesso prioritário.

FONTE: Complexo Regulador, 2009.

Figura 28 – Escalonamento do risco em fila de espera original – 2009

À luz dos protocolos de regulação desenvolvidos, a figura 28 permite vislumbrar o peso que as prioridades, urgências e emergências (PUE) representou na prevalência das filas de espera avaliadas. Conforme a definição destes grupos prioritários era modificada nos protocolos, alterava-se a proporção relativa dos mesmos (oferecendo aos gestores a possibilidade de abordagens alternativas à medida que ocorriam modificações da realidade municipal).

Caso seja interesse do Complexo Regulador, o escalonamento de risco pode ser discriminado por patologias, permitindo-se que sejam ajustadas as unidades executantes que realizem procedimentos específicos como, por exemplo, contratos de fotocoagulação, cirurgia de catarata, etc.

FONTE: Complexo Regulador, 2009.

Figura 29 – Grupo prioritário de oftalmologia em 2009

A figura 29 revela a porcentagem de alguns agravos no total de prioridades, urgências e emergências (PUE) à época da introdução do protocolo de oftalmologia. Em 2009, havia mais de 8000 usuários aguardando por agendamento de consulta oftalmológica. Deste total, detectou-se a existência de 8% que seriam classificados como do grupo

prioritário no protocolo estabelecido (PUE). Glaucoma e suspeita de ambliopia representavam – à introdução do processo regulatório – aproximadamente 70% das patologias definidas como prioridade, urgência e emergência, constituindo-se respectivamente 0,6% e 0,7% do total da fila de espera em oftalmologia. Uma parte considerável dos casos avaliados não possuía nenhuma menção ou carimbo de prioridade. Assim, não é absurdo inferir que – caso aguardassem por muito tempo pelo agendamento de sua consulta (e vale alertar que o W_q para oftalmologia em 2009 era de 11 meses e 21 dias) – estes usuários chegassem a testemunhar as complicações e agravos evitáveis de suas patologias, particularmente nos casos mais graves como trauma ocular e perda súbita de visão.

Realizado o escalonamento de risco, a proposta de operacionalização dos protocolos de regulação permitiu também monitorar sua aplicação de maneira contínua. Desta forma, o complexo regulador ajudou as unidades solicitantes e executantes a desempenharem seus papéis corretamente, intervindo quando – seja por falha humana, seja por ato deliberado e intencional – ocorressem inobservâncias ao previamente pactuado entre as partes.

FONTE: Complexo Regulador, 2009.

Figura 30 – Razão entre PUE e encaminhamentos de rotina em cardiologia – 2009

O gráfico acima exemplifica a razão (em porcentagem) entre os encaminhamentos do grupo prioritário (PUE) e os encaminhamentos de

rotina quando da primeira intervenção regulatória na fila de espera de cardiologia em 2009.

Pode-se observar que as unidades de saúde da família (USAFAS) apresentavam uma razão de 18,5% contra 3,6% das unidades básicas de saúde tradicionais (UBS). Como a população (per capita por número de profissionais médicos) guardasse semelhança entre os dois modelos de assistência, poder-se-ia supor que as unidades teriam proporcionalmente a mesma quantidade de pacientes dos grupos prioritários. Desta forma, não seria incorreto inferir que o modelo tradicional de UBS encaminhasse mais casos de rotina (denominador maior) sendo – uma interpretação possível – menos resolutivas.

Assim, o protocolo de regulação foi útil em uniformizar os critérios de encaminhamento, corrigindo disparidades entre unidades de saúde (UBS e ESF). Possibilitando monitorar de maneira contínua as equipes, viabilizou o reconhecimento de não conformidades, favorecendo a deflagração de intervenções pontuais por meio de educação permanente ou ações gerenciais específicas.

5. DISCUSSÃO

5.1. Caracterização da casuística estudada

A dissertação apresentou – na amplitude dos objetivos previstos – o panorama da intervenção adotada em um município da Baixada Santista visando à melhoria do acesso à assistência através do aperfeiçoamento do seu sistema de microrregulação em saúde e do desenvolvimento de estratégias de construção de protocolos de regulação em escala municipal.

Citando-se a tríade clássica de Donabedian (1980) na avaliação da qualidade em saúde, não se mostra incorreto afirmar que o município avaliado apresentou elementos objetivos de melhoria no que tange aos conceitos de estrutura, processo e resultado em sua estratégia de aprimoramento da qualidade do acesso à assistência ambulatorial especializada.

Exemplos de avanços no campo da estrutura seriam a criação de um complexo regulador, de uma estrutura logística de traslado de informações e de investimentos na informatização da rede assistencial e a ampliação da oferta de serviços na atenção básica e especializada. Nos processos, podem ser citados os avanços na implementação de seu programa de educação permanente em saúde e a construção e operacionalização dos protocolos de regulação do acesso. Finalmente, como resultado, podem ser mencionados a redução do tamanho e tempo de espera das filas de especialidade e o gerenciamento do perfil de morbimortalidade da fila de pacientes classificados como de prioridades, urgências e emergências.

Frente à exposição preliminar destes elementos de melhoria, oportuno se faz destacar algumas considerações.

A adoção municipal, quando da fundação de seu complexo regulador, de formatação semelhante àquela preconizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006a), na forma de três centrais de regulação, poderia ser considerada uma escolha facilitadora da uniformização do diálogo com outros entes alheios ao município e da captação de recursos. Como

exemplo, poderia ser citada a promulgação da portaria GM/MS nº 1.792/2012 (Brasil, 2012a), que instituiu incentivo financeiro de custeio a centrais de regulação que se enquadrem nas características preconizadas pelo MS (fato ocorrido quatro anos após a formação do referido complexo regulador).

