



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Sales da Silva, Maria Verônica; da Silva, Maria Josefina; Sales da Silva, Lucilane Maria;
Marcelino do Nascimento, Adail Afrânio; Castro Damasceno, Ana Kelve
Avaliação do Acesso em Saúde na 2a Microrregião de Saúde, CE
Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 1, mayo, 2012, pp. 107-116
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263672009>

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



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

Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE'

Evaluation of the Access to Health in the 2nd Microregion of Health-CE

Maria Verônica Sales da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Sistemas Locais em Saúde. Professora do Instituto de Educação e Tecnologias. Membro do Grupo de Pesquisa/CNPq-Laboratório de Pesquisa e Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem – LAPRACSE. Endereço: Av. Sargento Herminio, 1.405, ap. 102 B, Ed. Orquídea B, Monte Castelo, CEP 60350-550, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: versalles57@hotmail.com.

Maria Josefina da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Machado de Assis, 582, Damas, CEP 60000-000, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: mjosefina@terra.com.br

Lucilane Maria Sales da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa/CNPq-Laboratório de Pesquisa e Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem –LAPRACSE. Endereço: Rua Gustavo Braga, 257, Rodolfo Teófilo, CEP 60430-120, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: lucilanemaria@yahoo.com.br

Adail Afrânio Marcelino do Nascimento

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Saúde Coletiva. Professor da Faculdade Grande Fortaleza. Endereço: Rua 5 casa 5, Padre Romualdo Caucaia, CEP 61600-000, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: afranio@saude.ce.gov.br

Ana Kelve Castro Damasceno

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Endereço: Av. Sargento Herminio, 1.405, ap. 102 B, Ed. Orquídea B, Monte Castelo, CEP 60350-550, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: anakelve@hotmail.com

1 Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3ª edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido menção honrosa como "Trabalhos Acadêmicos".

Resumo

O objetivo desta pesquisa é avaliar os indicadores da Central de Regulação da 2ª Microrregional de Saúde. Metodologia: estudo documental, descritivo e de avaliação, realizado na 2ª Microrregional de Saúde-CE, desenvolvido nas Centrais de Marcação de Consultas (CMC) dos municípios, que envolvem 16 profissionais ligados à regulação microrregional e regional. A coleta dos dados realizou-se no período de fevereiro a agosto de 2007, em fonte documental. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará-UFC. Resultados: a aplicação do parâmetro de cobertura permitiu identificar que os municípios apresentaram baixa cobertura de consultas especializadas para a população microrregional. Apenas dois municípios possuem mais de 90% de cobertura; nos demais, esse parâmetro está aquém do estimado, tendo dois municípios apresentado 28% de cobertura e apenas um, 13%, representando o menor percentual. A supervisão da Programação pactuada e Integrada-PPI nos municípios ainda é uma atividade incipiente no âmbito das ações de controle. Percebeu-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. A **regulação estruturada nesta microrregião não cumpre o papel de otimizar a utilização dos serviços de referência nos espaços supramunicipais segundo os critérios das necessidades de saúde da população.**

Palavras-chave: Avaliação; Regulação; Indicadores.

Abstract

The target of this research is to evaluate the indicators of the Regulation Center of the 2nd Microregional of Heath. Methodology: documental, descriptive and evaluative study, held in the 2nd Microregional of Health -CE, developed in the appointment setting centers of the districts. The object of study involved 16 professionals linked to the microregional regulation. The gathering of data was made between February and August 2007, in a documental source. In relation to ethic matters, we have submitted this project to the Ethics Committee of UFC. Results: The application of the parameter of covering allowed us to identify that the districts showed a low tax of appointments specialized to the microregional population. Only 2 districts have more than 90% covering, in the other ones, this parameter is below the estimated, showing two districts with 28% of covering and only one with 13% of covering which represented the lowest percentage. The supervision of PPI in the districts is still an incipient activity in terms of controlling actions. We have noticed that the CMC of the districts of the 2nd microregional have their outnumbered indicators of offering and demands and the municipal managers do not program enough to meet the population needs. The structured regulation in this microregion does not improve the utilization of reference services in the supra-municipal spaces, according to the necessity criteria of population health.

Keywords: Evaluation; Regulation; Indicators.

