



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA HOMÉRIA LEITE DE MORAIS SAMPAIO

ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
MÉDIA COMPLEXIDADE NA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

FORTALEZA – CEARÁ

2014

MARIA HOMÉRIA LEITE DE MORAIS SAMPAIO

ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
MÉDIA COMPLEXIDADE NA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira

FORTALEZA – CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Sampaio, Maria Homéria Leite de Moraes.

Estratégias de regulação do acesso aos serviços de média complexidade na 2ª Região de Saúde do Ceará [recurso eletrônico] / Maria Homéria Leite de Moraes Sampaio. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 142 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.ª Ph.D. Lucia Conde de Oliveira.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Regulação do acesso à saúde. 3. Gestão de serviços de saúde. 4. Assistência integral à saúde. I. Título.

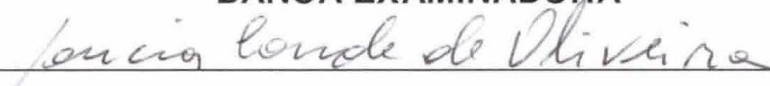
MARIA HOMÉRIA LEITE DE MORAIS SAMPAIO

ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
MÉDIA COMPLEXIDADE NA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

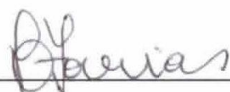
Aprovada em: 19 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA



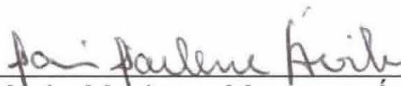
Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Profa. Dra. Liduina Farias Almeida da Costa (1º Membro)

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila (2º Membro)

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus. Ao meu esposo Luciano Sampaio, pelo nosso relacionamento baseado no amor, na compreensão e na fé em Deus. Aos meus pais e meus irmãos pelo incentivo, doação, dedicação e amor por mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a Cristo, ao Espírito Santo: Santíssima Trindade!

A Nossa Senhora dos Milagres!

Pelo Dom da vida – pelos dons, sabedoria, talentos, virtudes.

Pelo meu querido esposo Luciano Sampaio, porque desde que o encontrei, sinto-me mais feliz, harmonizada interiormente, mais realizada na vida: como pessoa humana, como profissional, como cristã, como esposa!

Obrigada Deus, pela minha família (pais, irmãos, cunhados, sobrinhos), a qual continua presente em minha vida, com seus olhares constituidores, iluminando-a e a todos os meus sonhos, impulsionando-me para a realização dos meus objetivos; de modo especial, pela minha sobrinha Suzana que com pronta acolhida e generosa disponibilidade me incentivou e me ajudou nas transcrições das entrevistas.

À Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira, minha orientadora, que com tanta amor colaborou nesta dissertação por meio das incondicionais e generosas oportunidade, sabedoria, disponibilidade, espírito de luta e comprometimento com a sociedade, compreensão, paciência, autonomia, responsabilidade e competência.

À Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que com sua doação e responsabilidade se empenha para dar funcionalidade e dinamicidade a esse programa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sobretudo: Dra. Lucia Conde de Oliveira, Dra. Maria Marlene Marques Ávila, Dra. Rocieneide Ferreira, Dr. Francisco José Maia Pinto, pela ajuda recebida. A Dra. Liana Brito de Castro Araújo, pela aprendizagem no estágio acadêmico.

Aos colegas do referido programa, pelo companheirismo, incentivos e parcerias na troca de conhecimentos, experiências e incentivos.

A todos da 2ª Região de Saúde do Ceará, inclusive gestores e membros da Câmara Técnica da Regulação que participaram como sujeitos dessa pesquisa, pela generosidade em partilhar seus conhecimentos e suas experiências relacionados com a temática estudada.

Enfim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A regulação do acesso aos serviços de média complexidade é uma dimensão da regulação, definida na Política Nacional de Regulação, cujos objetos são a organização, o controle, o gerenciamento e o acesso à saúde no âmbito do SUS. O objetivo é analisar a regulação do acesso aos serviços de média complexidade na 2ª Região de Saúde do Ceará. Estudo de caso realizado nesta região abrange dez municípios, dos quais o município polo é Caucaia. Como sujeitos participaram dezenove profissionais, incluindo secretários de saúde, coordenador da regional e técnicos da regulação. A coleta de dados ocorreu entre julho de 2013 a julho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, observação sistemática e análise documental. A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo temática na perspectiva de Minayo. Os resultados revelam que a regulação do acesso aos serviços de média complexidade na 2ª região de saúde significa organização desses serviços para suprir a demanda da população. As principais estratégias de ação e intervenção são a organização das regiões de saúde, das redes de atenção, da Comissão Intergestores Regional e dos complexos reguladores. Os municípios dispõem de poucos recursos e os alocados na PPI são insuficientes. Estes comprometem o acesso e fragilizam a gestão da 2ª região, cujo município polo concentra os serviços de média complexidade, incapazes de suprir sua demanda e a dos demais, tornando-se dependente dos serviços de Fortaleza. São estes os maiores gargalos. As sugestões estão relacionadas ao compromisso dos gestores de lutar com empenho por mais recursos financeiros, serviços médicos especializados e novos hospitais. Eles reivindicam autonomia para reprogramar a PPI, efetuar as pactuações e valorizar os profissionais. Conclui-se que a regulação do acesso aos serviços de média complexidade na 2ª Região de Saúde do Ceará possui muitas fragilidades tendo em vista a escassez de recursos destinada ao financiamento desses serviços. As barreiras para o acesso decorrem da existência de poucos serviços, cuja centralização no município polo e na capital se opõe aos princípios da equidade e da integralidade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Regulação do acesso à saúde. Gestão de serviços de saúde. Assistência integral à saúde.

ABSTRAT

The regulation of access to intermediate complexity is a dimension of regulation, defined in the National Regulatory Policy, whose objects are the organization, control, management and access to health care in the SUS. The objective is to analyze the regulation of the access to the intermediate complexity services in the 2nd Health Region of Ceará. The case study made in the region covers ten cities, of which the polo city is Caucaia. Nineteen professionals participated as subjects, including health secretaries, the regional coordinator and regulation technicians. Data collection occurred between July 2013 and July 2014, through semi-structured interview, systematic observation and document analysis. Data analysis was guided by the thematic content analysis in Minayo perspective. The results show that the regulation of access to intermediate complexity services in 2nd health region means organization of these services to attend the demand of the population. The main strategies of action and intervention are the organization of the health regions, care networks, the Regional Inter-management Commission and regulatory complex. The cities have few resources and the allocated in the PPI are insufficient. These ones compromise the access and weaken the management of the 2nd region, whose polo city concentrates the intermediate complexity services, unable to supply its demand and the others, turning it dependent on the services of Fortaleza. These are the biggest bottlenecks. The suggestions are related to the commitment of managers to fight diligently for more financial resources, specialized medical services and new hospitals. They claim autonomy to reprogram the PPI, perform the covenants and value professionals. It is concluded that the regulation of access to intermediate complexity services in 2nd Health Region of Ceará has many weaknesses in view of the scarcity of resources for financing these services. The barriers to the access accrue from the existence of few services, which centralization at the pole city and capital opposes to the principles of fairness and integrity.

