

COMPARTILHANDO SABERES ATRAVÉS DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*SHARING KNOWLEDGE AMBULATORIAL REGULATION IN THE MUNICIPALITY OF
JOAO PESSOA: A REPORT OF EXPERIENCE*

Ingrid Rayanne Lins de Oliveira^I, Camilla de Sena Guerra Bulhões^{II}

I Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE

II Universidade Federal da Paraíba – UFPB

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência que tem por objetivo discutir a dinâmica da regulação em saúde no município de João Pessoa/PB quanto às potencialidades e fragilidades existentes. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, na modalidade de relato de experiência, proveniente da vivência como residente do programa de residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase em gestão de Redes pela ESPPE, durante o estágio optativo na Central de Regulação de Consultas e Exames – CMCE/SMSJP. O local do estudo foi no município de João Pessoa/PB, nos meses de agosto e setembro de 2017. Os resultados evidenciaram que a Regulação Ambulatorial deve ser organizada de acordo com as diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde, com desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas em saúde da população. Enquanto estratégia de gestão em Saúde Pública, a regulação ambulatorial gerencia o acesso aos serviços de forma a disponibilizar assistência a saúde de forma equânime. Participar do programa de residência em saúde coletiva tornou-se uma oportunidade ímpar para o acesso e vivência na área, contribuiu para reflexão da relevância da regulação ambulatorial na assistência à saúde. Lançando novos olhares sobre estratégias que contribuem para melhoria das ações desenvolvidas no serviço e conseqüentemente na efetivação dos princípios do SUS.

Palavras-Chaves: Gestão em Saúde; Assistência à Saúde; Saúde Pública

ABSTRACT

This is an experience report that aims to discuss the dynamics of health regulation in the city of João Pessoa / PB regarding potentialities and weaknesses. This is a descriptive study, with a qualitative approach, in the experience reporting modality, derived from living as a resident of the multiprofessional residency program in collective health with an emphasis on Network management by ESPPE, during the elective phase in the central regulation of health services in the municipality of João Pessoa / PB, between August and September 2017. The results showed that the Ambulatory Regulation should be organized according to the guidelines of the Health Care Regulation, with the development of its systematic capacity in respond to health demands. As a management strategy in Public Health, outpatient regulation manages access to services in order to provide health care in an equitable manner. Participation in the collective health residency program has become a unique opportunity for access and experience in the area, contributed to reflection on the relevance of outpatient regulation in health care. Launching new insights on strategies that contribute to the improvement of the actions developed in the service and consequently in the implementation of SUS principles.

Keywords: Health Management; Health Care; Public health

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência, propriamente dita, foi pouco discutida no processo de construção e consolidação do processo regulatório na assistência à saúde no Brasil. Inicialmente, os mecanismos instituídos reportavam singela relação com aspectos qualitativos dos serviços prestados, regulação do acesso e critérios de elegibilidade para a execução de ações propostas no setor saúde. Esse processo foi intensificado com a atuação conjunta do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), em 1978, e os prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário, os quais objetivavam controlar os gastos na assistência médica dos segurados. Até então, este modelo de regulação era centrava-se no controle de gastos, apoiados em excessivas normatizações, fluxos e regras impositivas¹.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, temos como exemplo um dos primeiros mecanismos reguladores institucionalizados, o que contribuiu com o processo que acelerou a assistência médica prestada pelo Estado de forma descentralizada através da aquisição de serviços privados, pois o INPS precisava de uma grande rede de prestadores espalhada por todo o país².

No processo de descentralização, os serviços incorporaram a mesma lógica de sua constituição original (tradicional sistemas de controle, avaliação e auditoria). As ações desenvolvidas eram executadas de forma normatizada com objetivo de acompanhar a relação econômica estabelecida com os prestadores credenciados, em especial que se referia à correção das faturas apresentadas. Em sequência ao processo constituinte, a legislação recolocou os temas controle, avaliação, auditoria e regulação, presentes nos constitutivos do processo de definição do arcabouço legal do SUS³.

Discussões relacionadas aos conceitos, práticas, finalidades, avaliação, controle da regulação tiveram maior aprofundamento a partir de 2001, com a publicação das Normas Operacionais Básicas as quais de modo singular trataram do processo de regulação sob diversos componentes, notadamente os de controle e avaliação, na busca da definição dos papéis dos níveis de gestão no processo regulatório. As normas operacionais contribuíram para a ampliação da responsabilidade dos municípios no que se refere à atenção básica, reservando à União e aos Estados a gestão da média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde.