Introdução

A função de regulação é entendida como estratégia em estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS. A regulação é um dos instrumentos de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde (Mendonça, 2006). Assim, os marcos conceituais da regulação em saúde delimitam claramente a regulação de acesso dos usuários aos serviços assistenciais, trazendo, também, a noção de complexos reguladores.

O Ministério da Saúde, buscando superar deficiências conceituais, práticas e de finalidades, propõe uma reformulação dos conceitos de regulação, classificando-a segundo sua ação sobre sistemas de saúde: regulação sobre sistemas; da atenção à saúde que atua sobre a produção direta das ações e serviços de saúde, portanto, sobre prestadores de serviços; e do acesso dos usuários a esses serviços. Dessa forma, a regulação sobre sistema de saúde contém as ações de regulação da atenção à saúde e esta, por sua vez, as ações de regulação do acesso à assistência (Brasil, 2007).

Esses conceitos buscam articular e integrar as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria da produção de bens e serviços em saúde, visualizando-as, de fato, como ações mediatas, oportunas e facilitadoras das ações fins da atenção à saúde, no sentido de efetivação da universalidade e equidade do acesso, da resolubilidade e da integralidade do cuidado, ou seja, como ações que, de certa forma, ajudem a criar as condições para uma atenção à saúde pautada pelas demandas, necessidades e direitos de usuários cidadãos.

Alguns autores chamam a atenção para a diferença entre regulação assistencial e do acesso, afirmando que “a regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador”, portanto a primeira é composta por um conjunto de atividades que inclui a segunda. Ressaltam, ainda, que ao definir regulação do acesso, a programação assistencial passa a basear-se nas necessidades de saúde da população e não na disponibilidade de oferta (Mendonça, 2006; Conass, 2007; Fortier, 2006).

Refletindo-se na perspectiva do fortalecimento da capacidade gestora de Estados e municípios, na organização das redes de serviços de saúde e no planejamento das ações, verifica-se que a regulação em saúde, na maioria das vezes, não ocorre de forma eficaz ou contextualizada, levando ao não cumprimento das referências pactuadas e, conseqüentemente, aos obstáculos como as barreiras físicas e burocráticas do acesso da população às ações e serviços.

A pesquisa que embasa este artigo teve como objetivo avaliar os indicadores da Central de Regulação da 2ª Microrregional de Saúde no atendimento à demanda ao cidadão do SUS. Para tanto, inicialmente faz-se a apresentação sucinta do processo de regionalização e das centrais de regulação no Estado do Ceará. Posteriormente são apresentados e analisados os dados encontrados, sendo esse item antecedido da apresentação da metodologia de coleta e análise desses dados. Por fim, são tecidas considerações sobre a realidade analisada.

Implantação da Regionalização e da Central de Regulação no Estado do Ceará

O Estado do Ceará iniciou o processo de regionalização através da estruturação do Sistema de Referência e Contrarreferência, em 1997, a princípio identificando quatorze trechos no Estado, por onde convergiriam os municípios aos polos terciários: Fortaleza, Sobral e Cariri (Secretaria da Saúde..., 2007b).

Nesse processo de mudanças estruturais, surgiu, em 1998, a proposta de nova modelagem de gestão estadual, com o intuito de reestruturar o setor saúde no Estado, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Havia na época 14 Departamentos Regionais de Saúde que foram substituídos por 21 Microrregionais de Saúde, definidas para responderem pela organização dos serviços de saúde no âmbito das microrregiões, sendo oficializadas no início de 2000 (Norões, 2001).

As diretrizes norteadoras da organização das Microrregiões são de fundamental importância no processo de regulação do acesso à saúde e dizem respeito:

[...] à organização da Atenção à Saúde, dos Sistemas de Saúde Pública e dos Sistemas de Apoio baseada na economia de escala e na melhoria da qualidade dos serviços; pactuação entre gestores aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, a qual é definida como espaço de negociação e pactuação entre os municípios e destes com o Estado; integração entre os 3 níveis de atenção formando um sistema integrado, utilizando-se de mecanismos articuladores, dentre estes o sistema de referência e contrarreferência, com definição de responsabilidades em cada nível [...] (Secretaria da Saúde..., 2007b).