Key-words: Health System. health access adjustment. Management of health services. Comprehensive health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde	51
Figura 2 – O modelo institucional do SUS	52
Figura 3 – PDR-CE/ 2006/ 2011/ 2014: Macrorregiões de Saúde do Ceará	59
Figura 4 – PDR-CE/2014: Regiões de Saúde do Ceará	59
Figura 5 – Mapa da 2ª Região de Saúde do Ceará 2014	67
Figura 6 – A regulação do acesso aos serviços de média complexidade	105
Quadro 1 – Dimensões da regulação, seus objetivos, sujeitos e ações.....	40
Quadro 2 – Estimativas populacionais, rede de serviços e referência	69
Quadro 3 – Tipos de estabelecimentos de saúde por município da 2ª Região de Saúde do Ceará	69
Quadro 4 – Tipo de prestador por município da 2ª Região de Saúde do Ceará	70
Quadro 5 – Caracterização dos gestores da 2ª Região de Saúde do Ceará, 2014	77
Quadro 6 – Caracterização dos técnicos responsáveis pela regulação, 2ª Regi- ão de Saúde do Ceará, 2014	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CARA	Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
CESAU	Conselho Estadual de Saúde do Ceará
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CRESUS	Centrais de Regulação Estadual do SUS
CT-CARA	Câmara Técnica de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DERAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
DFID	Department for International Development - Reino Unido
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública do Ceará
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
MAC	Média e Alta Complexidade

MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PARSSEC	Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde no Estado do CE
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade AB
PNR	Política Nacional de Regulação
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROQUALI	Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais SUS
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SISPRENATAL	Sistema de Pré-Natal
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
US	Unidades de Serviços
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO DO MARCO LEGAL DA REGIONALIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO DO ACESSO	29
2.1	DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	29
2.2	REGULAÇÃO EM SAÚDE: BREVE HISTÓRICO E ASPECTOS CONCEITUAIS.....	37
2.3	POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DO ACESSO	40
2.4	O ACESSO ÀS AÇÕES E AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	46
2.5	ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PARA GARANTIA DO ACESSO.....	48
2.6	A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ	55
2.7	O ACESSO NA MÉDIA COMPLEXIDADE DA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ.....	63
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
3.1	CENÁRIO DO ESTUDO	67
3.2	SUJEITOS DA PESQUISA	76
3.3	REGIONALIZAÇÃO E REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE DA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ	82
3.3.1	Significados da regionalização da saúde na visão dos gestores/técnicos da regulação	83
3.3.2	Estratégias de regionalização e de regulação do acesso aos serviços de média complexidade	86
3.3.3	A regulação do acesso aos serviços de média complexidade: significados, obstáculos, vantagens e sugestões	99
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICES	133
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	134
	APÊNDICE B – Roteiro de observação sistemática	135
	APÊNDICE C – Roteiro de análise documental	136

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	137
APÊNDICE E – Termo de Fiel Depositário	138
ANEXOS	139
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará	140

1 INTRODUÇÃO

Uma das grandes conquistas das lutas pela democratização da sociedade brasileira e, mais especificamente, da Reforma Sanitária foi a garantia do direito à saúde. Esse direito está definido no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, e traz uma concepção ampliada de saúde quando estabelece a necessidade da ação das políticas públicas para sua efetivação. Se não, veja-se o que afirma o texto constitucional:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, Paim (2009) considera que o Sistema Único de Saúde propõe o direito à saúde a todas as pessoas, sem qualquer merecimento, atestado de pobreza, condição financeira e benevolência. Dessa forma, “acesso universal é para ricos e pobres, homens e mulheres, velhos e crianças, nordestinos e sulistas, negros e brancos, moradores da cidade e do campo, índios e quilombolas, analfabetos e letrados” (PAIM, 2009, p. 45). No entanto, o esforço pelo direito à saúde tem sua trajetória, obrigatoriamente, no redirecionamento das políticas públicas, tanto econômicas como sociais que proporcionem a diminuição das desigualdades, a cidadania, a dignidade e a democracia (PAIM, 2009).

Para a efetivação desse direito, a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde pelo movimento sanitário foi incorporada pelo legislador sendo definidos no artigo 198 da Constituição os princípios desse sistema:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Para organizar o SUS como prevê a Constituição, o princípio da descentralização e a formação de uma rede regionalizada e hierarquizada fo-

ram pensados para responder aos desafios de um país com dimensões continentais, constituído de forma federativa em três instâncias com autonomia política e administrativa e com profundas desigualdades regionais e inter-regionais (FERREIRA *et al.*, 2011).

O capítulo da saúde definida na Constituição exigia uma regulamentação que só foi conquistada com as leis orgânicas da saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b). A legislação infraconstitucional renovou a diretriz da descentralização e a conceituou, operacionalmente, fazendo-se protagonista da municipalização das ações e dos serviços de saúde. Contudo, para operacionalizar a nova base jurídica do SUS, o Ministério da Saúde lançou mão de instrumentos normativos do antigo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social, as Normas Operacionais Básicas NOB – SUS/ 91, 93, 96 (BRASIL, 1997) as Normas Operacionais da Assistência à Saúde NOAS – SUS/ 2001, 2002 (BRASIL, 2001; 2002) e o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006b).

Como um dos relevantes impulsos verificados no SUS, durante seus primeiros dez anos, destaca-se o processo de descentralização político-administrativa firmado mediante a transferência de responsabilidades e recursos federais para os níveis estaduais e municipais de governo, tendo em vista a municipalização. A orientação da regionalização ganhou impulso com as NOB-SUS/1996, NOAS-SUS/2001, 2002 e o Pacto pela Saúde 2006 (LAVRAS, 2011).

Por descentralização entendem-se ações que condizem com repartição de poder, determinação de funções e capacidade de ação das esferas de governo subnacionais; formação institucional; reconstrução de práticas e controle social. Segundo afirma Ferreira (2011), o êxito da descentralização como diretriz do arranjo do sistema de serviços de saúde refere-se a uma segura regionalização.

Experiências internacionais já apontavam a regionalização como forte estratégia para organização de sistemas complexos como os de saúde, com

diferentes níveis de atenção, diversos graus de especialização e densidade tecnológica e custos elevados. Entretanto, a efetivação da regionalização é um processo lento de mudanças na organização macro e micro do sistema de saúde. Na atual concepção a regionalização é um instrumento de gestão para tornar mais eficiente os processos de organização da assistência e garantia do acesso.

Mediante o percurso de construção de um novo sistema de saúde e solução dos problemas operacionais que iam surgindo gerou iniciativas e ferramentas de gestão que foram sendo incorporadas ao SUS. Essas ferramentas e estratégias operacionais passaram a ser discutidas e aprovadas em instâncias de negociação e pactuação entre os gestores, tais como a Comissão Intergestores Tripartite – com representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – Comissão Intergestores Bipartite – com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 2006; MESQUITA, 2011).

Com a NOB-SUS/1996, vieram o incentivo e o fortalecimento ao total desempenho do poder público, definindo as responsabilidades dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União e, conseqüentemente, solidificando-se ainda mais os princípios do SUS (MESQUITA, 2011). “Esses entes governamentais federados se articulam, cooperam entre si e zelam pela melhoria das ações e serviços de saúde, além de ter a regionalização como um relevante instrumento de operacionalização da descentralização” (BELTRAMMI, 2008, p.159).

Mencionada NOB também instituiu a Programação Pactuada Integrada como uma estratégia de planejamento e estabelecimento de metas quantitativas para procedimentos de assistência ambulatorial e hospitalar, de complexidade básica, média e alta. Desse modo, constitui-se numa ferramenta primordial de reorganização dos modelos de atenção e de gestão do SUS, de atribuição dos recursos entre municípios e de esclarecimento da distribuição de competências entre os três níveis de governo. Como proposto, a PPI apresenta

o compromisso dos gestores municipais e estaduais, buscando assegurar para a população o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Em continuidade com as estratégias de regulação do SUS, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS – SUS/ 2001, 2002) definiram conceitos e bases relativos à regionalização. Neste prisma, propuseram uma configuração para organização da média e alta complexidade, formulando os atributos essenciais e específicos das microrregiões, das macrorregiões, do Plano Diretor de Regionalização e do Plano Diretor de Investimento. Estes últimos representam instrumentos relevantes para o planejamento da regionalização (BELTRAMMI, 2008).