Da mesma forma, apesar de serem escassas na literatura referências sobre a organização interna do fluxo de autorização em uma central de regulação, o município estabeleceu uma proposta de divisão de tarefas minimamente pertinente, instituindo etapas essenciais da atuação de reguladores e demais técnicos administrativos de regulação médica.

No entanto, apesar da estruturação de recursos humanos necessários ao fluxo interno (bem como do controle da produtividade mensal de seus membros), não se observou, no período avaliado entre 2009 a 2011, o desenvolvimento de relatórios mensais padronizados das principais falhas neste fluxo interno como ocorreu em iniciativas contemporâneas (por exemplo, o do município de Diadema¹).

Da mesma forma, uma falha estrutural (apontada pela própria equipe técnica) foi a inexistência de investimentos em aparelhos de videofone que gravassem as conversas na central ambulatorial (somente o serviço de SAMU foi contemplado com tal dispositivo).

Em contrapartida, um investimento que merece reflexão foi o que o município avaliado designou como “logística da regulação”, em alusão a um serviço de traslado de documentos oficiais (particularmente fichas de referência e contrarreferência) mais eficaz. Com um custo correspondente a 0,0005% do orçamento anual da pasta da saúde, reduziu-se o tempo de tramitação, de três a sete dias, para um intervalo de 24h. Considerando-se os casos graves com alta morbimortalidade, talvez este intervalo confira uma mudança prognóstica da fila de espera (no entanto, vale destacar que não foram realizados estudos para avaliar este aspecto).

¹ Albieri FAO. *Regulação da Atenção à Saúde em Diadema*. (apresentado ao XXV Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo; 2011; Santos, SP).

Mesmo para municípios de pequeno porte, este modelo de projeto logístico talvez seja viável, particularmente caso se adote – com ganho de escala – uma logística intermunicipal (favorecendo integralidade regional).

Outro investimento que merece atenção foi a implantação do sistema informatizado de agendamento. Conforme exposto no capítulo de resultados, as ferramentas de regulação disponibilizadas neste sistema – como o módulo autorizador que viabiliza discriminação de grupos prioritários e impede retornos precoces, a regulação de prestadores com avaliação de produtividade, os relatórios de oferta-demanda por período, etc. – são, sem dúvida, pertinentes e úteis às atividades de regulação e nem sempre facilmente encontradas em programas disponíveis no mercado (público ou privado). A própria iniciativa de informatização já gera aumento da velocidade de processamento e redução de custos com recursos humanos.

Talvez o custo de desenvolvimento – frente à realidade de programadores já pertencentes ao quadro funcional – tenha sido inexpressivo. Verdadeiro também o argumento de que a existência de múltiplas plataformas atualmente em funcionamento na região (CROSS, SIS-REG, etc.) exija um sistema que permita a liberdade de adaptação (provavelmente nem sempre tecnicamente possível e permitido em programas do Ministério da Saúde). Entretanto, ainda que estável e de fácil utilização, a escolha de desenvolvimento de um sistema informatizado de agendamento próprio guarda riscos e potenciais desvantagens.

A exemplo do que já foi dito sobre a opção acertada de se criar uma estrutura de centrais de regulação em conformidade com os padrões do MS, a implantação de um sistema independente de agendamento dificulta a integração de padrões e afasta o município de potenciais recursos financeiros do ente federal.

Em defesa da Integralidade da Política Nacional de Regulação no Sistema Único de Saúde, não é improvável que o MS induza, ou até mesmo imponha, em algum momento, seu sistema de regulação do acesso à assistência (gerando retrocessos e retrabalho ao município avaliado). Indícios que fortaleçam tal argumento é a recente emissão da Portaria SAS

254/2012 (Brasil, 2012b) que institui o Sistema de Regulação, Controle e Avaliação - SISRCA que visa gradativamente integrar os sistemas de informação sob a gestão do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle e outros sistemas com os quais há correlação no âmbito do Ministério da Saúde.

No entanto, ressalta-se que houve elementos concretos de melhoria da qualidade referentes à estrutura, que foram possíveis em decorrência de recursos e condições disponíveis e decisão política.

Da mesma forma, o município avaliado desenvolveu aspectos que se enquadrariam no aprimoramento da qualidade do acesso relacionado ao conceito de processo: seja através de seu programa de educação permanente em saúde, seja no desenvolvimento e aplicação dos protocolos de regulação.

Uma conformação, que encontra respaldo na literatura apresentada, foi a valorização do espaço de educação permanente em saúde como ambiente de diálogo entre instâncias e legitimador das pactuações entre os envolvidos, ainda que não tenha conseguido trazer a presença física do especialista ao local. O município avaliado contornou a ausência do especialista com a criação de um questionário ou entrevista semiestruturada não validada. Se não foi a melhor opção (e mesmo que não tenha sido realizada pesquisa na literatura para sua construção), alcançou o objetivo imediato (contando com a assinatura dos especialistas para ratificar o entendimento entre as partes).

No entanto, a ausência do especialista também se fez acompanhar de outras potenciais ausências. As lideranças da comunidade (ou até mesmo o próprio Conselho Municipal de Saúde) e o Ministério Público seriam exemplos de intervenientes que poderiam interferir positivamente, aumentando a legitimidade dos protocolos desenvolvidos. Entretanto, este fato não foi atinado nos projetos da época, inexistindo registros – nos processos administrativos – de projetos que contemplassem o convite a participação destes entes.