A missão das Microrregionais de Saúde é assegurar a gestão de Políticas de Saúde do Estado, na promoção da assistência à saúde individual e coletiva através da articulação entre as diversas instâncias no sistema, visando à melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (Secretaria da Saúde..., 1998).

Em cada Microrregião foi implantada uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), representando o governo estadual, classificada como uma instância integradora entre o nível central e os municípios, com articulação ampliada de mobilização do conjunto de instituições e entidades (Secretaria da Saúde..., 2000). Cada CRES acompanha e controla as atividades de um conjunto de municípios, bem como interage com as demais microrregiões de sua Macrorregião. A Secretaria Estadual da Saúde do Ceará gerencia as ações de cada Macrorregião e das diversas Microrregiões (Secretaria da Saúde, 2007b).

Em 2005, ocorreram no Estado discussões para revisão do Plano Diretor de Regionalização - PDR, que tiveram por base os critérios de contiguidade intermunicipal, a infraestrutura de transporte, o deslocamento da população aos serviços de saúde e a disposição política para pactuação (Secretaria da Saúde, 2007b). A nova leitura do PDR seguiu as diretrizes do Pacto pela Saúde, definido na Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e as diretrizes políticas do Conselho Estadual de Saúde - CESAU.

A revisão do PDR-2006 mostrou que o Estado do Ceará, em 2005, possuía população estimada pelo IBGE de 8.097.276 habitantes. O novo modelo de reorganização de saúde manteve a divisão geográ-

fica do Estado em três Macrorregiões, no entanto, acrescentou uma Microrregião de Saúde, passando a ser vinte e duas, pois a primeira microrregião foi dividida em duas, 1ª e 22ª.

No Estado do Ceará foi implantada uma central de regulação nas 21 Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo informatizada, organizada conforme o fluxo dos pacientes na região. A regionalização adotada foi pactuada com os gestores municipais e estaduais.

Partindo da premissa do SUS de fortalecer a atenção básica de saúde, por meio do acompanhamento do paciente em todas as etapas de atendimento e possibilitando o cumprimento do princípio de integralidade, o Gestor deve contar com ferramentas e apoio técnico para promover um único e coordenado sistema gerador de ações em saúde para a população.

Nesse sentido, a Central de Regulação proporciona ao Gestor a possibilidade de avaliar, a qualquer momento, todos os procedimentos realizados no paciente pesquisado, chegando ao seu histórico clínico, com possibilidade de acompanhar todos os resultados de avaliações e exames efetuados.

A Central de Regulação do SUS do Estado do Ceará (CRESUS) tem como missão responder e regular as demandas de forma qualificada, encaminhando-as para um atendimento ideal. Acompanha toda a execução dos procedimentos ambulatoriais e de alta complexidade, gerando uma série de estatísticas importantes para a programação de soluções para o atendimento e oferta de saúde do Estado (Secretaria da Saúde..., 2007a).

O processo de implantação da CRESUS - CE teve início com o projeto piloto em Baturité, município localizado a 93 km de Fortaleza. A implantação, customização, desenvolvimento de módulos adicionais, treinamento e operacionalização foram concluídos em 2004.

A implantação da regulação estadual ocorreu através de parceria da Secretaria de Estado da Saúde com as Secretarias Municipais. A partir de entendimentos pactuados entre os gestores municipais e estaduais, bem como entre os gerentes das unidades de saúde, respeitados os princípios de regionalização e hierarquização, a Rede de Centrais de Regulação contribui para promover o atendimento às deman-

das de assistência à saúde em todos os níveis de atenção, orientados por Protocolos de Regulação pactuados (Fortier, 2006).

A Central de Regulação Estadual do SUS no Ceará (CRESUS-CE) recebe e direciona toda a demanda de referências intermunicipais de consultas especializadas e exames, internações hospitalares eletivas e de urgência e emergência. Isso se deve à integração, via rede informatizada, de todos os municípios cearenses, associada ao conhecimento da capacidade de oferta de consultas e exames especializados públicos, contratados e conveniados, que integram a rede SUS (Ceará, 2005).

