

**ESCOLA ANNA NERY
REVISTA DE ENFERMAGEM**

Anna Nery School
Journal of Nursing
Escuela Anna Nery
Revista de Enfermería
Revista de Enfermería
Revista de Enfermería

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

ISSN: 1414-8145

annaneryrevista@gmail.com

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

Sales da Silva, Maria Verônica; da Silva, Maria Josefina; Sales da Silva, Lucilane Maria; Marcelino do Nascimento, Adail Afrânio; Castro Damasceno, Ana Kelve; Meneses Oliveira, Roberta
Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 550-557
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127719485016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

REGULAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE: O PROCESSO DE TRABALHO ADMINISTRATIVO DA ENFERMAGEM

Health access regulation: the administrative process of nursing work

Regulación del acceso a la salud: el proceso de trabajo administrativo de enfermería

Maria Verônica Sales da Silva¹

Maria Josefina da Silva²

Lucilane Maria Sales da Silva³

Adail Afrânio Marcelino do Nascimento⁴

Ana Kelve Castro Damasceno⁵

Roberta Meneses Oliveira⁶

RESUMO

Objetivou-se avaliar a regulação do acesso à saúde e o processo de trabalho do enfermeiro na administração das Centrais de Marcação de Consultas Municipais-CMC, da 2ª Microrregional de Saúde do Ceará. Estudo documental, descritivo e de avaliação. Na coleta dos dados, utilizaram-se observação, entrevista e análise de documentos no período de fevereiro a agosto de 2007. Foram avaliados dez municípios e entrevistadas seis enfermeiras que exerciam a função de coordenação da regulação do acesso. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará/UFC/nº 25. Quanto ao padrão “liderança organizacional”, a avaliação indicou que seis CMC estavam sob direção técnica de profissional habilitado. Entretanto, as enfermeiras acumulavam diversas funções, sendo identificada falha na avaliação de produção e gastos planejados. Conclui-se que, para garantir a regulação do acesso, faz-se necessária melhoria na qualidade da coordenação desses serviços, sendo o profissional enfermeiro uma boa opção para o cargo.

Palavras-chave: Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Agendamento de consultas. Acesso aos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Enfermagem.

Abstract

We have aimed to evaluate the regulation of access to health and the working process of the nurse in the administration of the municipal headquarters of appointments setting – (Central de Consultas Municipais- CMC) at the 2nd Microregional of health of Ceará. This is a documental, descriptive and evaluative study. It was chosen for the collection of data the observation, interview and the analysis of documents. This process was held between February and August 2007. Ten districts have been evaluated and six nurses who were coordinators of the regulation access have also been interviewed. This study was submitted to the Ethic Committee of UFC/1 25. As for the standard “organizational leadership”, the evaluation indicated that six CMCs are under technical direction of qualified professionals. Otherwise the nurses had many other functions. The failure in production evaluation and planned expenses has been detected. We have concluded that, in order to guarantee the evaluation of production, it’s necessary an improvement of quality of the coordination of these services, being the professional nurse a good option for the function.

Keywords: Health Care Quality, Access, and Evaluation . Appointments and Schedules. Health Services Accessibility. Unified Health System. Nursing.

Resumen

El objetivo fue evaluar la regulación del acceso a la salud y el proceso de trabajo del enfermero en la administración de las Centrales de Marcação de Consultas Municipales-CMC, de la 2ª Micro regional de Salud de Ceará. Estudio documental, descriptivo y de evaluación. En la colecta de datos se utilizó la observación, entrevista y análisis de documentos; se realizó en el periodo de febrero a agosto de 2007. Se evaluaron diez municipios, siendo entrevistadas seis enfermeras, que ejercían la función de coordinación de la regulación del acceso. El estudio fue sometido al Comité de Ética de la UFC/nº 25. En cuanto al modelo “liderazgo organizacional”, la evaluación indicó que seis CMC están bajo dirección técnica de un profesional habilitado. Sin embargo, las enfermeras acumulaban diversas funciones. Se identificaron errores en la evaluación de producción y gastos planificados. Se concluye que, para garantizar la regulación del acceso se hace necesaria una mejoría en la calidad de la coordinación de estos servicios, siendo el profesional enfermero una buena opción para el cargo.