Feuerwerker (2007) relata que a educação na saúde é um campo de produção de conhecimento, necessariamente inter/transdisciplinar. Ramos et al. (2011), sobre a questão, relembram que o gestor do SUS não consegue conhecer de forma integral e profunda todos os problemas de saúde que afligem o sistema – existem outros atores que podem estar mais perto das situações específicas ou que tenham pontos de vista diferentes – e nem sempre detém todas as competências e capacidades específicas para o desenvolvimento adequado das propostas de intervenção.

Ainda que leiga para a discussão de quesitos técnicos, a participação popular (particularmente de lideranças da comunidade que se comportem como multiplicadores da informação) talvez possa ajudar no amadurecimento do uso dos serviços, contribuindo para questionamentos ou sustentação da aceitação ao tratamento pela instância a quem compete a responsabilidade pelo tratamento.

Da mesma forma, o Ministério Público – atuando em um processo crescente de judicialização de políticas públicas (Franzese, 2011) – seria sem dúvida outro membro fundamental a ser convidado, posto que interfira nas decisões pactuadas (particularmente quando se discute o acesso a áreas do setor de especialidades médicas que envolvam procedimentos de alta complexidade e incorporação de novas tecnologias).

Apesar destas ressalvas, a regulação municipal avançou em importantes aspectos: estabeleceu-se como um mediador do acordo entre as instâncias, responsabilizou os envolvidos no que seriam suas esferas de competência (impedindo que patologias típicas da atenção básica fossem encaminhadas ou retidas pelo setor de especialidade), fomentou a descentralização da renovação de receituários (apesar de não haver menção à boa adesão ao preenchimento de contrarreferências) e promoveu a retirada dos pacientes mais graves acumulados nas grandes filas de espera à luz dos protocolos construídos.

Sobre este último quesito, o município avaliado trabalhou de maneira peculiar a uniformização do entendimento do que seriam prioridades, urgências e emergências. Não se norteou diretamente por parâmetros

objetivos de morbimortalidade presentes na literatura para determinada doença, mas no entendimento dos envolvidos. Apesar de poder guardar equívocos (ou mesmo não contemplar determinados diagnósticos importantes), o método adotado valoriza a realidade local e a opinião dos que responderão, enfim, pelo tratamento do paciente. Outrossim, nada impede que o grupo técnico de reguladores – ancorados em evidências epidemiológicas – interfiram neste entendimento quando necessário.

Um argumento que possa apoiar esta estratégia é o entendimento de que um determinado procedimento terapêutico rotulado como prioritário para um hospital terciário de uma grande metrópole, pode ser desprovido de sentido (enquanto prioridade) para um município pequeno que sequer tenha referência formalizada para a realização desta terapêutica. Ou seja, de certa maneira, a composição do grupo prioritário (PUE) estará na dependência relativa da capacidade de resolução local (ainda que não se questione a gravidade do quadro clínico de determinada patologia).

É neste sentido que a Educação Permanente em Saúde insere-se como espaço de decisões (aumentado a aderência aos protocolos de regulação). Sobre a questão, a Portaria 198/2004 (Brasil, 2004) já afirmava que a noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca os envolvidos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Este espaço criado pode ter facilitado o surgimento de acordos, decisões e lideranças, que viabilizaram as transformações ocorridas.

Esta construção coletiva foi elemento mobilizador de avanços em qualidade no quesito processo, derivando em algum grau – como consequência – na melhoria da qualidade do resultado para alguns parâmetros mensurados.

O tamanho e o tempo das maiores filas de espera de especialidade reduziram no período avaliado. O aumento da oferta de consultas foi o determinante da redução destes parâmetros. Obviamente maiores gastos totais estão associados a menor tempo de espera (Hurst; Siciliani, 2003 apud Conill, 2011). No entanto, necessário reconhecer que o município

avaliado foi além do simples ajuste da relação entre oferta e demanda. No intervalo de tempo necessário à redução do tamanho total destas filas (dois anos, no caso avaliado), a equipe de regulação municipal discriminou os casos considerados prioritários (reduzindo potencialmente a morbimortalidade da fila de espera) e promoveu ações de contenção da demanda (através da responsabilização das instâncias envolvidas).

Apesar da não participação da comunidade no espaço de construção, os protocolos de regulação contaram com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Esta chancela da sociedade é fundamental, posto que esteja em debate exatamente exceções ao princípio da ordem de chegada à fila de espera.

Pode-se considerar que a estratégia de implementação do acesso à assistência, adotada no município, cumpriu os propósitos preliminares de seus idealizadores, produzindo resultados positivos e coerentes com as intervenções realizadas. Outros resultados mais difíceis de mensurar – como o impacto sobre a saúde da população e a percepção da melhoria alcançada por parte da população e profissionais da rede – talvez tenha sido possível.

O grande desafio agora é a consolidação e sustentação das tecnologias implantadas (de produto e de processo), bem como o alinhamento de propósitos em uma perspectiva intersetorial, a conquista do envolvimento de outros segmentos da sociedade e a manutenção do constante aperfeiçoamento de sua estratégia de aprimoramento do acesso à assistência especializada.

5.2. Considerações finais

A justiça processual refere-se à avaliação do processo adotado para distribuir os recursos a todos os envolvidos de uma forma consistente (Thibaut; Walker, 1975), sendo seu ponto central – mais do que o saldo de distribuição utilizado – a percepção como justa da maneira de distribuir estes recursos (Folger, 1977 apud Iglesias e Günther, 2007). Inquestionavelmente,

a discriminação positiva de casos graves em fila de espera é, pública e notoriamente, aceita pela sociedade. No entanto, a sociedade deve zelar para que este seja o verdadeiro critério de intrusão na fila.