Por sua vez, o Pacto pela Saúde, trouxe a idéia da regulação, das linhas de cuidado e do matriciamento como formas alternativas para articular gestão do sistema e produção do cuidado, além de trazer definição da regulação como: o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles³.

Segundo o Informativo Anual de 2000 da Organização Mundial da Saúde, a regulação está interligada à função do Estado em ordenar as relações de distribuição de recursos, produção, bens e serviços de saúde⁴. Na saúde a mesma pode ser entendida como um conjunto de ações que se interpõem entre as demandas dos usuários e o acesso aos serviços de saúde, com indução do controle do acesso e adequação a oferta dos serviços⁵.

As demandas referentes a uma assistência cada vez mais complexa seguem concomitantemente ao crescimento da oferta de serviços de saúde, aumentando os desafios para o alcance da equidade, pois o acesso a uma atenção especializada é considerado tão importante quanto o acesso à Atenção Primária. Nesse contexto, justifica-se a importância da regulação para garantia dos direitos dos cidadãos⁶.

Ainda de acordo com o autor supracitado, na garantia do direito à saúde aos cidadãos, a regulação assistencial é de suma importância, uma vez que, há a possibilidade de disponibilização de alternativa assistencial mais adequada, efetivada a partir de complexos reguladores, que são constituídos por uma ou mais centrais de regulação, compondo assim estruturas operacionalizadoras da regulação do acesso entre os vários serviços de saúde. Podemos entender que o processo de regulação se refere à intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde. Este modelo de regulação advém ao longo do tempo.

A Regulação da Atenção à Saúde deve enfrentar a demanda real e artificial de forma efetiva, considerando a oferta potencial e a oferta existente, criando condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde. Uma estratégia para tal é a constituição de Complexos Reguladores que, de maneira articulada e integrada, organiza o conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência com adequação da oferta de serviços de saúde à demanda dos usuários⁷.

A constituição do Complexo Regulador contribui para a absorção do fluxo da assistência na atenção básica, na média e alta complexidade. Para a implantação do complexo regulador algumas ações são necessárias: a construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR); A Programação Pactuada e Integrada (PPI); Definir quantas

centrais de regulação compõem o complexo; A configuração, abrangência e escopo de cada central; Recursos assistenciais disponíveis; Definição de fluxo, rotinas operacionais, inclusive, referenciamento, quando os recursos pactuados no território forem insuficientes; capacitação permanente dos recursos humanos; identificação de pontos de estrangulamento existentes, alternativa assistencial adequada, entre outros ⁸.

A ação regulatória ordena e orienta fluxos assistenciais, sendo responsável por mecanismo de relação entre os vários serviços de saúde e a gestão, devendo ser iniciada na Atenção Primária que exerce função ordenadora, coordenadora do cuidado de atenção à saúde. Os fluxos de referência e contrarreferência intermunicipal precisam estar em conformidade com uma rede hierarquizada e regionalizada. Os municípios devem organizar a Regulação do Acesso, a partir de diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde com uma atenção primária resolutiva, solicitações padronizadas por protocolos, e segundo fluxos de referência estabelecidos ⁹.

Na observação do fluxo regulatório o programa de residência pode ser considerado como sendo de considerável importância, pois o mesmo proporciona desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos a partir da realidade, e permite maior aproximação com cenários de prática ligados à temática. A discussão da importância dessa vivência deve ser enfatizada e promovida sempre que possível, para que assim, consigamos corroborar para uma melhor qualidade na prestação dos serviços que são disponibilizados no SUS.

O relato de experiência do estágio opcional no programa de residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à saúde pela Escola de Governo do Estado de Pernambuco (ESPPPE) no município de João Pessoa-PB pode ser entendido como um instrumento de reflexão importante para o reconhecimento da regulação ambulatorial como um serviço necessário à garantia do acesso e efetividade dos serviços de saúde.

O interesse pelo estudo emergiu das vivências observacionais e exposições dialogadas na Regulação em Saúde, e por observar que o acesso dos usuários aos serviços ainda não é garantido de forma equânime. Assim, buscou-se dar visibilidade às fragilidades, assim como, às potencialidades do serviço, com o intuito de construir, ou impulsionar discussões positivas, no sentido de alcançar melhores fluxos assistenciais, e maior resolutividade às demandas existentes.