Palabras clave: Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud . Citas y Horarios. Accesibilidad a los Servicios de Salud . Sistema Único de Salud . Enfermería.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Especialista em Sistemas Locais em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. Professora do Curso de Enfermagem – Faculdade Terra Nordeste – FATENE - Departamento de Enfermagem. Fortaleza – CE. Brasil. E-mail: versalles57@hotmail.com; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem- (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Departamento de Enfermagem. Fortaleza-CE. Brasil. Email: mjoefina@terra.com.br; ³Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde — Universidade Estadual do Ceará — UECE - Departamento de Enfermagem. Fortaleza-CE. Brasil. Email: lucilanemaria@yahoo.com.br; ⁴Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (UFC). Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade Grande Fortaleza - Departamento de Enfermagem. Fortaleza-CE. Brasil. Email: afranio@saude.ce.gov.br; ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Departamento de Enfermagem. Fortaleza-CE. Brasil. Email: kelve@saude.ce.gov.br; ⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Departamento de Enfermagem. Fortaleza-CE. Brasil. Email: roberta@saude.ce.gov.br

INTRODUÇÃO

No atual contexto da regulação em saúde, a avaliação é atividade imprescindível para o fortalecimento e a concretização da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, tema bastante discutido pelos movimentos democráticos e por vários segmentos da sociedade. Tal política envolve a oferta de serviços de saúde tratada no campo conceitual da universalidade, equidade, integralidade e demais princípios constitucionais.

A inserção de novos atores sociais na gestão do SUS foi viabilizada pela descentralização do setor saúde. A enfermagem, uma das categorias de destaque neste setor, vem ocupando cargos de direção e coordenação, sendo, desta forma, corresponsável pela gestão do SUS, que exige habilidades e poder político. Para o setor de regulação do acesso, esse profissional tem se destacado no processo de implantação e organização, tanto na esfera estadual como na municipal.

A regulação em saúde no SUS é uma das diretrizes contempladas no Pacto pela Saúde, sendo definida como Política Nacional, em consonância com a regulação da atenção à saúde e a assistencial e com os seguintes eixos a serem operacionalizados pelos gestores: implantar e/ou implementar complexos reguladores e implantar sistemas informatizados de regulação.^{1,2}

A regulação da atenção à saúde “compreende a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária”; sendo a regulação assistencial definida como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles”.²

Dessa forma, a regulação é definida em três dimensões: regulação da atenção à saúde, assistencial e do acesso, considerada como o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal e integral.² Nesse estudo, aborda-se a participação do enfermeiro na coordenação da regulação do acesso a saúde, especificamente no âmbito municipal representado pelas centrais de marcação de consultas.

A Central de Marcação de Consultas (CMC) tem papel fundamental na garantia do acesso, de forma hierarquizada, aos serviços de saúde do SUS, de acordo com o grau de complexidade do sistema. Com a intervenção do regulador, ficam garantidos o acesso e a melhor alternativa terapêutica para o usuário, o controle dos limites de solicitação e a execução de procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar da população própria e referenciada, além da oferta de informações para embasamento do faturamento de internações.³

Na enfermagem, a busca por um profissional com formação generalista, na construção de competências e habilidades de acordo com as exigências do SUS, quer acadêmico-científicas quer ético-humanísticas, é um compromisso assumido e pactado pela profissão.⁴

A proposta deste estudo justifica-se pelo surgimento de novos conceitos e legislação do SUS acerca da regulação, sendo fundamental que os profissionais enfermeiros, inseridos neste contexto, compreendam a evolução dos sistemas locais de saúde quanto às políticas, estratégias e responsabilidades definidas para viabilizar o acesso à saúde.

Dessa forma, objetivou-se avaliar a regulação do acesso à saúde e o processo de trabalho do enfermeiro no âmbito das Centrais de Marcação de Consultas Municipais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, descritivo e de avaliação, realizado na 2ª Microrregional de Saúde do Estado do Ceará e na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado (CRES).

Em sua área de abrangência, a 2ª Microrregional de Saúde do Estado do Ceará inclui dez (10) municípios com uma população de 528.315.000 habitantes, entre eles: Itapajé; Paracuru; Paraipaba; Pentecoste; Apuiarés; General Sampaio; São Luiz do Curu; Tejuçuoca; Caucaia e São Gonçalo do Amarante. Já a 2ª CRES do Estado fica localizada no município de Caucaia e é sede da 2ª microrregião de saúde.³

O estudo foi desenvolvido, especificamente, nas CMC dos municípios localizados nas secretarias municipais de saúde. Inicialmente, realizou-se visita à 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) para solicitar permissão quanto à realização do estudo.

A coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2007, através de visitas aos dez municípios, totalizando vinte visitas, uma em cada município e dez na 2ª CRES. Ao todo foram avaliados dez municípios e a 2ª CRES, entretanto em apenas seis deles havia enfermeiras exercendo função de regulação do acesso, sendo sete os sujeitos desta pesquisa.