Iglesias e Günther (2007) relembram que filas de espera são sistemas sociais e intrusões representam perdas individuais, na forma de mais tempo de espera ou até não encontrar mais o produto ou serviço desejado. Os mesmos autores, relembrando conceitos da psicologia social (Cooley, 1902), apontam que as intrusões constituem-se potenciais ultrajes morais.

Marinho (2004) comenta que frequentemente, em prejuízo da democracia e da equidade, os critérios determinantes da ordem e da prioridade de atendimento aparentemente não existem, ou não são explícitos, transparentes e eficazes. O mesmo autor sugere que filas e tempos de espera deveriam ser públicos e controlados por profissionais e a população.

FONTE: Albieri FAO. Regulação da Atenção à Saúde em Diadema. (apresentado ao XXV Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo; 2011; Santos, SP).

Figura 31 – Circuitos possíveis na regulação do acesso – 2011

A figura 31 relembra que centrais de regulação não são as únicas a regular o acesso. A regulação leiga e a regulação informal também atuam como agentes de priorização de casos em fila de espera. Não é incomum que unidades executantes (ou outras instâncias) se assenholeiem de parcela da capacidade instalada disponível de maneira sistemática (Sarmiento Junior et al., 2005) diminuindo a oferta média às central de regulação. Da mesma forma, a solicitação por intermédio de autoridades políticas e do Ministério Público (entre outras instâncias) faz também com que parcela desta porcentagem gerenciada pela regulação formal diminua.

Neste sentido, faz-se necessário que os Conselhos Municipais de Saúde (COMUSA) sejam instruídos a cobrar a prestação de informações sobre a evolução das filas de espera oficiais (ou impor sua existência, quando não disponíveis). Devem também questionar quais foram os critérios usados para priorização dos casos (solicitando a confrontação da lista de espera com os efetivamente atendidos por período). Ainda mais, faz-se necessário que o Conselho saiba a diferença entre a capacidade instalada mensal e a oferta oficial mensalmente disponível, reconhecendo o tamanho (porcentagem) da informalidade e colocando em pauta quais seriam seus critérios e limites éticos.

Não é impossível supor que em alguns municípios do país a quantidade mensal de PUE seja próxima (ou até superior) a oferta média mensal (O) para especialidades médicas. Conforme expresso na figura abaixo, particularmente em municípios que vivenciem grave restrição do acesso, deve-se confrontar a relação entre a quantidade mensal do grupo prioritário (PUE) e a oferta média mensal (O), para que esta se mantenha maior ou igual àquela.

$$O \geq PUE$$

Figura 32 – Nível mínimo a ser buscado de oferta média mensal disponível

Buscar diminuir o número de pacientes aguardando em fila de espera é muito importante, mas buscar reduzir o número de casos graves (com redução de morbidade e mortes evitáveis) é tanto ou mais relevante.

Neste exato momento milhares de usuários do Sistema Único de Saúde enfrentam o agravamento em sua morbidade pela inexistência de mecanismos que reconheçam precocemente anomalias sistêmicas no acesso à assistência e interfiram favoravelmente no ajuste da demanda reprimida.

As filas de espera de especialidades médicas que escondam patologias graves cujo tempo para introdução da terapêutica pertinente interfira significativamente no prognóstico, agravando o perfil de morbimortalidade, exigem tratamento diferenciado com discriminação positiva destes usuários.

Apesar do risco de uso político e nocivo destas informações, a inexistência de um sistema integrado de gerenciamento das filas de espera no país impede que ações compensatórias – abordadas de maneira técnica, buscando integralidade da assistência – corrijam distorções.

Particularmente, deve-se estar atento as filas de espera crescentes, posto que possam – frente a uma restrição do acesso mais intensa – eventualmente acumular casos mais graves.

Ainda enquanto abordagem inicial, é possível vislumbrar uma série de fatores que ultrapassam uma explicação simplista de limitação de recursos financeiros: desequilíbrios injustificáveis entre oferta e demanda, deficiências na gestão de recursos humanos e conflitos entre instâncias e categorias, queda na produção e produtividade, desequilíbrios na oferta per capita de serviços, duplicidade de unidades executantes ou ausência de referências, precariedade logística com demora no tempo de resposta e perda de documentos oficiais, desvalorização do espaço de Educação Permanente, sistemas de agendamento não informatizados dominados por unidades executantes ou entes políticos, ausência de fluxos de trabalho e protocolos de acesso, incipiente desenvolvimento de uma lógica de redes de atenção à saúde (Mendes, 2011), etc.

O Brasil abraçou o desafio de garantir a todo cidadão o direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde. Para que este propósito seja

consistente será inevitável a necessidade de organizar e racionalizar as ações. Para que não ocorram retrocessos, postura antecipatória ativa e estratégica deverá ser tomada em prol do compartilhamento de conceitos e definições em saúde com regras claras para que o sistema não seja agrilhado com desperdícios, desorganização e desvios de finalidade.

Desta feita, grandes desafios serão ainda necessários para unir esforços municipais, estaduais e as ações estratégicas da Política Nacional de Regulação em defesa do contínuo aprimoramento em direção ao cumprimento dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho apresentou os desdobramentos de intervenção implantada no sistema de microrregulação em saúde de um município de 250 mil habitantes.

Adotando-se como referencial metodológico o estudo de caso com abordagem descritiva predominantemente qualitativa, a dissertação buscou cumprir seu objetivo de apresentar – à luz da revisão da literatura acadêmica sobre os descritores abordados – as estratégias de implementação do acesso à assistência em saúde e do desenvolvimento de protocolos de regulação do acesso em nível municipal.