A regulação ambulatorial é um elemento essencial para garantia do acesso aos serviços de saúde de forma equânime e integral. Logo, o interesse em expor experiências relacionadas à regulação assistencial torna-se de grande valia para a troca de saberes e reflexões relacionadas à garantia dos direitos dos usuários do SUS, assim como, efetivação de princípios e diretrizes que orientam este sistema.

Nesta direção, este trabalho tem por objetivo discutir a dinâmica da regulação em saúde no município de João Pessoa/PB quanto às potencialidades e fragilidades existentes na atual conjuntura.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, na modalidade de relato de experiência, proveniente da vivência como residente do programa de residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase em gestão de redes pela ESPPE, durante o estágio optativo na Central de Regulação de Consultas e Exames de João Pessoa/PB, nos meses de agosto e setembro de 2017.

A abordagem qualitativa tem preocupação, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não se pode quantificar. Isto é, trabalha com o universo de significados, aspirações, atitudes, motivos, crença e valores, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos e dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis¹⁰.

Segundo, Gil (2008, p.28)¹¹ os estudos descritivos *“têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.”* Ainda de acordo com o autor citado, esse tipo de pesquisa também é indicado para estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos. Pode-se considerar que as pesquisas descritivas transcendem a identificação da relação entre as variáveis, objetivando entender a natureza dessa relação.

As informações foram coletadas por meio da observação, como resultado da vivência do Estágio Optativo da Residência Multiprofissional na Central de Regulação de Consultas e Exames do município de João Pessoa-PB, e documentados através da utilização de um diário de campo que segundo Lewgoy e Arruda (2004, p. 124), o mesmo consiste em: *“uma fonte inesgotável de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento profissional e do agir através de registros quantitativos e qualitativos”*.

O município de João Pessoa possui população aproximada de 811.598 habitantes, é capital do Estado da Paraíba e principal centro econômico e financeiro do estado, situada a leste da região Nordeste¹³. No que se refere à rede assistencial em saúde do SUS, a cidade conta atualmente com 124 Unidades Básicas de Saúde; 12 Policlínicas; 16 Hospitais gerais; 25 Hospitais Especializados, 3 Unidades Mistas, 390 Clínicas/Centros de Especialidades, 58 Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapia (Sadt Isolado), 1 Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica, dentre Outros¹⁴.

Objetivando problematizar aspectos relativos ao funcionamento do núcleo de regulação no que se refere à regulação ambulatorial com clareza da vivência, o relato será apresentado em três pontos: Apresentação da situação atual, com a caracterização do serviço; Discussão sobre a organização e responsabilidades por esferas da administração pública, de acordo com o que a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS preconiza; Reflexão sobre a estrutura organizacional da Regulação Ambulatorial no município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato de Experiência

A regulação assistencial no município acontece de forma descentralizada, o que proporciona um papel de protagonismo da gestão do sistema de saúde. Enquanto nos distritos são realizadas as solicitações, na estrutura física da central de regulação que é instalada na região central do município é realizada a autorização das solicitações, por uma equipe de enfermeiros. Através da vivência na central foi possível a identificação do fluxo regulatório, a coleta de dados e a reflexão dos pontos positivos e negativos da atual conjuntura.

A experiência ocorreu entre os meses de agosto e setembro, totalizando dois meses. Pôde-se participar do processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos e da rotina do serviço de forma ampla, com observação das ações que eram planejadas e desenvolvidas no setor. A carga horária diária referente à experiência foi vivenciada juntamente com enfermeiros reguladores, os quais são responsáveis pela autorização e agendamentos dos procedimentos que são solicitados pelas unidades ou distrito via sistema de informação.

Com o principal objetivo de melhor entender o funcionamento do serviço de regulação ambulatorial realizado pela secretaria municipal de saúde através da central de regulação durante a rotina foi possível dirimir dúvidas, observar o processo de trabalho e o fluxo do acesso aos serviços de saúde regulados pela central. Os dados coletados através da observação ou informação disponibilizada no serviço e outros meios eram consolidados diariamente. O que permitiu uma visão geral do serviço de forma ampliada e rica em detalhes.