Outro instrumento fundamental na consolidação do SUS foi o Pacto pela Saúde 2006 – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão – o qual trouxe novos direcionamentos para a gestão do SUS, lançando uma estratégia de regulação assistencial com a implantação dos complexos reguladores e do fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (BRASIL, 2006b).

Avançando na regionalização, foi instituído o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), o qual regulamenta a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a). Este decreto reforça os critérios da regionalização existentes e estabelece a região de saúde como um lugar geográfico permanente, formado por grupos de municípios contíguos, tendo sua demarcação desde as características culturais, econômicas, sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com vistas à integração das instituições, ao planejamento e à realização de ações e serviços de saúde.

Outro importante elemento definido no referido decreto (BRASIL, 2011a) foi o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. Esse contrato é um instrumento que define o compromisso e as responsabilidades dos gestores com o SUS, estabelecendo metas para a garantia do acesso aos serviços de saúde e a integralidade da atenção (CEARÁ, 2013a).

Nesse contexto, ao analisar o percurso do sistema de saúde brasileiro, e longe de desconhecer sua relevância na história da saúde, marcada por suas conquistas e avanços, faz-se necessário perceber a notável distância entre a proposta do movimento sanitário e a situação da saúde atual. Em corroboração a essa discussão, Paim (2012, p. 612) acrescenta:

A Reforma Sanitária concebeu a seguridade social (cidadania universal) e uma engenharia decisória calcada em conselhos e conferências, paritários e deliberativos. Na saúde ampliou-se a cobertura e o acesso aos serviços nos diversos níveis, na previdência resta um seguro social (cidadania regulada) cada vez mais restritivo após sucessivas reformas, e na assistência social predomina a transferência condicional de renda para pobres e miseráveis (cidadania invertida). E diante do refluxo ou cooptação de movimentos sociais os canais de participação cidadã têm sido colonizados por interesses privados, partidários e corporativos, enquanto os milhares de cargos de confiança são utilizados nas transações políticas. Portanto, a *sustentabilidade institucional* do SUS sofre abalos a cada mudança de governo ou de gestor quando quadros técnicos e gerenciais são substituídos, independentemente da qualificação e do mérito.

De acordo com Paim (2012), o que se constrói hoje repercutirá no futuro do SUS. O desfinanciamento público, os incentivos voltados aos planos privados de saúde, com a expansão do mercado, apontam para a reformulação “de um SUS pobre para os pobres”. Mesmo com a razoável implantação das políticas, apesar de convenientes, são insuficientes para restaurar as expectativas por um sistema de saúde coerente, democrático e fundamental para a população brasileira que garanta a universalidade do acesso como preconizava o movimento sanitário e está previsto na Constituição.

Além da garantia de financiamento para todas as ações, a reorientação do modelo assistencial, como propõe Paim (2012), Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012) defendem ser imprescindível uma considerável transformação no entendimento da regulação em saúde, tendo em vista que aumentaram, extraordinariamente, as competências do Estado para assegurar esse acesso à saúde. No setor saúde, o Estado é o sujeito de maior destaque da regulação, abordando três níveis de atuação: a) regulação de sistemas de saúde; b) regulação da atenção à saúde; c) regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial.

A regulação de sistemas de saúde apresenta como funções primordiais a definição de políticas, normatização geral, monitoramento, fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde. Entre os órgãos reguladores responsáveis encontram-se o Ministério da Saúde, as agências reguladoras, as secretarias de saúde. Já a regulação da atenção à saúde é um instrumento promotor de equidade, acessibilidade e de integralidade e tem como objetivo a realização de ações conclusivas de atenção à saúde, executadas pelos prestadores de saúde tanto públicos como privados. Entre as funções principais constam ações de contratação, de controle, de regulação do acesso à assistência, de avaliação da atenção à saúde e de auditoria. Os sujeitos primordiais são os gestores municipais e, de maneira suplementar, os gestores estaduais e o gestor federal (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Por sua vez, a regulação assistencial é promotora da equidade do acesso aos serviços de saúde na garantia da integralidade da assistência. Busca adequar a oferta assistencial às necessidades da população de maneira equânime, ordenada, oportuna e racional (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Nesse contexto, o acesso compreende a possibilidade de usufruto dos serviços de saúde de acordo com a necessidade, o que representa o alicerce consistente e essencial para tornar viável o princípio da integralidade. A regionalização para a organização do acesso é o mais importante projeto para o alcance da equidade da atenção à saúde (OLINDA; MIRANDA, 2006).

No entendimento de Travassos e Castro (2008), o acesso representa a intermediação na relação entre a busca e a porta de entrada no serviço. Diz respeito às particularidades da oferta de serviços de saúde que favorecem ou dificultam seu uso por parte dos usuários e expressa a qualidade dessa oferta de realizar serviços e de atender às necessidades de saúde da população. Acesso é uma definição concernente a níveis variados. Cada nível exprime uma diversidade de particularidades da oferta que age acrescentando ou reduzindo a possibilidade dos indivíduos de usarem serviços de saúde.

Os sistemas de acesso regulado à saúde consistem em disposições operacionais que proporcionam oferta e demanda por serviços de saúde, com o intento de proporcionar um acesso equânime, seguro e organizado em rede, por territórios locais, microrregionais, macrorregionais, estaduais e interestaduais (MENDES, 2011). Conforme estabelecido, a estratégia de regular o acesso à saúde faz-se por meio de complexos reguladores, estruturas que realizam as ações de regulação do acesso, tanto como incorporação e fundamentação de pactuação entre gestores, como organização dos fluxos de referência e contrarreferência, abrangendo os níveis intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual e regional. Os complexos reguladores têm como objetivo tornar próxima a oferta de serviços de saúde às necessidades da população (BRASIL, 2007).

Como o objetivo desse estudo é analisar a regulação do acesso aos serviços de média complexidade, é importante destacar o significado desse nível para o SUS. Solla e Chioro (2008) definem a média complexidade como os serviços que asseguram os mecanismos diagnósticos e terapêuticos de cuidado especializado, consistindo em uma complexidade de ações tecnológicas leves e de baixo custo. Dessa forma, a média complexidade representa um conjunto de serviços e ações clínicas, terapêuticas e diagnósticas, mediado pela participação, disponibilidade e competência dos profissionais de saúde, em prol da atenção secundária para redução dos problemas e danos que afetam a saúde da população.

Desde logo, convém afirmar: diversos sistemas de saúde apresentam, claramente, como objetivo “buscar a equidade no acesso aos serviços de saúde”, entretanto, defrontam-se, inesperadamente, com inúmeros obstáculos (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012, p. 641). Dentre os obstáculos do acesso, merece destaque a disponibilidade de serviços e recursos humanos, por ser indispensável à utilização. Contudo, apenas a disponibilidade de recursos não é suficiente para assegurar o acesso. Outros obstáculos geográficos, financeiros, organizacionais, informacionais e culturais são características da oferta, possibilitando ou dificultando as pessoas usufruírem os serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Cabe destacar, ao longo da história, o estado do Ceará buscou iniciativas de esforços de redução desses obstáculos quando, de acordo com Ávila (2011), o referido estado se tornou o pioneiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na promoção da assistência à saúde, criado em 1987 e caracterizado pelo seu aspecto emergencial em decorrência da seca. Essa experiência positiva com as famílias tem sua base na vigilância sanitária, na atenção básica e na prevenção à saúde, antecedendo o Programa Saúde da Família.