A realidade municipal de desequilíbrio entre oferta e demanda por serviços em saúde reflete a realidade vivenciada por muitos municípios do Brasil e experiências que aprimorem a gestão do acesso em saúde precisam ser divulgadas e aprimoradas com o propósito de fortalecer a Política Nacional de Regulação.

Em um sistema de saúde público estruturado em parâmetros de oferta baseados em séries históricas influenciadas pelos prestadores de serviços, o capítulo de discussão apresentou reflexões sobre as estratégias regulatórias adotadas para avaliação e ajuste da relação entre oferta, demanda e necessidade.

Nas considerações finais, fez-se apologia à importância da participação social como guardião do controle e da ética do acesso em saúde e a existência de espaços de tomada de decisão onde profissionais de saúde adequadamente capacitados, gestores e demais instâncias da sociedade zelem pelo contínuo aprimoramento do acesso no Sistema Único de Saúde.

7. ANEXO

A) O protocolo de cardiologia

Segue abaixo o conteúdo, em sua diagramação original, do protocolo de cardiologia. Foram retiradas desta exposição elementos de referência direta à identificação do município avaliado.

Introdução:

A regulação da Assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo oferecer a melhor alternativa assistencial disponível às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. O desenvolvimento de Protocolos Clínicos proporciona objetividade na Regulação do Sistema e organiza e garante transparência e justiça no acesso dos usuários às ações e serviços.

O desenvolvimento de Protocolos de Regulação será o parâmetro objetivo de atuação da Central de Regulação de Consultas e Exames.

Os Protocolos de Especialidade materializam, de forma objetiva e de comum acordo entre as partes, a consolidação da parceria entre os Especialistas do CEMAS e as unidades operacionais da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família).

Solicitou-se aos Especialistas do Cemas que fossem detalhados quais são os exames necessários para sua primeira consulta, quais as principais patologias atendidas, quais os principais erros de referenciamento e quais são os critérios para definição de emergência, urgência e prioridade.

Então, este protocolo – na forma de aula interativa - é submetido à apreciação das Unidades da Rede Básica em seus períodos de Capacitação. Esta apresentação permite ao profissional da Atenção Básica opinar, discordar e contribuir para o desenvolvimento do protocolo.

Perante a reformulação, novamente este protocolo é endereçado ao Especialista para conclusão final ou para o agendamento de um novo encontro entre os envolvidos.

Reitera-se o papel dos Protocolos de Regulação como um documento norteador das melhores práticas e de comum acordo entre as Unidades Prestadoras de Serviço. Não tem a pretensão nem o propósito de ser um consenso inquestionável, estando sujeito a reformulações sempre que novas evidências clínicas ou questionamento das partes envolvidas considerarem por bem sua modificação em defesa dos interesses dos munícipes usuários do Sistema.

Recomendações Gerais:

Característica comum a todos os Protocolos de Especialidade será a requisição do correto preenchimento da Ficha de Interconsulta. Cada elemento a ser preenchido cumpre a um determinado propósito e não poderá ser negligenciado salvo exceções definidas. Ressalta-se a importância da legibilidade do referenciamento.

Nome:

Evitar abreviações, fazendo uso deste recurso somente quando não houver espaço reservado suficiente.

Número do Prontuário:

Será fundamental o preenchimento deste item para o correto retorno da *Resposta da Interconsulta*.

Unidade que Encaminha:

Usar o carimbo identificador da Unidade de origem do encaminhamento.

Motivo do encaminhamento:

Item freqüentemente negligenciado, mas fundamental para a identificação da real intenção do encaminhamento: *Avaliação Terapêutica, Avaliação Diagnóstica, Seguimento Especializado e outros (especificar em espaço reservado)*.

História da Doença Atual (HDA):

Deverá constar a história detalhada da queixa atual e história patológica pregressa pertinente. O exame físico poderá ser direcionado à situação atual desde que não seja omissa a compreensão do quadro. Utilizar este espaço para anotar resultado de exames caso no campo *Exames Complementares Realizados* não seja suficiente.

Hipótese Diagnóstica:

Será solicitada a correção caso seja usado expressões como “retorno”, “avaliação”, “rotina”, etc. A hipótese – tal qual o motivo do encaminhamento – é importante para nortear a investigação do especialista. Assim, deverá constar hipótese diagnóstica sindrômica, topográfica ou etiológica.

Medicação em Uso:

Freqüentemente o paciente não sabe referir qual sua medicação em uso, utilizando-se de expressões como “2 comprimidos do amarelinho” ou inespecíficas. O especialista – no modelo atual – não tem como acessar as informações do módulo farmácia das Unidades da Rede Básica. Assim, será obrigatório o preenchimento da medicação em uso ou a presença literal da expressão “NÃO FAZ USO”. Anotar neste campo quando houver alergias conhecidas a medicamentos.

Exames Complementares Realizados:

Nos protocolos, serão definidos os exames obrigatórios para a 1ª. Consulta. Estes deverão ser transcritos na Ficha de Encaminhamento, posto que freqüentemente o usuário perde ou não traz consigo o exame obrigatório (gerando a necessidade de nova consulta). Deverão ser informados também demais exames solicitados para que não ocorra duplicidade de solicitação de exames pelo especialista.

Observação:

O preenchimento deste campo não será obrigatório.

Data da Solicitação:

Campo de preenchimento obrigatório.

Médico Solicitante:

Cuidar para que seja legível o carimbo do profissional responsável pelo encaminhamento e se faça o reforço por escrito do CRM caso necessário.

Exames Obrigatórios para 1º. Consulta:

ECG (Eletrocardiograma): obrigatório em todas as consultas e, preferencialmente, realizado nos últimos 30 dias prévios à consulta.