Optou-se pela investigação avaliativa por Triangulação de Métodos,⁵ que envolve um conjunto amplo e complexo de elementos e procedimentos propostos, ao conjugar: a presença do avaliador externo, as abordagens quantitativas e qualitativas e, de forma relevante, a análise do contexto, da história, das relações, das representações e a participação.

Inicialmente, utilizou-se a técnica da observação simples, registrada em diário de campo, no momento das visitas realizadas à Central de Regulação e às centrais municipais. Posteriormente, realizou-se entrevista estruturada, sendo utilizado um Roteiro de Padrões de Conformidade, denominado liderança organizacional, constituído por seis critérios de avaliação que contemplam uma adaptação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) do Ministério da Saúde, 2004-2005. Os dados obtidos de fontes documentais também orientaram a constituição do *corpus* descritivo deste estudo.

Os documentos utilizados na pesquisa foram os relatórios da Central de Regulação Microrregional dos dez municípios. Inicialmente, analisaram-se as solicitações de procedimentos ambulatoriais (cancelados, agendados e reprimidos) e, posteriormente, verificou-se a solicitação da fila de espera de cancelados.

Para análise do Roteiro de Padrão de Conformidade, foram elaborados os seguintes escores de acordo com o grau de necessidade da CMC: 1- Dispensável; 2- Importante e 3- Fundamental. Todos os critérios receberam um escore, para definir sua importância e verificar qual a pontuação ideal para o padrão por município, pontuando também a Central de Regulação da 2ª CRES.

Posteriormente, foi realizada a transcrição das entrevistas gravadas em fita-cassete e digitação de todo o material empírico (documentos, diário de campo e entrevistas). Na análise dos resultados, foram utilizados números cardinais e letras para preservar o anonimato dos pesquisados, sistematizando as questões com base em documentos oficiais, como portarias e resoluções do Estado do Ceará e do Ministério da Saúde.

Para cumprimento das questões éticas, foi destacada, oportunamente, a observância aos princípios éticos propostos na Resolução 196/96, e o aceite pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – UFC com o número 025.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Avaliação da regulação do acesso

A implantação da 2ª Microrregional de Saúde ocorreu no ano 2000, com o objetivo de organizar os espaços municipais, promover cooperação técnica entre os municípios a fim de subsidiar a economia de escala e a utilização dos escassos recursos disponíveis de forma eficaz e resolutiva; desenvolver uma gestão integrada e solidária para a organização dos serviços de saúde no âmbito secundário; bem como definir um processo de referência e contrarreferência de pacientes, viabilizado através da implantação da Central de Regulação Microrregional.

A central de regulação identifica o usuário como foco do sistema de saúde, garantindo a comunicação das unidades de referências com a Central de Marcação de Consulta - CMC, agilizando e racionalizando o atendimento na busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde, o que torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial.

Com o intuito de avaliar os indicadores de cobertura da 2ª microrregião de saúde, utilizaram-se, neste estudo, os parâmetros de cobertura da Portaria 1101, quanto à consulta especializada. Além disso, compararam-se os parâmetros mínimos por ano com a Programação Pactuada Integrada-2006, local e de referência, dos municípios, e obtiveram-se os seguintes resultados, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Relação entre parâmetro de cobertura de consultas médicas especializadas e % parâmetros de programação por município.

Município	População Residente	Produção Estimada Parâmetro mínimo ano	Programação ano Por município	% Parâmetro de Cobertura
M1	313.585	137.977	38.688	28
M2	46.598	20.503	18.468	90
M3	40.282	17724	5.100	28.7
M4	32.418	14264	12.960	90.8
M5	32.856	14557	7.656	52.9
M6	29.653	13047	7.656	16.7
M7	12.153	5347	720	13
M8	14.785	6505	1.428	21.9
M9	14.777	6502	2.244	34.5
M10	4.349	1914	4740	247.7

Fonte: Cálculo com base na necessidade mínima ano por município da Portaria 1101/2002 e PPI municipal -2006 - Central de Regulação Microrregional.

O cálculo dos parâmetros de cobertura foi fundamental para a análise da produção dos indicadores de procedimentos agendados, cancelados e reprimidos gerados pela central de regulação microrregional.

O Quadro 2 apresenta a situação da microrregião por município, fazendo um comparativo entre os três indicadores avaliados.