Da mesma forma, segundo o estudo de Mesquita (2011), o Ceará também foi o pioneiro na implantação das microrregiões de saúde no estado em 1998 com o projeto piloto da 4ª Microrregião de Saúde de Baturité, cuja experiência foi replicada, posteriormente, em outras microrregiões de saúde, com o apoio da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, da Escola de Saúde Pública e dos secretários municipais de saúde da referida microrregião.

Outro estudo, o de Silva *et al.* (2012, p.115), realizado em 2007, identificou baixa cobertura de consultas especializadas para a população dessa região. Foi uma pesquisa documental que analisou os parâmetros de cobertura estabelecidos pelo Ministério da Saúde e comparou-os com a Programação Pactuada Integrada para cada município. Segundo o referido estudo concluiu, “os indicadores de oferta e demanda nos serviços estudados mostram estrangulamentos importantes, pois os gestores municipais não programam o suficiente [...] e nem sempre o que têm programado garante o acesso”.

Outra investigação (MESQUITA, 2011) teve como objetivo analisar os consensos pactuados nas comissões intergestores dessa região, por meio do estudo das atas das reuniões da referida comissão. De acordo com a conclusão da pesquisa, os sistemas regionais são organizados “em bases legalistas, governistas e tecnoburocratizadas, a partir de normas, portarias diversas, decretos diversos, todos repetidamente alterados ou modificados regularmente nos gabinetes ministeriais” (p. 37). Essa conclusão revela a falta de protagonismo e de poder de decisão dos gestores municipais para solucionar os problemas do SUS no espaço da sua competência e responsabilidade. Como fica definida a autonomia política e administrativa desses gestores na Constituição?

Nessa ótica, justifica-se o interesse pela temática dessa pesquisa ao se perceber que o acesso aos serviços de saúde de média complexidade na 2ª Região de Saúde do Ceará ainda é um grande desafio, distante de ser regulado de forma equânime e eficaz, apesar dos avanços e conquistas. Tal realidade não é exclusiva dessa região de saúde, sendo, pois, encontrada nas regiões de saúde de quase todo o Brasil. Todavia, o estudo desse caso, com base na visão dos gestores e de técnicos responsáveis pela regulação do acesso, é uma forma de analisar outras dimensões da situação, consoante os sujeitos envolvidos, os quais podem propor soluções para os problemas identificados.

A escolha da 2ª região de saúde se justifica no sentido de aprofundar os estudos de Mesquita (2011) e Silva (2012), bem como pela importância da região para a saúde do Ceará. A aludida região está situada na Região Metropolitana de Fortaleza, tem uma população de 564.060 habitantes e nela se concentra a terceira maior população do Ceará.

Outro motivo da escolha desse campo de pesquisa se justifica pela informação e constatação de que há, entre os referidos municípios componentes dessa região de saúde, ferramentas de integração, articulação entre os gestores, secretários e membros da Câmara Técnica. Isto propiciará um fator mais coerente e mais eficaz para o desenvolvimento de tal temática.

Quanto à relevância científica e social deste trabalho, consiste em contribuir com a literatura, ainda escassa, especialmente no aspecto da regulação do acesso à saúde de média complexidade. Apesar dos avanços na regionalização em saúde, na regulação assistencial, promotora da equidade do acesso aos serviços de saúde, consoante se analisa, na realidade o processo ainda ocorre de maneira bastante incipiente. Logo, precisa de aperfeiçoamento em vários aspectos. É relevante refletir esse processo de instrumentos que asseguram, conforme a necessidade específica de cada caso, a melhoria da regulação e do acesso.

Para o desenvolvimento desse estudo partiu-se dos seguintes pressupostos:

Primeiro pressuposto: A região de saúde revela um território vivo formado por municípios que possuem um histórico de integração, com uma rede assistencial de média complexidade articulada por sujeitos políticos e técnicos com estruturas capazes de organizar o acesso dos serviços de saúde, favorecendo o atendimento das demandas de saúde da população, a resolutividade da atenção e a economia de escala.

Segundo pressuposto: A regulação assistencial ou do acesso permite organizar um conjunto de ações e estruturas capazes de operacionalizar a oferta e a demanda por serviços de saúde por meio das centrais de regulação.

Terceiro pressuposto: O acesso aos serviços de saúde continua sendo um dos grandes desafios do SUS, com obstáculos geográficos, organizacionais, informacionais, culturais. E, ainda, o acesso é contingenciado pela Programação Pactuada Integrada, elaborada a partir de séries históricas de oferta de serviços que não são atualizadas com base nas necessidades de saúde da população.

Contudo, na realidade da 2ª Região de Saúde do Ceará quais são os obstáculos de acesso? Como a regulação assistencial dos serviços de média complexidade nessa região está organizada? Como os gestores estão analisando e solucionando os problemas de acesso aos serviços de média complexidade – consultas e exames especializados – da população da 2ª região de saúde? Observa-se o domínio da técnica na regulação dos problemas de acesso e indaga-se qual o alcance da política de saúde para solucionar esses problemas?

Para responder a estes questionamentos estabeleceu-se como objetivo geral analisar a regulação do acesso aos serviços de média complexidade na 2ª Região de Saúde do Ceará. E como objetivos específicos: conhecer a região de saúde, normas e as estruturas de regulação do acesso aos serviços de média complexidade – consultas e exames especializados; identificar as condições que potencializam ou dificultam o acesso aos serviços de média complexidade – consultas e exames especializados na 2ª região de saúde;

apreender possíveis dificuldades à ampliação do acesso aos serviços de média complexidade – consultas e exames especializados.

Esta pesquisa é de natureza qualitativa. A escolha da abordagem qualitativa como opção metodológica permitirá compreender a realidade cotidiana da regionalização, da regulação e do acesso à saúde. Segundo Minayo (2009, p. 21), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares [...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.”

Trata-se de um estudo do caso, o qual, conforme Yin (2010), é um método adequado para estudar uma realidade específica, no seu contexto natural com problemática determinada visando responder a questões de como os fenômenos ocorrem e por quê. Utiliza-se este método de pesquisa na psicologia, sociologia, ciência política, antropologia, serviço social, administração, educação, enfermagem e planejamento comunitário.

O estudo foi realizado na 2ª Região de Saúde do Ceará composta por dez municípios, cujo município polo é Caucaia.

Os sujeitos da pesquisa no total de dezenove foram onze gestores – secretários municipais de saúde e coordenador da 2ª Região de Saúde – e oito membros da Câmara Técnica de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria. Como critério de inclusão constou ter experiência de no mínimo seis meses no exercício das referidas funções. Os de exclusão envolveram os sujeitos que faltaram pelo menos três reuniões consecutivas da Comissão Intergestores Regional.

Previamente à coleta de dados foram realizadas visitas à 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, para contatar a coordenadora e solicitar permissão para a realização da pesquisa. Esse contato estendeu-se ao Colegiado Gestor da Coordenadoria, ao Colegiado Interno Regional e à Câmara Técnica da 2ª Região de Saúde. Segundo Minayo (2009, p. 63), “na pesquisa qualitativa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial.” E acres-

centa: “[...] é fundamental o envolvimento do entrevistado com o entrevistador” (MINAYO, 2009, p. 67).

Considera-se que o conhecimento científico se constrói pela busca de integração entre teoria e realidade empírica e que na pesquisa qualitativa as técnicas empregadas no trabalho de campo pretendem ser intervenção entre as metas teórica-metodológicas e a realidade empírica (MINAYO, 2013). Para a produção deste estudo, utilizou-se o arranjo das três técnicas de coleta de dados: a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e a análise documental.