Rx de Tórax: será obrigatório quando na Hipótese Diagnóstica constar patologia compatível com suspeita de cardiomegalia (ex: sobrecargas, sopros, valvulopatias, insuficiência cardíaca...)

Função Renal: sempre que for encaminhada Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle.

Apesar de não obrigatório, recomenda-se a transcrição de outros exames porventura realizados pelo paciente em passado recente.

Principais patologias Atendidas na Especialidade:

Hipertensão Arterial Sistêmica:

O correto diagnóstico, tratamento e acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica são atribuições da Atenção Básica.

Deverá ser encaminhada à Cardiologia a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle.

A HAS de difícil controle será entendida, pelo presente protocolo, como a hipertensão não compensada apesar do uso de dose plena de 3 classes diferentes de anti-hipertensivos disponíveis em nossa rede. Vale lembrar que a prevalência pode chegar a 20% dos casos e os principais diagnósticos diferenciais são baixa aderência, síndrome do jaleco branco, aferição inadequada, nefropatias e causas secundárias.

Deverá constar obrigatoriamente, na ficha de encaminhamento, a avaliação da função renal.

Dislipidemias:

O diagnóstico, tratamento e acompanhamento das Dislipidemia são atribuições da Atenção Básica, sendo o nível de complexidade do SUS mais adequado para abordar este grupo e promover as indispensáveis mudanças no estilo de vida dos pacientes.

Atenção às recomendações para minimizar as variações pré-analíticas:

O perfil deverá ser realizado em indivíduos com estado metabólico estável.

Manter dieta habitual e peso por pelo menos 2 semanas antes do exame.

Após IAM ou AVC, obter amostra nas primeiras 24 horas ou então somente após 8 semanas.

Após cirurgias ou doenças agudas, aguardar 8 semanas.

Na gestação os valores aumentam. Colher após 3º mês de puerpério.

Nenhuma atividade física vigorosa (caminhadas inclusive) deve ser realizada nas 24 horas que antecedem o exame (falsos valores baixos).

Realizar jejum prévio de 12 a 14 horas. Pode-se ingerir água e medicamentos de uso que não possam ser interrompidos (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, insulina).

Realizar dosagens seriadas no mesmo laboratório.

Evitar ingestão de álcool nas 72 horas que precedem o exame. Quando não ocorrer, levar em consideração no momento de analisar os resultados, especialmente em relação aos TG.

Atenção às Metas Lipídicas de acordo com as Categorias de Risco (Escore de Framingham):

Categorias De Risco	Risco Absoluto(%)	Quando iniciar tratamento LDL-C	Metas (mg/dL)		
			LDL-C	HDL-C	TG
Baixo Risco	< 10%	≥ 190	< 160	≥40♂/50♀	< 150
Médio Risco	10 - 20%	≥ 130	< 130	≥40♂/50♀	< 150
Alto Risco e/ou Diabetes	≥ 20%	≥ 100	< 100	> 40/50	< 150
Alto Risco	≥ 20% + aterosclerose	≥ 100	< 70	> 40/45	< 150

Uma vez que o tratamento seja iniciado e ocorra evento adverso que justifique encaminhamento à especialidade, deverão constar na Ficha de Encaminhamento o Escore de Framingham e o motivo:

Persistência da elevação das enzimas hepáticas acima de 3x o limite superior normal
Persistência da elevação de CPK acima de 10x o limite superior normal
Persistência dos sintomas clínicos após: Redução de 50% da dose da mesma estatina. Suspensão e re-introdução da mesma estatina; Substituição da estatina (sinvastatina/atorvastatina). Exclusão de outras etiologias simultaneamente à investigação.
Falha após associação de medicamentos: Estatina + Ezetimiba; Estatina + Fitoesteróis; Estatina + Fibrato. *Não utilizar a associação Estatina + Genfibrozila!

Doença Arterial Coronariana:

Considerando o atendimento das Emergências:

AAS 160-325 mg (mastigado)
Isossorbida 5 mg sublingual (até 3x com 5 min de intervalo)
Morfina 5-10 mg IV (se disponível)
Encaminhamento imediato ao Serviço de Emergência Municipal de referência

Considerando os fatores de risco:

JNC 7 Express(National High Blood Pressure Education Program)
Hipertensão Arterial Sistêmica
Tabagismo
Obesidade
Sedentarismo
Dislipidemia
Diabetes Mellitus
Microalbuminúria ou RFG < 60 ml/min
Idade (> 55 anos homens / > 65 anos mulheres)
História Familiar prematura de DAC (< 55 em homens / < 65 em mulheres)

Considerando as categorias de risco:

Categorias do National Cholesterol Education Program (NHLBI)
Alto risco: doença coronariana estabelecida ou um risco equivalente (como diabetes ou outra doença aterosclerótica), ou dois ou mais fatores de risco independentes e um risco de dez anos para doença coronariana superior a 20%
Alto risco moderado: dois ou mais fatores de risco independentes e um risco de dez anos para doença coronariana entre 10% a 20%
risco moderado: dois ou mais fatores de risco independentes mais um risco de dez anos para doença coronariana menor que 10%.
baixo risco: zero ou um fator de risco independente.

Encaminhar para avaliação anual (ou com intervalo maior conforme consideração de cardiologia) os pacientes com alto risco.

Insuficiência Cardíaca
Arritmias Cardíacas
Sopros e valvulopatias
Sobrecargas
Miocardiopatias
Outras

Critérios: Emergência, Urgência e Prioridade:

Considerações Gerais:

A oferta de vagas para especialidade obedece à ordem por data de entrada no Sistema. Receberão tratamento diferenciado pela Central de Regulação as condições abaixo mencionadas.