A aplicação do parâmetro de cobertura demonstrado no Quadro 1 permitiu identificar que os municípios apresentaram baixa cobertura de consultas especializadas para a população microrregional. Percebeu-se, entre os municípios

analisados, que apenas dois possuíam mais de 90% de cobertura; nos demais, este parâmetro estava aquém do estimado, dois municípios com 28% de cobertura e apenas um com 13% de cobertura, representando o menor percentual. As baixas coberturas de consultas especializadas e também as que excedem o parâmetro máximo, como a do município 10, com 247.7% de cobertura de consultas especializadas, são, algumas vezes, reflexos da falta de recursos humanos e de uma estrutura inadequada para o funcionamento da CMC, ocasionando falta de planejamento da PPI e de um estudo das necessidades reais da população, o que inviabiliza o acesso a este procedimento.

A cobertura acima de 100% do município 10 é um fato que chama atenção, principalmente porque se visualiza, na sua PPI, a não contemplação de exames suficientes para o número de consultas agendadas, tais como os de patologia clínica (parâmetro 4.349 exames/programados 360), anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico (parâmetro 696/programados 55), tomografia (parâmetro 26/programados 02) e exames ultrassonográficos (parâmetro 43/programados 7). Este é um dos menores municípios da região quanto à população, não possuindo estrutura de controle, avaliação, regulação e auditoria, além de possuir somente um profissional de saúde para coordenar todas as ações de saúde realizadas.

A situação encontrada permite inferir que a supervisão da PPI nos municípios ainda é uma atividade incipiente no

âmbito das ações de controle, devendo esta atividade contribuir para a construção de possibilidades de melhoria do acesso com qualidade e adequação às necessidades dos usuários, bem como a construção de protocolos assistenciais.

O Quadro 2 apresenta a situação da microrregião por município, permitindo uma análise da distribuição das solicitações de procedimentos por município no ano de 2006. Para tanto, foram considerados *Agendados* aqueles cuja solicitação estava agendada através de um horário de atendimento ou pela fila de acesso; *cancelados*, os que a solicitação havia sido cancelada por motivos diversos; e *reprimidos*, os procedimentos com solicitação inserida no sistema UNISUS que não foi agendada ou enviada para a fila, não prevendo atendimento para este paciente.

Quadro 2 - Distribuição das solicitações de procedimentos por município/2006.

Solicitações	Municípios										
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	Total
Agendados	2304	943	939	330	85	869	24	375	390	86	6345
Cancelados	1150	549	289	76	25	347	17	216	50	45	2764
Reprimidos	1835	49	131	69	3	69	14	36	26	19	2251
Total	5289	1541	1359	475	113	1285	55	627	466	150	11342

Fonte: Central de Regulação 2ª microrregional-2006.

Analisando-se o Quadro 2 e considerando que a população microrregional possui mais de 500 mil habitantes, percebeu-se que os procedimentos regulados ainda são incipientes, haja vista que a soma destes é de 11.342, sendo o número de procedimentos cancelados e reprimidos 5.015, aproximado dos agendados, que é de 6.345. Em alguns municípios, essa situação é bem nítida, mostrando a fragilidade da regulação local.

Diante dessa realidade, deve-se refletir sobre a real existência do acesso assistencial, o qual deve conduzir à integralidade da assistência. Entretanto, é necessário ressaltar que o procedimento agendado não é garantia de atendimento.

Durante as visitas realizadas, observou-se que os pacientes, após receberem a ficha de referência da equipe, dirigiam-se à CMC para entregar a ficha de referência. É questionável a facilidade do acesso para a atenção secundária, haja vista que o paciente agenda a consulta na unidade básica e, ao ser referenciado, vai para uma fila na CMC, depois para uma fila virtual, passando dias, meses e até um ano para ser atendido; e pode haver o agendamento ou o cancelamento, que ocorre quando a ficha está incompleta, há erro na digitação e outros problemas, como foi verificado neste estudo e demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição do percentual de usuários cancelados, por período, na fila de espera.

Municípios	Período para cancelamento					
	Dias	1 mês	2 meses	3 meses	4 meses	1 ano
M1	39%	54%	4%	3%	-	-
M2	29%	64%	2,5%	2,7%	1,7%	0,1%
M3	30%	70%	-	-	-	-
M4	32%	65%	0,1%	2%	-	-
M5	46%	50%	-	4%	-	-
M6	35%	59%	1%	5%	-	-
M7	11%	85%	-	4%	-	-
M8	31%	69%	-	-	-	-
M9	35%	64%	-	1%	-	-
M10	49%	49%	-	2%	-	-

Fonte: Central de Regulação 2ª Célula Regional de Saúde-2006.