Metodologia

Optou-se por um tipo de estudo documental, descritivo e de avaliação. O estudo documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. Quanto ao estudo descritivo, tem por objetivo obter informações do que existe sobre o tema a fim de descrever e interpretar a realidade, restringindo-se a definir os fatos encontrados, buscando maiores informações sobre o assunto (Denzin e Lincoln, 2006). Segundo Minayo (2005), gestores e técnicos que vislumbram o papel da avaliação como parte de seu planejamento e de sua práxis cotidiana criam espaços permanentes de reflexão sobre a sua prática.

A pesquisa foi realizada na 2ª Microrregional de Saúde, que possui, em sua área de abrangência, 10 municípios com uma população de 528.315.000 habitantes. São eles: Itapajé, 46.598 hab.; Paracuru, 32.418 hab.; Paraipaba, 29.653 hab.; Pentecoste, 32.856 hab.; Apuiarés, 14.777 hab.; General Sampaio, 4.349 hab.; São Luiz do Curu, 12.153 hab.; Tejuçuoca, 14.593 hab.; Caucaia, 313.585 hab. e São Gonçalo do Amarante, 40.282 hab.. Nesse território encontram-se também a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado e a sede da 2ª microrregião de saúde localizada no município de Caucaia.

O estudo foi desenvolvido, especificamente, nas Centrais de Marcação de Consultas dos municípios, localizadas nas secretarias municipais de saúde e na Central de Regulação da Coordenadoria Regional de Saúde - CRES, onde atuam 16 profissionais

ligados à regulação microrregional, dos quais seis coordenadores das centrais de marcação de consultas dos municípios, sete técnicos com função de videofonistas e três funcionários da Central de Regulação da CRES.

Inicialmente, realizou-se visita à 2ª Coordenação Regional de Saúde - CRES para solicitar permissão quanto à realização do estudo. Na ocasião, foram identificados os municípios que integraram a pesquisa, sendo estendida a solicitação de permissão para os municípios.

A coleta dos dados realizou-se no período de fevereiro a agosto de 2007. A fonte de informações que orientou a constituição do *corpus* descritivo deste estudo foram os dados obtidos de fontes documentais. Os documentos utilizados na pesquisa foram os relatórios da Central de Regulação Microrregional dos dez municípios. Inicialmente, analisaram-se as solicitações de procedimentos ambulatoriais em suas diversas situações de atendimento (cancelados, agendados e reprimidos), com um total de 282 laudas, constando de 11.360 registros de pacientes. Posteriormente, verificou-se a solicitação da fila de espera de cancelados, a qual continha 235 laudas, totalizando 2.774 registros dos pacientes. A análise desses relatórios subsidiou a avaliação do serviço de regulação do acesso. O estudo constou, ainda, de análise da Programação Pactuada e Integrada dos municípios e do relatório de gestão da microrregião de saúde do ano de 2006.

Os documentos foram importantes fontes de informação sobre as atividades realizadas e originaram ideias para novas questões, que poderão ser retomadas por meio de outros estudos. Os documentos consultados possibilitaram, ainda, a obtenção de informações que não estariam de todo acessíveis por outro instrumento de coleta de dados, tais como cobertura de consultas especializadas, solicitação de procedimentos na Central de Marcação de Consultas, identificação de agendamentos, cancelamento e demanda reprimida, bem como sobre os motivos de cancelamento e tempo de espera na fila para tal.

O material coletado foi cuidadosamente analisado. Para este estudo, a ordenação dos dados compreendeu inicialmente a avaliação dos relatórios fornecidos pela Central de Regulação da 2ª Microrregional, com consequente redução dos dados coletados e codificação para um melhor manuseio

deles. Foram solicitados, à central de Regulação Microrregional, relatórios consolidados pelo sistema, entretanto, por dificuldades operacionais da central, não se obteve um consolidado, o qual teve que ser elaborado pela própria pesquisadora.

As informações foram consolidadas, gerando planilhas e quadros, sendo codificados por números ordinais todos os procedimentos solicitados na CMC, tais como consultas especializadas e exames, a fim de possibilitar a descrição, em uma só planilha e de forma consolidada, dos procedimentos agendados, cancelados e reprimidos por município, sendo considerados significativos os procedimentos que apresentaram até cinco acontecimentos dentre a listagem geral de agendados, cancelados e reprimidos. Da mesma forma, procedeu-se com os relatórios de cancelados e registraram-se todos os motivos de cancelamentos por município.