Os resultados relacionados à “Atual conjuntura da Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE) de João Pessoa/PB” foram organizados com base nos processos básicos de trabalho da ação regulatória definidos no documento do Ministério da Saúde: Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores, relacionados à regulação ambulatorial. A ação regulatória pode ser entendida como um importante processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, e corresponde aos processos de trabalho básicos: levantamento e distribuição de cotas de procedimentos; processo de autorização prévia à execução da ação ou serviço de saúde, e a execução feita por profissional competente¹⁵.

Central de marcação de consultas e exames de João Pessoa/PB: Levantamento e distribuição de cotas.

O levantamento e a distribuição de cotas são realizados segundo a Programação Pactuada Integrada (PPI) vigente, a qual aprovou de acordo com normativas e pactos intergestores efetuados, e limites financeiros, as referências ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade de todos os municípios do estado da Paraíba, inclusive João Pessoa.

A central de marcação de consultas e exames (CMCE) regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; se organiza de forma descentralizada, o que proporciona a responsabilização pela execução das ações e serviços de saúde a todos os responsáveis pela gestão do sistema de saúde nos diversos níveis.

Essa forma de organização descentralizada teve início a partir de maio de 2007, momento no qual a necessidade de saúde atendida identificou entraves na rede, os quais influenciavam de forma negativa os fluxos dentro das linhas de cuidado. Os munícipes de João Pessoa e dos municípios pactuados, dirigiam-se até a central de Regulação do

município de João Pessoa nos dias destinados a marcação de exames de média e alta complexidade para marcar os procedimentos necessários, o que resultava em longas filas, que inclusive, começavam a se formar ainda de madrugada, o que refletia na demora para a realização dos procedimentos nos prestadores credenciados e no recebimento dos resultados.

Na busca pela garantia da equidade e melhor atenção à saúde dos usuários que necessitavam agendar exames e consultas, a Diretoria de Regulação realizou estudos e avaliações das problemáticas observadas e, com foco na qualidade do acesso oferecido aos usuários e com o objetivo de corrigir esta situação de desrespeito aos seus direitos ~~dos usuários~~, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, optou-se por um novo sistema de regulação, com informatização nos Distritos Sanitários e das Unidades de Saúde da Família. Essa informatização proporcionou conexões das mesmas com a Central de Marcação de Consultas e Exames permitindo o atendimento aos usuários dentro do seu próprio território, perto de suas residências¹⁶.

Adotou-se a ferramenta informatizada da Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados, que contribuiu para descentralização das ações e marcação dos procedimentos, com objetivo de buscar garantir condições de resposta às necessidades reais de saúde da população de forma mais efetiva. Concomitantemente, o fluxo foi alterado, e atualmente a marcação na atenção básica inicia-se pela ida do usuário até a unidade de saúde.

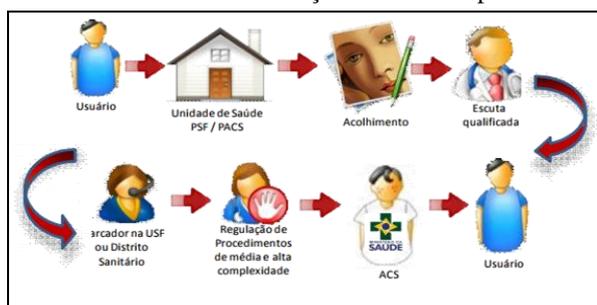
Processo de autorização prévia à execução da ação ou serviço de saúde, e a execução da ação regulatória feita por profissional competente

Após o atendimento na atenção básica, sendo necessária a marcação de consulta ou exame especializado o marcador da unidade ou do distrito sanitário solicita a realização do procedimento demandado, via sistema, com justificativa da solicitação e outros dados necessários a autorização pelo enfermeiro ou médico regulador. Estes últimos analisam as necessidades de saúde e autorizam a realização do procedimento solicitado, seguindo critérios e protocolos técnicos e procurando racionalizar a liberação dos procedimentos solicitados pelos Distritos, USFs e municípios pactuados. Entende-se que a marcação dos procedimentos descentralizados corresponsabiliza os profissionais solicitantes e os demais envolvidos, além de garantir um atendimento mais justo possível.