Neste estudo, evidenciou-se a quantidade de dias que os pacientes aguardam na fila de acesso até que seja cancelado, fato que dificulta o acesso do cidadão a consultas e exames

especializados. Verificou-se, no Quadro 3, que é significativo, em todos os municípios, o número de pacientes que esperam até um mês na fila de acesso para ser cancelada sua demanda

sendo ainda preocupante o fato de alguns pacientes ficarem até quatro meses nesta fila.

O agendamento da consulta deve ser ofertado com a garantia do acesso, sendo importante a avaliação rigorosa das Secretarias de Saúde sobre o sistema de referência, inclusive com exigência da contrarreferência dos serviços de saúde a fim de que seja identificado se realmente ocorreu o acesso do paciente ao serviço ofertado.

3.2 Processo de trabalho do enfermeiro no âmbito das Centrais de Marcação de Consultas Municipais

O padrão “Liderança Organizacional” investiga o grau de desenvolvimento da regulação do acesso no âmbito das Centrais de Marcação de Consulta quanto ao aspecto organização, sendo encontrada a seguinte situação no que diz respeito à coordenação dos enfermeiros, disposta no Quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição dos dados de avaliação segundo o Padrão de Conformidade / Liderança Organizacional. 2ª Microrregião de Saúde. Caucaia-CE, 2007.

Padrão/Critérios	Municípios											
Liderança Organizacional	* Escore	** CMR	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado	03	-	03	03	03	03	-	03	-	-	03	-
Avalia a produção e gastos planejados.	03	03	03	-	-	03	-	-	-	-	-	-
Responsabilidades e competências da equipe estão definidas e descritas.	02	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Responsável para resolver situações adversas acessíveis durante todo o período de funcionamento.	01	01	01	01	01	01	-	01	-	-	-	-
Dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.	01	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-
Planeja estrategicamente de forma participativa.	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	11	04	10	04	04	08	0	04	0	0	03	0

*Escore (1 - Dispensável; 2-Importante; 3-Fundamental)

**CRM – Central de Regulação 2ª Microrregional de Saúde

No que diz respeito ao processo de trabalho do enfermeiro no âmbito das centrais de marcação de consultas municipais, verificou-se que os resultados são significativos e denunciam a fragilidade das CMC.

Com relação ao critério “Estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado”, o Quadro 4 demonstra que apenas seis centrais apresentaram o profissional enfermeiro como o técnico habilitado para a coordenação dos serviços. Nos demais municípios, este setor ficava sob a responsabilidade do videofonista, profissional que não possui perfil técnico para definir prioridades de saúde e necessidades de atendimento da população.

Das seis CMC que possuíam coordenação, cinco eram assumidas por enfermeiras. A 2ª Coordenadoria de Saúde, apesar de não apresentar coordenação, dispõe de uma enfermeira no período de 20 horas. O profissional enfermeiro tem ocupado vários espaços na área de gestão do SUS, no entanto, enfrentando algumas dificuldades que devem ser identificadas e enfrentadas para que possa assumir a sua gestão do cuidado no SUS.

Uma parcela significativa de enfermeiras que ocupam cargo de gestão desconhece os documentos técnicos que organizam o processo de trabalho do serviço que dirige e, até mesmo, o perfil em saúde do município que atua; quando possui tais informações, as utiliza de forma fragilizada e não para o desempenho do cargo.⁶

Esta falta de informações retrata o conhecimento incipiente dos enfermeiros gestores sobre a importância de se incorporar o conhecimento político e a politicidade do cuidado em seu contexto de atuação. Estes proporcionam um direcionamento da prática profissional, pois articulam atitudes, direitos, relações, com ênfase na ética e no humanismo para auxiliar as pessoas que atuam na enfermagem e aqueles que necessitam de cuidados a alcançarem autonomia e emancipação.⁷

Na coordenação da CMC, o enfermeiro deve ter responsabilidade global sobre o serviço, além de observar as diretrizes e rotinas estabelecidas nas esferas federal, estadual e municipal. Instituir as escalas de trabalho e conduzir as relações de pactuação são atribuições da coordenação, sendo

o coordenador “o principal interlocutor entre a gestão, o complexo e a rede de serviços”.^{1:10}