O estudo apresentou um roteiro de entrevistas (APÊNDICE A), com especial ênfase na busca de informações, contendo questões relevantes. De acordo com Minayo (2013), a entrevista semiestruturada é uma articulação de perguntas fechadas e abertas, podendo o entrevistado tanto discordar do tema da pesquisa como não se deter nas perguntas elaboradas.

Esse recurso metodológico constou de uma ficha de identificação para conhecimento das características dos gestores e técnicos entrevistados e de um roteiro de perguntas que lhes permitiram falar livremente, segundo sua visão, sobre a análise e a solução dos problemas do acesso aos serviços de média complexidade.

Na segunda quinzena de abril a julho de 2014, ocorreu o trabalho de campo. As entrevistas foram gravadas com a concordância do entrevistado. Em seguida foram transcritas na íntegra e analisadas, resguardando as identidades dos sujeitos participantes. Durante as entrevistas procurou-se vivenciar um clima de harmonia, interação, valorização e atenção para com os sujeitos da pesquisa. Nesse ponto, um dos incentivos, além da conscientização pessoal, foi a reflexão da Minayo (2013, p. 210), assim expressa: “Por isso, consideram que tanto pesquisadores como pesquisados são responsáveis pelo produto de suas relações e que a qualidade do desvendamento e da compreensão social depende de ambos.”

Quanto à observação sistemática, segundo Minayo (2013) consiste em formular e detalhar alguns tópicos que serão observados, visando os temas componentes do objeto da investigação e iniciando sempre pelos elementos exploratórios da realidade empírica.

Dessa forma, o presente estudo utilizou um roteiro de observação sistemática (APÊNDICE B) durante as reuniões da Comissão Intergestores Regional. Essas reuniões se realizaram mensalmente, consoante um sistema de rodízio, no qual cada encontro acontece em determinado município, com data, horário e local definidos pelo Colegiado Gestor da Coordenadoria da 2ª Região de Saúde do Ceará. Tais encontros contaram com a participação do Colegiado Gestor da Coordenadoria e do Colegiado Interno Regional da 2ª Região de Saúde do Ceará. Outro evento são os encontros da Câmara Técnica que acontecem em data, horário e local diferente daqueles.

Como sugere Minayo (2013, p. 194), “toda a observação deve ser registrada num instrumento que se convencionou chamar de diário de campo [...] principal instrumento de trabalho de observação.”

Traçados os roteiros, a investigação se iniciou com uma pesquisa bibliográfica envolvendo a exploração dos temas regionalização, regulação e acesso à saúde. Também, foi empregado um roteiro de análise documental (APÊNDICE C) para estudo das leis, decretos, portarias, plano estadual de saúde, regimentos, atas, resoluções e outros documentos considerados como relevantes para o estudo.

Quanto ao roteiro de análise documental, conforme enfatiza Minayo (2013, p. 195), “em Epistemologia chama atenção para o fato de que os textos não falam por si, eles respondem a indagações dos investigadores.”

Ainda conforme Minayo (2013), a análise e intervenção do material empírico e documental é mais que um mecanismo técnico, é a demonstração dos dados de uma pesquisa qualitativa, resultado de um levantamento teórico e

prático no campo das ciências sociais. Essa fase significa para Minayo (2009, p. 26-27), um “conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto.”

Nesta etapa foram adotados os passos preconizados pela referida autora, quais sejam: a) ordenação dos dados: reunião de todos os dados obtidos no trabalho de campo e realização da transcrição das entrevistas gravadas; b) classificação dos dados: nesta etapa se procederá à leitura exaustiva e repetida do material obtido, e se buscará o significado das falas e a construção das categorias e subcategorias do estudo; c) análise propriamente dita: será estabelecida a fundamentação dos dados, ou seja, a articulação entre os dados e os estudos da literatura (MINAYO, 2009).

De acordo com a temática da pesquisa, espera-se contribuir em diversos aspectos. No tocante às regiões de saúde, melhoria na organização e integração da rede de serviços, justificados pela hierarquização e regionalização, com a identificação dos obstáculos e gargalos em relação ao acesso aos serviços de média complexidade. Sobre a regulação assistencial, eficiência no controle e na capacidade de negociação, decisão e articulação, fortalecimento da capacidade gestora e maior desempenho na definição das funções dos diversos níveis de governos. No tocante ao acesso, é relevante a efetivação da ampliação da oferta de ações e serviços de saúde, especialmente para municípios carentes de assistência à saúde, identificando os elementos que promovam o equilíbrio da oferta de serviços e ações às necessidades de saúde da população.

Em cumprimento ao exigido, a pesquisa seguiu determinações da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, inerente aos preceitos éticos na pesquisa com seres humanos. A anuência dos participantes do estudo foi firmada mediante leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Para tanto, foram esclarecidos os objetivos, garantindo aos participantes o sigilo e o compromisso ético de mantê-los no anonimato. Ademais, assegurou-se-lhes o direito de desistir de participar em qualquer momento, independente de a pesquisa está

ou não concluída.

Assumiu-se o compromisso com a devolução dos resultados da pesquisa para o grupo estudado. Que o conhecimento da realidade possa contribuir para a melhoria dos processos de trabalho.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará. Somente após a emissão favorável do parecer nº 630.913 de 9/4/2014, passou-se à coleta dos dados.

A atual dissertação foi organizada em quatro partes, sendo a primeira a presente introdução.

O capítulo 2 aborda o referencial teórico, cujo estudo contextualiza e aprofunda a regionalização e a regulação do acesso aos serviços de média complexidade, discutindo os temas com diversos autores. Integra temas como garantia do direito à saúde assegurada pela Constituição Brasileira de 1988. Apresenta a organização dessas ações e serviços em rede regionalizada, conforme a diretriz da descentralização, dos quais impulso e efetivação se deram com base nas leis orgânicas, normas e Pacto pela Saúde. Descreve o processo da regionalização como princípio do SUS para organizar essas ações e serviços com relevantes estratégias de gestão como a CIB e a CIR. Ressalta a regulação do acesso como mecanismo de racionalizar e organizar o acesso a essas ações e serviços, segundo os princípios da equidade e integralidade. Apresenta ainda um breve histórico do processo da regionalização da saúde no Ceará, ressaltando o estado do Ceará como pioneiro na implantação do paradigma da microrregionalização cooperativa. Integra e articula estudos e reflexões de autores conhecedores dessa temática em profundidade para fundamentação e aprimoramento dessa obra.

O capítulo 3 apresenta e analisa os resultados do estudo da regionalização e da regulação do acesso aos serviços de média complexidade e suas

principais estratégias sob a ótica dos entrevistados, gestores e técnicos da regulação. Integra a análise, resultados e discussões, organizados conforme as categorias, articulando-os com o estudo de outros autores condizentes com o tema da pesquisa.

O capítulo 4 aborda as considerações finais, as quais representam uma síntese da pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO DO MARCO LEGAL DA REGIONALIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO DO ACESSO

2.1 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Historicamente, por intermédio das sociedades, os serviços de atenção à saúde foram se transformando em sistemas de saúde, que passaram a se organizar em diversas configurações, de acordo com a época e com a necessidade dessas sociedades. Para Lavras (2011), o conceito desses sistemas de saúde está relacionado à integração de ações e serviços que atendam aos problemas direcionados à saúde da população, com iniciativa tanto pública como privada. Nessa perspectiva, Lobato e Giovanella acentuam o seguinte conceito de sistemas de saúde coerente com uma visão social na saúde:

É o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade. [...] os diversos temas e problemas relativos à saúde dos indivíduos e países são hoje uma preocupação coletiva e todas as nações têm essas questões em pauta. Os sistemas de saúde têm como função solucionar esses problemas de forma mais ou menos abrangente, em cada país (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 107).