Os procedimentos regulados são classificados como sendo de Média ou Alta Complexidade, de acordo com critérios de baixa oferta ou alto custo. A agenda é lançada no Sistema, com os laudos solicitados, o médico analisa levando em consideração os Protocolos clínicos da Central, há classificação dos que são prioritários, eletivos ou não pertinentes com justificativa, e é realizado o agendamento em seguida; se não houver vaga disponível continua em análise, aguardando a vaga¹⁷.

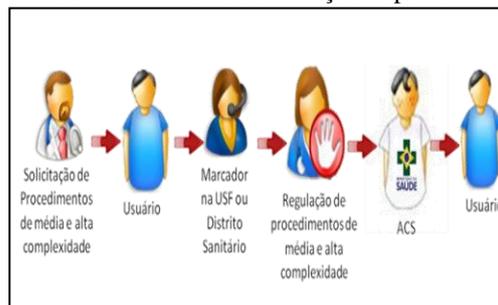
Com a autorização e marcação do dia e horário de realização do procedimento, o ACS de referência do paciente é informado, e por sua vez leva até o usuário os documentos referentes à marcação, além de disponibilizar todas as informações necessárias para que o usuário realize o procedimento. O que difere o fluxo da atenção especializada da atenção básica é que, o usuário dirige-se da atenção especializada até a unidade de saúde ou distrito sanitário para solicitar a marcação do procedimento.

FIGURA 1 – Fluxo da Atenção Básica à Especializada



Fonte: (PARAÍBA, 2010; PAG. 10)¹⁶

FIGURA 2 – Fluxo da Atenção Especializada



Fonte: (PARAÍBA, 2010; PAG. 10)¹⁶

No que se refere à CMCE, vivenciou-se de forma direta a prática dos enfermeiros e médicos reguladores, que são lotados no prédio da Diretoria de Regulação e serviços de saúde do município. Os profissionais de saúde reguladores, atualmente em um número de dez profissionais, dividem as análises das solicitações a partir das especialidades dos procedimentos, e autorizam procedimentos de médio custo, uma vez que os de alto custo são autorizados pelos médicos reguladores que realizam o agendamento baseando-se em protocolos e são em número que varia de um a dois por dia.

Discussão sobre a organização e responsabilidades por esferas da administração pública, de acordo com o que a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS preconiza

De acordo com as Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores é necessária a definição prévia de estratégias que proporcionem a operacionalização da regulação, a qual será exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, a partir de estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência, denominada como Regulação Assistencial.

A gestão do sistema de saúde é compartilhada pelas três esferas de governo, e pode ser caracterizada por modelos distintos nos diversos estados. Contudo, existe consenso entre os gestores sobre as competências correspondentes a cada esfera de governo nas áreas de controle, avaliação e regulação da assistência à saúde. No seminário para construção de consensos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2003, os gestores estaduais definiram que a regulação é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde ¹⁸.

Estratégias de operacionalização serão promovidas pelo gestor estadual sempre que o prestador estiver sob gestão do referido ente, com estabelecimento de relação com o município que tem prestador sob sua responsabilidade e que exerce cogestão no estado e representação dos municípios da região. A organização do fluxo de referência e contrarreferência especializada devem levar em consideração as exigências à adequação de uma rede regionalizada e hierarquizada em consonância ao processo da Programação Pactuada e Integrada e de regionalização ¹⁹.

A Regulação do Acesso deve ser organizada de acordo com as diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde, com uma atenção Básica resolutiva, e quando esgotada a capacidade da atenção especializada da rede municipal, com capacidade de encaminhar a população para serviços de referência, por meio de protocolos e fluxos operacionais de regulação, independente que os estabelecimentos estejam localizados em seu território, embora, nem todos contem com complexos reguladores^{9, 15}.

Segundo a Portaria/SAS/MS n. ° 356, de 22 de setembro de 2000, o Complexo Regulador Assistencial contribui para o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas em saúde. Sendo composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que abarcam toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebe, processa e agenda as solicitações de atendimento. Os complexos atuam na assistência pré-hospitalar e interhospitalar de urgência, nas internações, consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

Reflexão sobre a estrutura organizacional da Regulação Ambulatorial no município.