É primordial que o coordenador utilize, para o planejamento e a organização da CMC, o mapeamento da rede de serviços básicos, de consultas e outros procedimentos e serviços de internação da área de abrangência de cada CMC, com o detalhamento da localização, do tipo de serviço, da quantidade de profissionais e suas respectivas cargas horárias, bem como dos equipamentos existentes. Nesse processo, é fundamental que a coordenação disponibilize mapas de referência e contrarreferência e verifique se estes são seguidos, conforme estabelecido, identificando ainda a situação contratual quanto aos procedimentos disponíveis.⁸

Outra ação importante da coordenação de uma CMC é a assessoria ao gestor para celebração de contratos com os prestadores de serviços privados e filantrópicos, sendo um dos pontos fundamentais para a implantação da central de regulação. Em seu art. 199, parágrafo 1º, a Constituição Federal define que: “[...] as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.^{9:70}

Entretanto, o coordenador qualificado deverá observar que a participação do setor privado só poderá ocorrer depois de esgotada a capacidade de toda a rede pública de saúde, federal, estadual e municipal, tendo como segunda opção a filantropia, sendo previsto no artigo 18º, inciso X, da Lei 8.080/90, a competência do Município para celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde bem como controlar e avaliar sua execução.¹

Como se pode observar no Quadro 4, um critério fundamental avaliado foi relativo à avaliação da produção e dos gastos planejados, que obteve pontuação muito baixa, pois apenas duas CMC referiram realizar esta atividade. Uma disponibilizou relatório de análise dos procedimentos planejados *versus* executados do ano anterior ao da pesquisa; no entanto, observou-se que não apresentava um processo sistemático de avaliação, haja vista que não havia demonstração de planilhas de metas e resultados. Em outro município, foram recebidos mapas de acompanhamento do sistema consolidado do ano de 2006 que, segundo informações, são elaborados ao final do ano para atender à solicitação do relatório de gestão. A avaliação periódica e sistemática de produção e gastos foi observada apenas na CMR, tendo a finalidade de avaliar e divulgar a regulação microrregional para os secretários de saúde desta microrregião.

Em um dos municípios pesquisados, a coordenadora informou que estava avaliando a produção e os gastos planejados, mas o material encontrava-se em sua residência. Nos demais municípios, todos os pesquisados afirmaram considerar importante esse procedimento, mas informaram que não o realizavam por falta de tempo, de planejamento, ou ainda

por falta de recursos humanos suficientes. Nos discursos abaixo sobressaem relatos de enfermeiras que reforçam tais afirmativas:

Agora mesmo estamos fazendo esta análise (...). A Secretaria pediu pra gente saber quantas consultas estão saindo ao mês. Consultas do tipo dermatologia, quantas saíram ao mês. Aí a gente vai ter uma reunião agora dia 12 com o PSF sobre os indicadores. Por isso ela pediu. (R06).

Estamos tendo dificuldade com relação à PPI hospitalar. Temos como ver a questão ambulatorial. Agora, por exemplo, eu não consegui puxar o relatório do estado do mês de setembro, outubro, novembro e dezembro do ano passado porque todas as vezes que eu vou lá, eles dizem que o município de Fortaleza não entregou, então não temos como avaliar (R04).

Quando solicitados os comprovantes com relação às análises de produção e gastos realizados, obteve-se a seguinte resposta em um dos municípios pesquisados:

Levei ontem pra casa, para poder fazer, aqui não tenho tempo, porque a secretária quer também os retroativos a 2004, 2005, 2006 e 2007, só que por aqui não conseguimos tirar aqueles relatórios. Só consigo tirar a partir de setembro de 2005 até março de 2007; 2004 a gente não consegue tirar, aí eu tive lá em Caucaia, muito bom, mas a micro disse que não podia dar esses relatórios a não ser que eu levasse uma pessoa daqui pra eles ensinarem como puxam esses relatórios (R06).

Quanto ao terceiro critério apresentado no Quadro 4, denominado “Responsabilidades e competências da equipe, se estão definidas e descritas”, verificou-se que apenas um município apresentou essas responsabilidades por escrito; no entanto, não estava de fácil acesso, sendo entregue à pesquisadora apenas no dia seguinte. Os depoimentos dos demais se encontram descritos abaixo:

Temos as rotinas escritas, mas não está aqui, o coordenador levou e não entregou (R1).

A equipe é só eu e o videofonista, e as atividades são definidas, mas nunca escrevemos. (R10)

Não, aqui é assim: a gente faz. Não tem nada escrito. Cada uma sabe o que tem de fazer, mas não tem nada escrito. (R6)

[...] acabou inclusive de fazer a portaria nomeando os novos membros, tem portaria toda definida. Existe um fluxo. Não temos atividades escritas, o que temos é o fluxograma, na sala de situação; fica fixado lá, rotina competência não, a gente está fazendo agora (R4).