Ainda conforme os autores, “são quatro as funções principais dos sistemas de saúde – o financiamento, a prestação de serviços, a gestão e a regulação” (p. 130).

Atualmente, o sistema público de saúde no Brasil, fundamentado na Constituição Federal de 1988 contempla o direito à saúde como um direito universal. Portanto, é dever do Estado: cuidar da assistência pública, elaborar normas que visem proteger a saúde e prestar assistência médica e hospitalar por meio de políticas sociais e econômicas. Esse sistema abrange dois subsistemas: o público e o privado (BRASIL, 2007; LAVRAS, 2011).

O Sistema Único de Saúde representa o referido subsistema público com as seguintes características: público, universal, financiamento público, participação das esferas da federação, gestão pública, única, integração e articulação entre as distintas esferas e a prestação de assistência, rede de serviços públicos de Municípios, Estados e União, serviços privados contratados ou conveniados (BRASIL, 2007).

Em contrapartida, em estudos mais aprofundados, alguns pesquisadores da área de saúde coletiva apresentam algumas análises acompanhadas de um olhar crítico a respeito do SUS, as quais merecem atenção, a iniciar por Bahia sobre o princípio da universalidade:

[...] A universalização do direito à saúde, que dinamiza o debate e imprime novos sentidos às práticas de expansão de coberturas e modelos de atenção, convive, [...] harmoniosamente, com um expressivo mercado de serviços e empresas de planos de saúde privados, que também incorpora novos processos gerenciais e tecnológicos [...] o direito universal à saúde, o qual fundamenta o [...] SUS, representa uma profunda ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas de saúde no país (BAHIA, 2005, p. 407).

Nessa linha, Santos amplia o leque dessa visão crítica no âmbito do princípio da integralidade de uma forma contextualizada e realista: “O direito da saúde, adensado por diretrizes e princípios jurídicos em sede constitucional, exige um olhar interdisciplinar” (SANTOS, 2013, p. 16).

E continua:

[...] Um marco em qualquer estudo da saúde no âmbito da Administração Pública é a compreensão de que a integralidade da assistência à saúde – princípio do direito à saúde que compete ao SUS – somente se efetiva para o cidadão e para a coletividade em um sistema de colaboração, cooperação, compartilhamento e consenso entre os entes federativos. A partir dessa ideia-guia, construir os liames necessários entre o Sistema Único de Saúde, o nosso federalismo – bastante centralista – e nossa administração pública, que pouco se inovou, com a execução das ações e serviços de saúde (SANTOS, 2013, p. 17-18).

Vale ressaltar o comentário de Paim *et al.* (2011, p. 28) sobre as contradições entre os setores público e privado:

À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores, público e privado, criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde. Embora o financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos.

Nesse contexto, o subsetor privado inclui a saúde suplementar e o liberal clássico. No liberal clássico, os serviços são particulares e permitem aos profissionais estabelecerem os requisitos de tratamento e remuneração. A saúde suplementar abrange os planos e seguros de saúde com financiamento privado – indivíduos e empresas – é regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, com subsídios públicos por meio da renúncia fiscal. Vários dos serviços privados são conveniados ou contratados pelo subsistema público (BRASIL, 2007).

No tocante à expansão do setor privado de saúde, como ressaltam Ugá e Porto (2008, p.482):

correspondendo à estrutura herdada do modelo do sistema de saúde prévio ao SUS, no qual o papel do Estado havia sido fundamentalmente o de promover a expansão do setor privado, a estrutura do gasto nacional em saúde está bastante marcada por essa herança.

Ao mesmo tempo, os referidos autores constatarem uma contradição no SUS, ao argumentar que “é baixa, portanto, a participação do gasto público no sistema de saúde brasileiro, tendo-se em mente os princípios da universalidade e da integralidade do acesso à atenção à saúde que norteiam o SUS” (UGÁ; PORTO, 2008, p.483).

Na expectativa de conhecer para enfrentar as enormes barreiras do sistema de saúde brasileiro, conforme argumenta Mendes (2001) o Brasil se identifica como um país amplo em tamanho e em número de população, complexo e desigual, contendo fortes diferenças no campo econômico, social, cultural, demográfico e sanitário entre suas regiões. Nestas, há grupos sociais

diferenciados. Esse contexto mostra o quanto é importante a descentralização para a promoção das políticas públicas.

É válido transcrever aqui alguns dos argumentos essenciais sobre o SUS trazidos por Mendes (2013, p. 27), ao reconhecer a novidade do SUS e sua curta existência, com grandes desafios a superar, quando afirma:

[...] há três grandes desafios para o SUS: a organização macroeconômica do sistema de saúde no Brasil, a organização microeconômica expressa no modelo de atenção à saúde que pratica e o financiamento (MENDES, 2013, p. 27).

Ainda segundo Mendes (2001), o Brasil é constituído por um sistema federativo, abrangendo três dimensões político-administrativas: a União, os Estados e Municípios. O sistema federativo é reconhecido no panorama mundial em virtude das suas entidades federativas serem autônomas, tanto nos setores político, administrativo como no financeiro. Isso requer uma política de descentralização cooperativa para organização do sistema de serviços de saúde. Para Santos e Andrade (2013), constitucionalmente, o SUS nos induz a compreendê-lo como um modelo ligado a um Estado unitário, porquanto, todos os entes federativos e seus serviços têm o dever de se integrarem, constituírem uma rede de serviços, além de ser um único sistema que garanta a integridade de saúde do indivíduo.

Para agregar elementos a fim de compreender esse Estado, recorre-se a Santos (2013, p. 38) que afirma, “a formação da estrutura federativa brasileira teve início com a proclamação da República em 1889”. No presente, esse tema tem como base o artigo 18 da CF/88, quando afirma que o Brasil representa uma *República Federativa*: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.”

Nesse contexto, Santos e Andrade (2013, p. 44) propõe os seguintes conceitos distintos: o *Estado federal* representa organizações políticas diversas, tanto com poderes como com competências próprias, “em princípio intocáveis ante as autonomias federativas”. O Estado unitário é conduzido pelas regi-

ões e possui complexidades quer nas divisões administrativas quer nas organizações descentralizadas, porém, o poder é direcionado para um único centro.

Essas definições ora mencionadas no campo da saúde são explicadas por Santos e Andrade, nesta citação:

O modelo organizativo da saúde (sistema único) causaria menor dificuldade executiva em um Estado unitário; mas, num Estado federado, como o brasileiro, o qual compreende o município como o ente político e autônomo, e não como uma divisão política do Estado-membro. [...] os sistemas são múltiplos: o municipal, o estadual e o federal, devendo os entes federativos, para atingir determinados objetivos constitucionais e legais, tão somente colaborarem entre si, sem a necessidade de unir seus serviços e recursos em uma única rede, como é o caso da saúde (SANTOS; ANDRADE, 2013, p. 44).

Evidentemente os serviços de saúde devem ser interconectados e interacionados entre si. Assim, em redes de serviços se podem garantir entre ambos os municípios, a integralidade da sua saúde, pois não há possibilidade dos municípios responderem sozinhos pela atenção à saúde da população. Daí, ser necessária a existência da rede interfederativa de saúde. Essa surge da indispensável articulação que deve haver entre as entidades políticas para que, por meio da integração e compartilhamento, haja planejamento, gerência de recursos e referência entre si, porém, interdependentes, tanto política como administrativa e financeira. Constitucionalmente, o SUS se realiza na hierarquia (SANTOS; ANDRADE, 2013).