O Complexo Regulador, estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso aos serviços de saúde, pode apresentar abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, a partir de alguns modelos: Complexo Regulador Estadual regulando o acesso aos estabelecimentos sob sua gestão, com intermédio aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal no âmbito do estado e se necessário referência interestadual; O Complexo Regulador Regional, com gestão em âmbito regional, e referência inter-regional, a nível estadual; E o Complexo Regulador Municipal, que regula o acesso da população própria aos estabelecimentos de saúde sob sua gestão, no âmbito do município, com objetivo de garantir o acesso da população referenciada, de acordo com pactuações⁸.

A regulação em saúde como estratégia de gestão em Saúde Pública objetiva o gerenciamento do acesso a assistência ambulatorial, de forma a disponibilizar a atenção a saúde de forma equânime. Dentre outras competências é de extrema importância que a Central Estadual de Regulação Ambulatorial integrada ao Complexo Regulador Estadual, com a disponibilização de ferramenta de informática para o gerenciamento da regulação do acesso, venha: pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito do estado; operar a central de regulação estadual; estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais; participar da cogestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais, monitorar a implementação e a operacionalização das centrais de regulação, dentre outros⁵.

Embora, em vários estados do Brasil a regulação da prestação de serviço de saúde ambulatorial intermunicipal e do estado seja executada a nível estadual, a exemplo de Rio grande do Sul, que definiu esta forma de organização através da Resolução CIB/RS 237/2011, Pernambuco através do decreto de Nº 36.622, de 08 de Junho de 2011, com aprovação da política de regulação sob resolução N °. 1.820, em 13/02/12, Minas Gerais e outros^{20, 21}. Não existe regulação ambulatorial técnica a nível estadual nem regional no estado da Paraíba, esse fato interfere de forma negativa na efetiva execução da regulação ambulatorial a nível municipal, uma vez que, sobrecarrega os serviços e profissionais e não propicia a adequada responsabilização dos entes da administração.

A título de exemplo pode-se citar uma fala do secretário de saúde do estado em entrevista disponibilizada no site oficial da prefeitura do município no dia 13 de Abril de 2016. O gestor municipal (Secretário de Saúde do município de João Pessoa), Adalberto Fulgêncio, fala sobre como a Falta de Central de Regulação Estadual sobrecarrega algum serviço de saúde do município: *“A inexistência de uma Central de Regulação Estadual dificulta os atendimentos nas portas de urgência e emergência do município... O que sobrecarrega o fluxo de atendimento na rede hospitalar da Capital”* (João pessoa; Site oficial. 2016)²².

Embora, seja referente à regulação de leitos, analogicamente, podemos inferir que essa realidade constatada na entrevista também pode ser evidenciada na regulação assistencial. Na fala do secretário disponível no site oficial da prefeitura podemos mensurar o papel que alguns serviços de saúde do município representam para o estado, a necessidade de um fluxo o mais adequado possível as necessidades de saúde da população e o compartilhamento da gestão técnica pelos entes estadual e municipal.

A organização da oferta, rede de serviços de saúde e o planejamento das ações em saúde, geralmente, ocorrem de forma parcial e ou fragmentada, o que reflete nitidamente em barreiras físicas, burocráticas no acesso da população ao Sistema Único de Saúde – SUS ¹⁵.

Além de responsabilidades dos gestores dos serviços públicos, o prestador de serviço contratado também tem papel relevante na execução das ações. Estas são referentes à informação no sistema sobre a realização do procedimento. Sabe-se que além das dificuldades com marcação, recursos humanos, e transporte para que o usuário realize os procedimentos, o gestor precisa estar atento a agenda do prestador e a informação de execução dos procedimentos.

A informação referente à execução do procedimento é efetivada, uma vez que é requisito para recebimento de recurso do procedimento prestado. Contudo, existe uma dificuldade considerável dos gestores com os dados da não execução do procedimento agendado. A insipiência dessa informação interfere no panorama da real demanda da assistência a população, além de dificultar a correção dos possíveis entraves. É necessário que haja a identificação da não execução com a possibilidade de verificar se não houve registro pela falta do usuário à data agendada, ou por entraves relacionados ao processo de trabalho e até mesmo do sistema informatizado.

Por isso, a necessidade dos profissionais (na empresa prestadora do serviço) responsáveis pelo manuseio do sistema informar às inexecuções que ocorreram em

tempo hábil. Além de procurar em conjunto com demais profissionais envolvidos, soluções que possibilitem a execução do procedimento pelo usuário, com a remarcação do procedimento, ou por outro. Evitando perdas de recursos financeiros e prejuízo aos usuários.