Como último critério desse padrão, analisou-se a seguinte questão: “Planeja estrategicamente de forma participativa”. O estudo revelou que apenas um município realiza esta atividade, e, mesmo assim, não foi comprovada a realização de reuniões por meio de atas, oficinas ou grupos de trabalho. Os coordenadores relataram:

Não fazemos reunião, decidimos tudo entre nós, sabemos o que cada uma faz. “É basicamente só nós duas” (R4).

Não, a gente ainda não sentou pra fazer uma reunião específica, mas estamos sempre se juntando, discutindo problemas. (R6).

Fazemos reunião, conversamos muito, mas não temos ata de reunião. O setor é muito novo, ainda estamos organizando. O principal hoje é resolver o problema quanto à atualização do SCNES (R2).

O estudo retrata as dificuldades que a coordenação da regulação e sua equipe têm em manusear o sistema de informação da CRESUS denominado UNISUS, dificultando a avaliação, o controle, o planejamento e a regulação no sistema local de saúde daquele município. Neste caso específico, a equipe buscou apoio da 2ª Central Microrregional - CMR, entretanto encontrou dificuldade, tendo em vista a falta de recursos humanos para assessorar nesta atividade.

Observou-se que o sistema UNISUS viabiliza para o nível municipal poucos relatórios, os quais muitas vezes não são consolidados, fazendo com que a coordenação da CMC tenha que consolidá-los de forma manual, dificultando o processo de avaliação do sistema. Outra fragilidade desse programa, observada nesta pesquisa, foi a indisponibilidade de dados referentes à variável faixa etária do paciente, inviabilizando uma avaliação criteriosa voltada para determinadas prioridades que devem ser consideradas, como as referências de idosos.

Um dos objetivos do sistema de saúde é a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, afirmando que os riscos de adoecer e morrer não são iguais na população, devendo-se proteger os grupos em situação de exclusão, por meio de financiamento justo.¹⁰ Considera-se a população idosa e a infantil como integrantes desses grupos; portanto, é fundamental que o sistema UNISUS possa disponibilizar informações por faixa etária, no módulo agendamento, a fim de que as CMC municipais possam planejar

melhor a assistência à saúde do idoso e da criança na atenção secundária.

Existe dificuldade em analisar o acesso da população idosa à assistência à saúde por meio da CMC, pois a coleta de dados é feita de forma manual através da Ficha de Referência, porque o sistema de informação UNISUS não disponibiliza esses dados no módulo agendamento, utilizado pelo município.¹¹

A descrição das responsabilidades e competências dos profissionais que atuam na CMC é fundamental, sendo considerado um importante desafio a sua condução, haja vista que os municípios se encontram ainda incipientes nesta área, dificultando o exercício eficiente e efetivo do papel da CMC.

Quanto ao critério “Existe pessoa responsável para resolver situações adversas acessíveis durante todo o período de funcionamento”, foi identificado apenas um profissional responsável em todas as CMC que apresentaram coordenação.

O critério “Dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional” refere-se à conduta moral, isto é, aos padrões de comportamento relativos ao usuário e aos colegas de trabalho. É fundamental que a equipe da CMC tenha boa capacidade de discernimento ético e moral e saiba como agir para chegar ao equilíbrio, devendo respeitar o sigilo das informações que o setor tenha por norma resguardar.

Os pesquisados relatam a existência do critério supracitado, mas as observações apontaram que esses mecanismos se limitam à guarda das fichas de referências. Um estudo sobre a prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde relata a existência de iniquidades praticadas por profissionais de saúde na concessão de privilégios quanto ao acesso a serviços, diagnósticos, internações ou tempo de espera para atendimento a indivíduos “melhor posicionados socialmente” ou que têm relações de parentesco e amizade.¹²

No que diz respeito ao critério: “Planeja estrategicamente de forma participativa”, identificou-se que apenas um município realiza esta atividade, dado considerado uma falha no processo de avaliação.

O planejamento tem por objetivo definir os processos de mudanças, apontando bons resultados na melhoria de saúde da população, na estrutura ou organização das CMC e nos processos de trabalho quanto aos serviços e recursos humanos. “[...] O ato de planejar não deve ser exclusivo de quem governa, deve ser compartilhado com outros atores pertinentes dentro do município”^{8,9}.