É importante definir o que significa para o sistema de regulação utilizado, ou seja, para a CRESUS, um procedimento agendado, cancelado e reprimido. O primeiro é a solicitação agendada através de um horário de atendimento ou pela fila de acesso; cancelados, significa que a solicitação foi cancelada por motivos diversos; e reprimida é a solicitação inserida no sistema que não foi agendada ou enviada para a fila, não prevendo atendimento para este paciente, o qual poderá posteriormente ser inserido na fila de espera, na qual permanece a solicitação de procedimentos que não dispõem de horário de atendimento para o município.

Os relatórios de pacientes cancelados possibilitaram calcular, registrar e consolidar o tempo que a solicitação passa na fila de espera até ser cancelada por município. Para fazer esta planilha, considerou-se a codificação em dias, mês e ano, sendo definida em “dias” a solicitação que foi cancelada em até trinta dias (intervalo menor do que o mês).

Quanto a questões éticas, cumprimos as exigências regulamentares de submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Portaria nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável de acordo com protocolo COMEPE nº 25/07. As instituições envolvidas foram consultadas quanto a sua inserção na investigação, sendo enviado ofício à Orientadora Microrregional

de Saúde, de forma extensiva aos municípios e às Coordenações da Central de Marcação de Consulta, solicitando autorização para realizar o estudo, o que foi obtido. Ficou esclarecido que o estudo não apresentava caráter de auditoria, tendo o compromisso de seguir o rigor que uma investigação científica requer.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Avaliar indicadores que compõem a regulação do acesso de uma microrregião de saúde conduz à reflexão sobre o acesso aos serviços de saúde, o qual pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos. Essa avaliação parte do princípio de que a regionalização e a hierarquização das ações especializadas, no nível secundário de densidade tecnológica da atenção à saúde, são fundamentais para se atingir a integralidade da assistência, sendo um recurso que indica a capacidade dos municípios de ofertar serviços de referência e contrarreferência.

Para a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da atenção à saúde, faz-se necessário um planejamento com base no estudo de necessidades em saúde da população, podendo gerar indicadores de cobertura assistencial. Este indicador pode ser avaliado através da utilização de parâmetros técnicos de necessidade e produtividade de serviços de saúde, o qual é definido pelo Ministério da Saúde

através da Portaria GM nº 1.101/2002, estabelecendo os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Tem por objetivo analisar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população; auxiliar na elaboração do planejamento de saúde e no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde (Brasil, 2007a).

A portaria supracitada contempla um conjunto de parâmetros que são referência para indicadores de cobertura e de produtividade regularmente utilizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses indicadores estimam a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços e as necessidades de atendimento a uma determinada população em um certo período. Esse documento auxilia os gestores na organização da rede assistencial, tendo por base os parâmetros de necessidades e a disponibilidade dos serviços de saúde, devendo o município ajustar sua produção potencial à disponibilidade orçamentária e financeira.

Com o intuito de avaliar os indicadores de cobertura da 2ª microrregião de saúde, utilizaram-se, neste estudo, os parâmetros de cobertura da Portaria 1.101, 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:

A aplicação do parâmetro de cobertura demonstrado no Quadro 01 permitiu identificar que os mu-

Quadro 1 - Relação entre Parâmetro de cobertura de consultas médicas especializadas e % parâmetros de programação

Município	População Residente	Produção Estimada Parâmetro mínimo ano	Programação ano Por município	% Parâmetro de Cobertura
M 1	313.585	137.977	38.688	28
M2	46.598	20.503	18.468	90
M3	40.282	17.724	5.100	28.7
M4	32.418	14.264	12.960	90.8
M5	32.856	14.557	7.656	52.9
M6	29.653	13.047	7.656	16.7
M7	12.153	5.347	720	13
M8	14.785	6.505	1.428	21.9
M9	14.777	6.502	2.244	34.5
M10	4.349	1.914	4.740	247.7

Fonte: Cálculo com base na necessidade mínima ano de procedimentos por município com base na Portaria 1.101/2002 e PPI municipal - 2006 - Central de Regulação Microrregional.