As emergências deverão ser encaminhadas ao Serviço de Emergência Municipal de Referência.

Os encaminhamentos com carimbo de Urgente receberão tratamento diferenciado pela Central de Regulação com o agendamento imediato com Especialista através de vagas reservadas para esta finalidade.

As prioridades serão alocadas à frente dos demais usuários na fila de espera.

A central de regulação é consciente de que as definições abaixo não contemplam todo o universo da especialidade e estará disponível para flexibilizar seus critérios SEMPRE que o bom senso clínico das partes envolvidas o solicitarem.

Emergências:

Sd. Coronarianas agudas / IAM
 Angina instável
 Instabilidade Hemodinâmica
 Crise hipertensiva com lesão em órgão alvo
 Edema Agudo de Pulmão / Insuficiência Cardíaca descompensada

Urgências:

ECG com BAVT
 Bradicardia com FC < 40 bpm
 BAV 2o. Grau
 Pós-operatório de Cirurgia cardíaca (<3 meses)
 Anti-coagulados

Prioridades:

ECG sugestivo de isquemia
 Cateterismo alterado
 Angina estável ainda não avaliada por cardiologia
 Pacientes com mais de 80 anos
 Portadores de marca-passo
 Pós-op. de cirurgia cardíaca entre 3 meses a 1 ano

Descentralização:

Será definida de comum acordo entre as partes conforme Resposta de Interconsulta

Principais falhas no Referenciamento:**Encaminhamentos sem certeza diagnóstica ou recursos para correta avaliação:**

Erro freqüente é encaminhar alteração isolada de pressão arterial após evento estressante sem confirmação diagnóstica.
 Encaminhar dislipidemias sem alterações no Estilo de Vida e tratamento prévio.
 Encaminhar sem os exames obrigatórios e medicação em uso.

Arritmias sinusais em crianças assintomáticas:

Causa equivocada de encaminhamento urgente à especialidade.
 Sempre que o profissional da Atenção Básica considerar necessária a avaliação, poderá fazê-lo pela rotina.

Dor torácica de origem não cardíaca

Deverá constar história detalhada de sintomas com localização, características da dor, duração e fatores precipitantes e de alívio da dor.
 Deverão constar em encaminhamento fatores de risco, categoria de risco e escore de Framingham.

Conclusão:

Uma parcela significativa de vagas em Cardiologia é descartada com erros de Encaminhamento. Outra parcela expressiva é desperdiçada com referenciamentos de atribuição da Atenção Primária. O cardiologista que retém em seu ambulatório estas patologias de menor gravidade (hipertensos compensados, dislipidemias leves...) priva o acesso e retorno de usuários com patologias graves de exclusiva atribuição de sua especialidade. Assim o uso responsável e consciente dos recursos disponíveis – seja pela rede básica, seja pelos especialistas – é indispensável.

Reforça-se a importância dos Protocolos de Regulação para promover Equidade e transparência ao acesso do Município aos Serviços de Saúde. Agradece-se a dedicação e empenho das Equipes de Especialistas e da Atenção Básica. A Central de Regulação antecipadamente disponibiliza-se para qualquer questionamento ou necessidade de reformulação do presente protocolo em defesa dos interesses do usuário do Sistema Municipal de Saúde.

8. REFERÊNCIAS

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.

Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts: treatments for myocardial infarction. *The Journal of the American Medical Association*. 1992; 268(2): 240-8.

Arantes, LL. *Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde*. Rio de Janeiro; s.n; 2004. 93 p.

Ausubel DP. *Educational Psychology: A Cognitive View*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1968.

Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.2, pp. 295-304. ISSN 0102-311X.

Bernardo W. Diretrizes clínicas baseadas em evidência. In: *A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil* / organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2009. 132 p. ISBN: 978-85-63059-00-0.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil* / organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2009a. 132 p. ISBN: 978-85-63059-00-0.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1995 10 mar.; Seção 1:3666.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do Trabalho e da Educação Permanente / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011b. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9). ISBN 978-85-89545-69-3.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: Conass; 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde (CTIIS). *Nota Técnica nº.6 de 25 de julho de 2006. Relatório da Oficina de Trabalho do CONASS para Regulação de Acesso*. Brasília: CONASS, 2006a. [citado 19 fev 2012]. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2016-06.pdf>>.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007a. 174 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10). ISBN 978-85-89545-18-19788589545181.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011a. 126 p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, 10). ISBN 978-85-89545-70-9.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Manual de implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 27 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1205-3.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS) [on-line]. 2008b. [citado 22 fev 2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria GM n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2004 16 fev.; Seção 1:37.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2006b 23 fev.; Seção 1:43.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria GM n.º 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2002 13 jun.; Seção 1, p. 36.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria GM Nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2008a 04 ago.; Seção 1:48.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria GM Nº 1.792, de 22 de agosto de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2012a 23 ago.; Seção 1: 29-30.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria GM Nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2007b 20 ago.; Seção 1: 34.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS n.º 254, de 27 de março de 2012. Institui o Sistema de Regulação, Controle e Avaliação - SISRCA que visa gradativamente integrar os sistemas de informação sob a gestão do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle e outros sistemas com os quais há correlação no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2012b 28 mar.; Seção 1:110.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS n.º 375, de 10 de novembro de 2009. Aprova o roteiro a ser utilizado na elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PDTC), no âmbito da Secretaria de Atenção à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2009b 11 nov.; Seção 1:60.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica*. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p. ISBN 85-334-0162-0.

_____. Presidência da República. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 1990 20 set.; Seção 1:18055.

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999; 282: 1458-65.