A rede interfederativa abrange o Estado federal ou nacional com seus entes políticos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e sua organização é gerida nos âmbitos federal, interestadual, metropolitana, regional ou intraestadual e intermunicipal (SANTOS; ANDRADE, 2013). E acrescentam, ao conceituar essa rede interfederativa como a gestão de um sistema de saúde que se integra por meio da união dos seus entes interfederativos. Esses entes interfederativos de saúde formam os colegiados interfederativos e se caracterizam por serem autônomos e interdependentes na garantia da integralidade da atenção à saúde. Para isso, suas decisões são consensuais e se realizam nas Comissões Intergestores federal, estadual e regional, consubstanciadas em Contrato Organizativo de Ação Pública (SANTOS; ANDRADE 2013).

Para institucionalizar essa organização interfederativa foi aprovada a Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011), que veio alterar a Lei 8.080/90, ao estabelecer, legalmente, as instâncias colegiadas interfederativas do SUS representadas pelas Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional, com objetivos e atribuições específicas. “As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, criadas em 1991, ainda que cumpram um papel relevante na gestão do SUS, são arranjos que não alcançaram a necessária institucionalização” (SANTOS; ANDRADE, 2013, p. 117), por advirem do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde de Estado e não do SUS (SANTOS; ANDRADE, 2013).

Dessa forma, o conceito e os objetivos das referidas Comissões Intergestores estão previstos na Lei 12.466 (BRASIL, 2011b), estabelecendo em seu artigo 14-A que:

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

- I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;
- III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e, demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (BRASIL, 2011b).

A referida Lei 12.466 (BRASIL, 2011b) define os Conselhos de Gestores como representantes institucionais com poderes visando celebrar os pactos para efetivação do SUS. São eles: O Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. São reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde, devendo receber recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio das suas despesas institucionais.

Dessa forma, um dos aspectos a contribuir expressivamente com a rede interfederativa foi a descentralização do Sistema Único de Saúde, a qual incentivou várias funções do planejamento do sistema de serviços de saúde ao direcionar seu eixo para a área loco-regional, destacando os municípios na execução da política de saúde. O êxito da descentralização está associado a uma sólida regionalização, como diretriz da formação do sistema das ações de saúde (FERREIRA *et al.*, 2011).

Apenas no término da década de 1990, por meio do processo de regionalização, introduziu-se através dos Estados o restabelecimento do desempenho de intermediação na saúde e prosseguiu-se na concretização das práticas da sua função política, diante da necessidade de refletir mecanismos para o combate da fragmentação do sistema público de saúde.

A partir de 2003, a significância do apoio concedido pelos estados aos municípios foi representada por temas tais como as “redes de atenção à saúde” (VIANA, 2011). Para Kuschnir e Chorny (2010), a rede regionalizada de atenção à saúde é constituída por um conjunto de unidades (pontos de atenção), de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, no intuito de satisfazer às necessidades e demandas da população.

Conforme a Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006, a qual divulga o Pacto pela Saúde, a prioridade é dar continuidade à regionalização e descentralização do SUS, respeitando seus princípios e reconhecendo suas peculiaridades regionais. Assim, o Pacto pela Saúde 2006 reforçou vários mecanismos para a organização e qualificação da gestão: Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação Social, Gestão do Trabalho, Educação na Saúde (BRASIL, 2006b). Os avanços no Pacto de Gestão ensejam que a regulação da atenção à saúde dê um grande impulso, como instrumento promotor de equidade, acessibilidade e de integralidade da atenção e que a organização da gestão do SUS seja fundamental para o alcance do objetivo da RAS (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, o processo de regionalização representa o êxito de um planejamento coordenado, o qual aborda os conceitos de territorialidade no reconhecimento de intervenção e de conformação prioritárias de sistemas das funções de saúde, não somente de competência municipal. Ressalta seus limites como unidade inseparável, a fim de assegurar o acesso à saúde dos cidadãos na totalidade das funções e serviços adequados, visando tanto à resolução dos problemas de saúde como à qualificação dos recursos disponíveis (BRASIL, 2006b).

De acordo com Viana (2011), a regionalização é um processo técnico-político, regulado tanto pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde como também pela distribuição de poder e pelas relações entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, em diversos espaços geográficos.

Conforme enfatizam Dourado e Elias (2011, p. 205):

A regionalização é uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes para garantir a efetivação do direito à saúde no País. Pela natureza federativa do sistema, isso só pode ser realizado mediante arranjos institucionais estabelecidos entre entes federados. Portanto, para que se consolide a regionalização de ações e serviços de saúde no Brasil, devem ser considerados os condicionantes derivados do modelo de federalismo e do desenvolvimento das relações intergovernamentais, observando a inserção de figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados.

Entretanto, a regionalização, segundo Conill (2007), traz seus desafios situados nos níveis macro, meso e micro. Para Silva (2013) esses desafios macro dizem respeito a programarem, coerentemente, grandes diretrizes políticas integradas em rede. Os desafios meso incentivam a superação dos obstáculos próprios das regiões de saúde, de modo especial os relacionados com a estrutura. E enfim, os desafios micro possuem relação com a superação dos obstáculos referentes ao trabalhador e usuário, priorizando o cuidado.

O Decreto 7.508 no dia 29 de junho de 2011, o qual regulamentou a Lei 8.080/1990, traz elementos que indicam caminhos para enfrentar alguns

desafios para organizar o SUS, planejar a saúde, dar assistência à saúde e articular os entes interfederativos (BRASIL, 2011a). Nesse contexto, vale citar o destaque de Santos e Andrade a respeito do referido decreto:

A lei como um todo não foi regulamentada, tratando o Decreto da organização do SUS assentada na regionalização e hierarquização dos serviços, trazendo para o centro da organização a regionalização – uma descentralização unida pela regionalização. A região é a delimitação territorial da rede de atenção à saúde, uma vez que a Constituição, em seu art. 198 define o SUS como a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos em rede regionalizada (SANTOS; ANDRADE, 2013, p. 58).

Para Santos e Andrade esse decreto trouxe “[...] novos regramentos a respeito da região, do acesso ordenado à rede de atenção à saúde, do planejamento integrado e regionalizado, do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP” (SANTOS; ANDRADE, 2013, p. 57).

No tocante às regiões de saúde, o Decreto 7.508 estabelece que o Estado seja o responsável pela instituição das referidas regiões, por meio da articulação com os Municípios. Nesse sentido, há de se respeitar as diretrizes gerais pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite pactuou. (BRASIL, 2011a).

A região de saúde, conforme os estudos de Santos (2013, p. 91-92), [...] “é necessária para a efetividade do direito à saúde”. [...] “espaços onde se localizam os serviços de saúde”. “Unidos os municípios, eles passam a constituir uma região de saúde para organizar, planejar e executar de maneira compartilhada os serviços de saúde”.

2.2 REGULAÇÃO EM SAÚDE: BREVE HISTÓRICO E CONCEPÇÕES

No Brasil, a regulação da saúde é um processo imprescindível para a efetividade do modelo de prestação de serviços de saúde. Esse processo ocorre com a mediação entre a demanda e a eficiência da referida prestação. Nesse contexto, a regulação dos serviços de saúde foi sempre um sistema atuante tanto nas Caixas de Aposentadoria e Pensões, como nos Institutos de Aposentadoria e Pensões, ao estabelecer regras destinadas à utilização e à

oferta desses serviços. Esse processo foi mais acentuado nos IAPs, em virtude do modelo de adoção de compra de serviços (SANTOS; MERHY, 2006).