A referência ao planejamento estratégico, nesta pesquisa, deveu-se ao fato de se compreender que a CMC está inserida em um Sistema Local de Saúde – SILOS, onde quem planeja é um ator social que é parte deste sistema, e com o qual se inter-relaciona mediante determinantes e condicionantes. O enfoque estratégico pressupõe a existência de sistemas sociais históricos, complexos, não bem definidos e incertos, características do SILOS.¹³

No planejamento, deve-se levar em consideração, ainda, o sistema de referência e contrarreferência, que, para funcionar

CONCLUSÃO

Conclui-se que as CMC dos municípios da 2ª microrregião estão com indicadores de oferta e demanda estrangulados, os gestores municipais não programam o suficiente para atender a demanda da população, e nem sempre o que tem programado alcança o objetivo de garantia do acesso à assistência em saúde, pois o sistema não se encontra organizado o suficiente para minimizar os problemas que são gerados na rede assistencial, como a pressão da demanda, a utilização dos escassos recursos e o aumento dos gastos em saúde.

O processo regulatório avaliado demonstrou deficiências no âmbito de sua organização, não permitindo resolubilidade de sua demanda nem favorecendo a resolução dos casos de forma eficiente, haja vista o desconhecimento da rede assistencial e a dificuldade dos funcionários do setor em identificar áreas críticas e necessidades de maneira ampliada.

De acordo com o roteiro de padrões de conformidade padrão "liderança organizacional", a avaliação indicou que apenas seis Centrais de Marcação de Consultas - CMC estão sob direção técnica de profissional habilitado. Constatou-se que o profissional enfermeiro é o que mais assume o papel de coordenação da regulação nesta microrregião.

O estudo verificou discrepâncias entre a situação real e a desejada quanto ao processo de regulação realizado pelos enfermeiros coordenadores, sendo detectadas as seguintes situações: as coordenações não planejam as ações e desconhecem os parâmetros de necessidades para estabelecimento de prioridades; inexistência de avaliação dos procedimentos programados e produzidos; desconhecimento da capacidade de oferta de serviços da rede assistencial; há distorções na programação de oferta de serviços.

As ações das Centrais de Marcação de Consultas são realizadas, em sua maioria, pelos operadores ou videofonistas, e, naquelas em que se encontrou uma coordenação estabelecida, esta acumulava diversas ações, tais como auditoria, controle, avaliação, coordenação do PSF, coordenação de epidemiologia dentre outras.

Identificou-se falha na avaliação de produção e gastos planejados, pois apenas duas CMC referiram realizar esta atividade, não apresentando um processo sistemático de avaliação, sendo importante que haja um melhor controle sobre os gastos em saúde, utilização dos recursos e qualidade da prestação destes serviços.

Conclui-se que, para ocorrer integração dos cuidados de forma real e garantir o direito da população ao acesso à saúde de forma eficiente e eficaz, faz-se necessária a melhoria na qualidade da coordenação dos serviços de regulação, sendo o profissional enfermeiro uma boa opção para ocupar este cargo. No entanto, consideram-se fundamentais a capacitação e o desenvolvimento da capacidade gerencial destes profissionais.⁶

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação. Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para implantação de complexos reguladores. Brasília (DF); 2006. 27 p.
2. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em saúde. Brasília (DF); 2007.
3. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Sistema microrregional de Serviços de Saúde: uma estratégia de reorganização do SUS-Ceará. Fortaleza, CE; 2002.
4. Costa RKS, Miranda FAN. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERN. Esc Anna Nery. 2010 jan/mar; 14(1): 39-47.
5. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizador. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
6. Melo CMM, Santos TA. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Texto & Contexto Enferm. 2007; 16(3): 426-32.
7. Persegona KR, Rocha DLB, Lenardt MH, Zagonel IPS. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. Esc Anna Nery. 2009 jul/set; 13(3): 645-50.
8. Schrader LB. Desafios atuais da integralidade em saúde. Jornal da Rede Feminista de Saúde. 1999 maio; 17.
9. Constituição da República Federativa do Brasil. 32ª ed. São Paulo: Saraiva; 2003.
10. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2000.
11. Albuquerque EM. Análise da assistência em saúde do idoso na central de regulação do Município de Bela Cruz [monografia de especialização]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2007.
12. Almeida ES, Vieira LAC, JGC. et al. Planejamento e programação em saúde. In: Westphal MFM, Almeida ES, organizadores. Gestão de serviços de saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
13. Fekete MC. Planejamento e programação local em saúde: bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro; 2001.
14. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ ABRASCO; 2001.