Camargos CN, Prado CCL, Assis WF, Merçon JR. Regulação assistencial e a sociedade do conhecimento: o caso do Distrito Federal. *Comun. ciênc. Saúde*. 2006; 17(4): 303-8.

Carr-Hill RA, Hardman G, Martin S, Peacock S, Sheldon TA, Smith P. *A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds*. York: Centre for Health Economics, University of York; 1994.

Castro JD. *Regulação em Saúde: análise de conceitos fundamentais*. Porto Alegre: Sociologias; jan/jun 2002. p. 122-35.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(4): 975-86.

Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research Methods in Education*. 5^a Edição. Londres: Routledge Falmer; 2000.

Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde Espanhol. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(6): 2783-94.

Cooley CH. *Human nature and social order*. Nova York: Transaction; 2003.

Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.

Donabedian A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I)*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

Effective Health Care. *Implementing clinical practice guidelines: can guidelines be used to improve clinical practice?* Effective Health Care Bulletin. York: Scott Brothers Limited, Halifax; 1994; 1(8): 1-12. ISSN: 0965-0288. 1994 [citado 20 nov 2011]. Disponível em: <<http://www.york.ac.uk/inst/crd/EHC/ehc18.pdf>>.

Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva* [Internet]. 2004. [citado 11 fev 2013]; 18(3): 41-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=en&tling=pt. 10.1590/S0102-88392004000300005.

Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(4): 767-76.

Farias SF, Gurgel Júnior GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(1):1043-53.

Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJN, Rego S, organizadores. *Educação, Saúde e Gestão*. 1a ed. São Paulo: Hucitec, 2011; p. 99-113.

Feuerwerker LCM. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2007. [citado 13 set 2012]; 31(1): 3-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022007000100001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100001>.

Folger R. Distributive and procedural justice: combined impact of "voice" and improvement on experienced inequity. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1977; 35: 108-19.

Fontanive PVN. *Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto Telessaúde-RS* [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grand do Sul; 2009.

Franzese C. Administração Pública em contexto de mudança. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD (organizadores). *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora; 2011. Chap. 1, p. 19-53.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Publica Mex* 1985; 27:438-53.

Gelis Filho A. Análise comparativa do desenho normativo de instituições reguladoras do presente e do passado. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2006, vol.40, n.4 [citado 17 mar 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000400005&lng=en&nrm=iso>.

Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001; 53:1149-62.

Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. *BMJ*. 2002; 324(7330): 156-9.

Guimarães EMP, Martin SYH, Rabelo FCP. Educação Permanente em Saúde: reflexões e desafios. *Cienc. enferm.* [online]. 2010, vol.16, n.2, pp. 25-33. ISSN 0717-9553.

Hurst J, Siciliani L. *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries*. Paris: OECD; 2003. (OECD Working Papers 6).

Iglesias F, Günther H. Normas, justiça, atribuição e poder: uma revisão e agenda de pesquisa sobre filas de espera. *Estudos de Psicologia*. 2007; 12(1): 3-11.

Louvison MCP. A Regulação em Saúde no SUS. In: Apresentação do 10º. Audhosp; Setembro 13-16, 2011; Águas de Lindóia, São Paulo; 2011, p. 13.

Marinho A. *Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2004. Texto para Discussão nº. 1055.

Mattar FN. *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento, execução e análise*. 2a ed. São Paulo: Atlas, 1994. 2v.

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC, organizadores. *A Política de Regulação no Brasil*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2006. 116p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde;12).

Merhy EE, Feuerwerker LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências*. 1a ed. Salvador: Editora da UFBA; 2011. v.1, p. 5-21.

Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Aracaju: Editora da UFS; 2009.

Moreira MA. *Aprendizagem significativa*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1999.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(5): 547-59.

Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2012 June [citado 11 fev 2013]; 46(3): 571-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300020&Ing=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>.

Pacheco RS. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2006, vol.40, n.4 [citado 07 mar 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122006000400002&Ing=en&nrm=iso.

Penchansky D, Thomas J. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981; 20:127-40.

Ramos DLP, Gonçalves OSJ, Seixas PHD. A política de educação permanente no Estado de São Paulo como estratégia de qualificação dos trabalhadores do SUS. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD (organizadores). *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora; 2011. Chap. 27, p. 781-94.

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):260–8.

São Paulo (Estado). Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB – 14 de 22-3-2010. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo. 2010 23 mar.; Seção 1:49-50.

São Paulo (Estado). Portal do Governo do Estado de São Paulo [Internet]. *Conheça algumas realizações da Secretaria de Saúde em 2009*. Governo do Estado de São Paulo. 2008. [citado 2012 out 06]. Disponível em <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=206801&c=6>>.

SEADE. *Perfil Municipal* [Internet]. São Paulo: Secretaria Estadual de Planejamento e Desenvolvimento Regional do Estado de São Paulo. 2012. [citado 19 fev 2012]. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>>.

Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(3): 3579-86.

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

Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: *Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America*. Abril, 2004. San Diego: University of California; 2004. [citado 10 dez 2011]. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>.

Thibaut J, Walker L. *Procedural justice: a psychological analysis*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum; 1975.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2):190-8.

Uchôa SAC, Camargo Júnior KR. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(4): 2241-9.

Vasconcelos MFF, Morschel A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. *Interface* (Botucatu) [serial on the Internet]. [citado 14 jan 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500024>>.

Viana AL, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*. 2003; 17(1): 58-68.

Vilarins, GCM. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. *Comun. ciênc. Saúde*. 2010; 21(1): 81-4

Yin RK. *Estudo de caso – planejamento e métodos*. 2a ed. Porto Alegre: Bookman. 2001.