nicípios apresentaram baixa cobertura de consultas especializadas para a população microrregional. Percebeu-se que entre os municípios, apenas dois possuem mais de 90% de cobertura. Nos demais, esse parâmetro está aquém do estimado, tendo dois municípios apresentado 28% de cobertura e apenas um, 13%, representando o menor percentual. As baixas coberturas e também as que excedem o parâmetro máximo, como a do município dez, com 247.7% do previsto, algumas vezes, são reflexos da falta de recursos humanos e de uma estrutura inadequada para o funcionamento da CMC, ocasionando falta de planejamento da Programação Pactuada Integrada-PPI e um estudo das necessidades reais da população, inviabilizando o acesso a este procedimento ou a atualização dos parâmetros. O perfil de distribuição desses eventos permite supor que a sua análise não tem sido utilizada para rever práticas de gestão e regulação voltadas para qualificar a atenção.

A cobertura de mais de 100% de um dos municípios é um fato que chama a 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 ultrasonográficos (parâmetro 43 / programados 7). Este é um dos municípios menores da região quanto à população, não possuindo estrutura de controle, avaliação, regulação e auditoria e tendo 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 essa 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 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 a seguir apresenta a situação da microrregião por município, fazendo um comparativo entre os três indicadores avaliados:

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	11360

Agendados - Solicitação agendada através de um horário de atendimento ou pela fila de acesso; **Cancelados** - Solicitação cancelada por motivos diversos; **Reprimida** - Solicitação inserida no sistema UNISUS que não foi agendada ou enviada para a fila, não prevendo atendimento para este paciente. **FONTE:** Central de Regulação 2ª microrregional-2006.

Considerando-se que a população microrregional possui população de 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.

Quando se analisa esses indicadores a partir do tipo de procedimento, verifica-se que os cancelados

e reprimidos são mais frequentes nas consultas de ortopedia, oftalmologia, reumatologia e nos exames diagnósticos de ecocardiografia bidimensional, teste de esforço, ressonância magnética e tomografia computadorizada.

Diante dessa realidade, deve-se refletir se existe realmente o acesso assistencial, o qual deve conduzir à integralidade da assistência. Entretanto, é necessário ressaltar que o procedimento agendado não é garantia de atendimento, haja vista o relato ouvido

durante a pesquisa, que aponta para a não realização do procedimento devido à falta de transporte, apesar de o agendamento ter sido efetuado. Por isso, atenta-se para a relevância da contrarreferência em saúde, a fim de validar e produzir uma integralidade real, que foi proposta pela Constituição Brasileira em 1988.

Segundo Pinheiro (2001), para um sistema de referência e contrarreferência funcionar, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e técnico-científicas, sendo importante o reconhecimento de que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a qualidade do atendimento em saúde.

O gestor deve considerar ainda que, para o sistema de informação funcionar adequadamente, faz-se necessário viabilizar capacitação e desenvolvimento constante dos profissionais, inclusive com avaliação de desempenho da equipe que compõe a regulação.

Este estudo está em concordância com Hartz e Contandriopoulos (2001, p.332), ao relatarem que:

“O quase desconhecimento dessas tecnologias de microgestão, gestão da utilização de procedimentos, perfilização clínica, gestão da patologia, gestão de casos, lista de espera... protocolos clínicos e sistema integrado de informação - estaria dificultando a implantação nacional dos sistemas de referência e contrarreferência dos pacientes, apesar de frequentemente enunciados”.

A descentralização proposta pelo SUS prevê a facilidade do acesso, a otimização do potencial de utilização do sistema e a redução das perdas de vagas pelo não comparecimento dos pacientes, no entanto os sistemas de saúde ainda não conseguiram se organizar dentro dessa lógica, tornando os sistemas de regulação utilizados frágeis, pois, conforme seus indicadores, não conseguem minimizar estes problemas (Solla, 2001).

Os fatores que agem na demanda por serviços de saúde são variados, tendo em vista a necessidade da população. Citam-se: psicossociais, tais como a demanda de mulheres, devido a problemas obstétricos; pessoas com o grau de instrução elevado; a localização geográfica, confirmando a procura por serviços de saúde por parte da população urbana em detrimento da rural; o envelhecimento da população

e, por fim, a estrutura e os processos que constituem a organização dos serviços de saúde que influenciam a busca por eles, foram gerados por meio da municipalização da saúde, que ofertou a assistência mais próxima da população (Zucchi e col., 2000).