A comunicação entre os prestadores, unidades solicitantes e autorizadas ainda é insipiente, nesse sentido. Embora, seja uma realidade relevante para o serviço, em pesquisas nas bases científicas não existem trabalhos que discutam sobre, o que requer ainda mais esforços no sentido de sensibilizar os prestadores enquanto a relevância desses dados na efetivação da ação regulatória, na oferta dos serviços à população de forma efetiva.

As informações geradas pelos prestadores precisam ser consolidadas pela central, essa consolidação será um instrumento imprescindível para a caracterização das demandas, assim como, discussão de estratégias que proporcionem a identificação de pactuações e repactuações dos procedimentos.

No que se refere ao agendamento, depois da etapa de autorização, o usuário não tem acesso direto ao agendamento do procedimento. Logo, se há atraso na impressão da autorização (responsabilidade do digitador) e entrega por parte do ACS, o usuário pode receber informação num prazo muito curto para realização do procedimento, ou um prazo em que não há mais a possibilidade de realização, sendo necessário o reagendamento. Além da dificuldade citada, outras situações podem interferir de forma negativa na assistência prestada ao usuário através da ação regulatória como: marcadores que recebem a documentação do usuário e perdem a mesma; que solicita procedimento diverso do encaminhado, dentre outros.

A nova forma de organização e fluxo de informações e competências possibilitou ir além da lógica de agendamentos por ordem de chegada, com a classificação de atendimentos por prioridades, de acordo com critérios de classificação e protocolos. Além de ter propiciado a melhor efetivação de princípios básicos norteadores do SUS, em especial, o da equidade, universalidade e integralidade das ações, quando se promoveu a extinção da peregrinação do usuário dentro da rede na procura da resolução das suas necessidades e a racionalização dos procedimentos demandados das unidades, distritos e municípios com pactuação.

Contudo, vale ressaltar que, existem entraves no atual fluxo, os quais precisam ser analisados e sanados com vistas a efetividade da assistência prestada e melhor assistência à saúde da população referenciada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no programa de residência em saúde coletiva tornou-se uma oportunidade ímpar para o acesso e vivência na área, contribuiu para que a residente percebesse a relevância da regulação ambulatorial na assistência à saúde prestada à população. Lançando novos olhares sobre estratégias que podem contribuir para melhoria das ações desenvolvidas no serviço e conseqüentemente na efetivação dos princípios do SUS.

Evidenciou-se através do presente relato que as ações de regulação ambulatorial em saúde precisam apresentar relação entre as informações contidas em sistemas de informação, e a observação da realidade, uma vez que, as demandas do serviço e necessidades da população se entrelaçam com variados condicionantes e determinantes em saúde. Sendo a identificação das reais necessidades de oferta de serviços um dos pontos que requer importante atenção. A exposição através do relato de experiência das ações realizadas pela Central de marcação de consultas e exames favorece a reflexão sobre alguns atributos como eficiência, eficácia, e legitimidade. O que corrobora para propostas e ajustes necessários para o efetivo alcance das metas e objetivos de acordo com o que é preconizado pelo SUS.

A gestão compartilhada é de extrema importância para efetiva resposta as demandas existentes, pois, além da possibilidade de se constituir fluxos ainda mais resolutivos, propicia o atendimento às necessidades do usuário de forma mais adequada e o mais próximo do território em que ele reside, garantindo o atendimento a princípios norteadores do SUS como universalidade e integralidade da atenção.

O presente trabalho reitera a relevância dos relatos de experiência como fonte de produção de conhecimentos e discussão sobre realidades que são vivenciadas no dia a dia do serviço e que contribuem para promoção de estratégias de melhorias. Expõem o fato de que a regulação ambulatorial em saúde torna-se inconsistente, fadada ao fracasso, caso não se leve em consideração as reais necessidades de saúde da população, com adequadas pactuações, acondicionamento de recursos adequadamente, capacitação dos recursos humanos e a comunicação entre os envolvidos em todo processo da ação regulatória. Além de contribuir para futuras pesquisas na área, é de considerável relevância na formação de gestores públicos, uma vez que impulsiona maior reflexão da importância da práxis na produção do conhecimento sobre gestão e políticas públicas.