Outra questão importante é o fluxo de programação, dentro da lógica da regionalização solidária, que não é realizado com a intenção de favorecer o crescimento da microrregião, dificultando o desenvolvimento da rede assistencial que possui um fluxo cada vez mais voltado para a capital do Estado. Os dois hospitais polo de referência da microrregião possuem capacidade instalada reduzida. Eles não podem absorver a demanda da região a qual necessita urgentemente de um hospital regional a fim de favorecer uma rede assistencial forte. Isto para reduzir as iniquidades geradas por baixa renda, falta de escolaridade e deficiente infraestrutura sanitária dos municípios.

Percebeu-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 têm programado alcança o objetivo de garantia do acesso à assistência em saúde. Este fato porque 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.

Conclusão

O presente estudo possibilitou avaliar os indicadores de organização do serviço de regulação estruturado pelos gestores municipais da 2ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará, por meio da análise de documentos.

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.

A avaliação dos indicadores que compõem a regulação do acesso da microrregião de saúde revelou

que, no tocante à cobertura das consultas especializadas, a maioria dos municípios apresenta baixa cobertura. Ressalte-se que em um dos municípios a cobertura atingiu 247%, revelando falta de planejamento e excesso de gastos, que com certeza deverá fazer falta em outras áreas do sistema de saúde daquele município.

Os indicadores de oferta e demanda nos serviços estudados mostram estrangulamentos importantes, pois os gestores municipais não programam o suficiente para atender a demanda da população e nem sempre o que têm programado garante o acesso.

A **regulação estruturada** nesta microrregião não cumpre o papel de otimizar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra municipais segundo os critérios das necessidades de saúde da população, sendo fundamental uma reorganização desse setor com a participação das três instâncias governamentais, a fim de resgatar a credibilidade na regulação do acesso e fortalecer o seu desenho sobretudo para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Concluiu-se que, para ocorrer integração dos cuidados de forma real e garantir o direito da população à regulação do acesso de forma eficiente e eficaz, faz-se necessária a melhoria na qualidade dos gastos públicos a fim de que sejam asseguradas a continuidade e a globalização dos serviços de saúde ofertados. Os gestores necessitam lutar por mais recursos para a organização da rede assistencial, no entanto devem considerar a existência de ineficiências e iniquidades a superar. Ou seja, a qualidade da regulação microrregional e das CMCs municipais pressupõe uma integralidade regulada para superação das ineficiências econômicas alocativas e gerenciais, e, conseqüentemente, a diminuição das iniquidades na alocação dos recursos financeiros do SUS.

Referências

- CEARÁ. Ministério da Saúde. **Complexo Regulado: CRESUS-CE**. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/cresus/>>. Acesso 10 jul. 2005.
- CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007. p. 174.
- DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 432.
- FORTIER, C. C. Contribuições da Central Estadual de Regulação do SUS - CRESUS no acesso aos serviços públicos de saúde no Estado do Ceará. Monografia (Especialização em Economia e Gestão em Saúde Pública) - Universidade Federal do Estado do Ceará, Fortaleza, 2006.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema em muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2001. Suplemento 2.
- MENDONÇA, C. S; REIS, A. T; MORAES, J.C. (Org.). *A política de regulação do Brasil*. Brasília, DF: Opas, 2006. p. 116. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- NORÕES, N. M. R. *A saúde no Ceará*. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2001. 175p.
- 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, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2001. p. 65-112.
- SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO (Ceará). *Complexo regulador: CRESUS-CE, 2007*. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-de-servicos/central-de-regulacao/44709-acessocresus>>. Acesso em: 10 jul. 2007a.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO (Ceará). *Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, 1998.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO (Ceará).
Microrregiões de saúde: uma opção do Ceará.
Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará,
2000. p. 3-12.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO (Ceará).
Políticas de Saúde-regionalização/2007.
Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>> em: 10 fev. 2007b.

SOLLA, J. J. S. O processo de descentralização da marcação de consultas e procedimentos especializados para as unidades básicas de saúde em Vitória da Conquista. In: *Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiência: gestão dos serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p 275-300.

ZUCCHI, P; NERO, C. D; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.

Recebido em: 29/05/2011
Aprovado em: 15/10/2011