A efetivação da regulação em saúde pode ser considerada como um instrumento imprescindível na garantia de acesso equânime e universal dos usuários ao serviço, além de contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado. Vale destacar ainda, a importância da qualificação das funções de gestão, as quais contribuem para racionalização do custeio, qualidade do acesso e, conseqüentemente, uma melhor oferta de serviços e ações em saúde.

Este estudo possibilitou reflexões importantes acerca da temática da Regulação em Saúde no âmbito do SUS. Novas pesquisas relacionadas com a temática se fazem necessárias para não apenas melhor conhecer o perfil da população usuária, como também entender como a regulação em saúde vem sendo realizada nos mais diferentes contextos da realidade do País e propor solução para os principais obstáculos enfrentados.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais da Central de Regulação ambulatorial do município de João Pessoa, pela disponibilidade e apoio no processo de coleta de dados e aos familiares, amigos e companheiros residentes pelo apoio e torcida.

Colaboradores

I. R. L. Oliveira realizou a proposta do artigo, construção, referencial teórico, metodologia e redação do artigo. C. S. G. Bulhões orientou proposta do artigo, construção, referencial teórico, metodologia e redação do artigo.

REFERENCIAS

1 Farias SF, Gurgel Junior GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, s1043-1053, 2011.

2 Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0324.pdf>. Acesso em: 24 de agosto de 2017

3 Vilarins GCM, Shimizui HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a16v36n95.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2017

4 Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo: 46(3):571-576, 2012.

5 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf. Acesso em: 06 de dezembro de 2017

6 Vieira MS. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalares. *Com. Ciências Saúde*. 2011; 22(3):201-210. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v22_n3_a02_Perfil_geografico_clinico.pdf. acesso em: 12 de setembro de 2017

7 Santos SC. Plano de intervenção para implantação do complexo regulador no município de Igarassu. (TCC especialização). Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

8 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas*. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 6)

9 Dias VA. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência - Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. 38p. Disponível em: <http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Valdecir-Avila-Dias.pdf> . Acesso em: 08 de janeiro de 2018

10 Minayo MCS. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

- 11 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- 12 Lewgoy AMB, Arruda MP. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social, Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 2. 2004, p. 115-130.
- 13 Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística Cidades (IBGE). Conheça cidades e Estados do Brasil. Municípios. Paraíba: João Pessoa. Acesso em: 11 de outubro de 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama> >
- 14 Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. CNESNET. Relatório. Tipo de estabelecimento. 2017. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=25&VMun=250750&VComp=201709 . Acesso em: 16 de outubro de 2017
- 15 Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 16 Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Experiência Exitosa Em: Ampliação e Descentralização da Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados de João Pessoa/Pb: Uma Ferramenta De Acesso Na Perspectiva Do Cuidado Em Saúde. 2010. Disponível em: <http://congressoanterior.redeunida.org.br/resumos/RE1175-2.pdf>. Acesso em: 12 de setembro de 2017
- 17 Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Diretoria Geral de Regulação, Controle e Avaliação Central Municipal de Regulação. Protocolo para Autorização de Procedimentos de Média e Alta Complexidade. 2014. Disponível em: <http://congressoanterior.redeunida.org.br/resumos/RE1175-2.pdf> Acesso em: 30 de agosto de 2017.
- 18 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para Entender a Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.- Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 06 de Dezembro de 2017
- 19 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso Básico de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 227 p.: il.
- 20 Secretaria Estadual De Saúde. POLITICA ESTADUAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.2012. http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/politica_estadual_de_reg._assist.2012.pdf. Acesso em: 11 de novembro de 2017

21 Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. RESOLUÇÃO Nº 237/11 – CIB / RS. 2011. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2015/03/resolucao-237_2011.pdf. Acesso em: 11 de dezembro de 2017

22 Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Falta de Central de Regulação Estadual sobrecarrega o Ortotrauma, cobra Adalberto. Site oficial. 13 Abril de 2016. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/falta-de-central-de-regulacao-estadual-sobrecarrega-o-ortotrauma-cobra-adalberto-fulgencio/>. Acesso em: 20 de outubro de 2017

Correspondência:

IRL Oliveira

1 Escola de Governo em Saúde

Pública de Pernambuco – ESPPE.

Rua Quarenta e Oito, 224 -

Encruzilhada, Recife - PE, 52050-380

E-mail: ingridrayanne@hotmail.com