Por sua vez, o Instituto Nacional de Previdência Social ao ser implantado em 1966, trouxe visível avanço ao processo de regulação e, dessa forma, a assistência à saúde, até então prestada pelo Estado, passou a ser conduzida pela iniciativa privada. Daí, o INPS estabeleceu relações de dependência de uma rede de prestação de serviços a ser difundida no país inteiro, cujo processo de organização representou o mais novo e mais relevante instrumento de regulação em saúde que a Instituição desempenhou. A referida regulação, agregada aos seus prestadores, revestiu-se de diversas modalidades, tais como: regulação comercial, administrativa, financeira e assistencial (SANTOS; MERHY, 2006).

No aspecto da regulação comercial, a assistência à saúde era realizada mediante o pagamento dos seus credenciados, e quem optasse por procedimentos via Unidades de Serviços obtinha uma prestação de serviços fragmentada e com custos elevados. Quanto à regulação administrativa, o controle e a avaliação tiveram grande influência na prestação da assistência pela rede credenciada. Essa prestação seguia os padrões das revisões administrativas, notas explicativas e autorizações. Na regulação financeira, uma tabela tanto restringia o orçamento como definia os valores. Dessa forma, o acesso e as ações de assistência à saúde eram destinados apenas aos que tinham alto poder aquisitivo. Durante esse tempo inicial, a regulação da assistência foi insignificante para a construção e consolidação da regulação da assistência à saúde no Brasil, tanto pela qualidade dos serviços prestados como pela regulação desse acesso e critérios de seleção das ações de saúde (SANTOS; MERHY, 2006).

Ainda segundo esta fonte, no INAMPS, a constituição dos sistemas de controle, avaliação e auditoria foi bastante relevante para o processo da regulação. Mais adiante, a inserção desses sistemas no movimento de descentralização das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ocorreu sem transgredir a originalidade da sua constituição. Além disso, a realização das

ações seguiu seu percurso normal e objetivava acompanhar a relação econômica firmada com os prestadores credenciados, particularmente no tocante à correção das faturas apresentadas (SANTOS; MERHY, 2006).

O significado do termo regulação, suas práticas e finalidades se modificaram e, com isso, ampliaram as interpretações acerca desse tema que, ainda hoje, continua presente nos debates. Na opinião de Castro (2002), para a superação dos mais instigantes problemas dos sistemas de saúde, a regulação em saúde, seja nos países desenvolvidos ou nos emergentes, é enfoque de discussão e tem despertado interesse. De acordo com Santos, Ugá e Porto (2008) e Bahia (2005), na área da saúde no Brasil, a regulação é definida como uma intermediação entre Estado e mercado, tendo em vista que o sistema de saúde se divide em subsistemas público e privado. No subsistema público, o privilégio histórico na obtenção de serviços cabe ao prestador privado.

Vale mencionar, a regulação é um termo abrangente e, consequentemente, admite múltiplos significados. Nessa perspectiva, a regulação está relacionada ao monitoramento, autorização do funcionamento e controle de atividades públicas (SILVA, 2013). Já para Santos e Merhy (2006), o que constitui a regulação em saúde é a prestação de serviços que diversos sujeitos ou instituições exercem ou contratam.

Nesse sentido, segundo Lobato e Giovanella (2008), a regulação significa um conjunto de mecanismos tanto legais quanto normativos, os quais, no âmbito dos sistemas de saúde, cumprem a função de conduzir a relação entre os componentes dos referidos sistemas. Regras é o sinônimo de regulação e são solicitadas para o alcance dos objetivos desses sistemas, tendo em vista sua crescente complexidade, custos elevados, novas tecnologias, profissionais diversificados, mercados concentrados.

Do ponto de vista de Silva (2013, p. 201), para consolidar as redes de atenção à saúde é imprescindível aprimorar a regulação nas regiões de saúde por meio dos seguintes elementos: “a) fortalecimento da atenção básica; b) organização da rede de atenção à saúde como consequência da atenção básica; c) fortalecimento da regulação; d) fortalecimento da gestão regional.”

Entretanto, nessas regiões de saúde, o fortalecimento da regulação ocorre por meio dos seguintes passos: 1. Identificar os usuários e cadastrar os estabelecimentos; 2. avaliar os instrumentos que regulam a oferta assistencial; 3. legitimar e criar ou readequar os protocolos técnico-assistenciais; 4. criar ou adequar o suporte logístico (SILVA, 2013).

Ainda segundo este autor, o processo de regulação teve a sua origem nas seguintes formas: a microrregulação, com estratégias para o acesso das pessoas e a macrorregulação, com as definições de políticas e de estratégias de gestão que abordam os planos estratégicos, os projetos prioritários, o controle social, o orçamento majoritário, as políticas sociais e de recursos humanos e as regras direcionadas ao setor privado.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO E REGULAÇÃO DO ACESSO

Em consonância com o Pacto de Gestão 2006, e complementarmente, foi implantada a Portaria 1.559, de 1º de agosto de 2008 que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS. Esta tanto contribui para o fortalecimento da regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde como assegura a organização das redes e fluxos assistenciais, favorecendo acesso equitativo, integral e apto aos serviços de saúde. Assim, a PNR propõe à regulação em saúde três dimensões de atuação, apresentada com os respectivos objetos, sujeitos e ações no quadro 1, porém com integração entre elas: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

Quadro 1 – Dimensões da regulação, seus objetos, sujeitos e ações.

Dimensões	Objetos	Sujeitos	Ações
Regulação de Sistemas de Saúde	Sistemas de saúde: municipais, estaduais e nacional.	Gestores públicos	Ações de monitoramento, controle, avaliação, regulação, auditoria e vigilância. Inclui também a elaboração de decretos, normas e portarias, planejamento, financiamento e fiscalização de Sistemas de Saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, regulação da saúde suplementar.
Regulação da Atenção à Saúde	Secretarias de saúde: estaduais e municipais.	Gestores públicos	Estratégias e diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência, Controle e avaliação de serviços e auditoria assistencial de condições sanitárias, de indicadores epidemiológicos, e serviços de saúde, cadastramento tanto de estabelecimentos e profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; cadastramento no sistema do Cartão Nacional de Saúde; contratualização de serviços de saúde; credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; Programação Pactuada e Integrada;

			utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.
Regulação do Acesso à Assistência	Organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais.	Gestores públicos	Autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e critérios de priorização.

Fonte: Política Nacional de Regulação (2008).

Por conseguinte, segundo a Política Nacional de Regulação do SUS, a regulação dos sistemas de saúde precede o exercício contínuo da regulação do acesso numa representação regulatória em saúde que, por meio de Complexos Reguladores, torna-se disponível uma rede de atenção integral e equitativa (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, os Complexos Reguladores representam habilidade, organização e planejamento da atenção às necessidades de saúde dos usuários, visando à garantia da integralidade da atenção. São instrumentos condutores, orientadores e definidores de atenção à saúde, propiciando às ações e aos serviços de saúde agilidade e praticidade, tendo em vista os interesses sociais e coletivos (BRASIL, 2006b). Como estrutura que realiza a operação das ações da regulação do acesso, “os Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação” (BRASIL, 2008) podem ter abrangência e estrutura a serem pactuadas junto às modalidades de gestão e gerência, a seguir:

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado; II - Complexo Regulador Regional: a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação (BRASIL, 2008).

Como evidenciado, a referida Portaria 1.559 de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, explicita que a organização do Complexo Regulador ocorre nas Centrais de Regulação, conforme exposto a seguir:

- I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;
- II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e
- III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

Assim sendo, a atenção à saúde da população se efetiva na dimensão do acesso, a qual consiste na capacidade do sistema de saúde de gerar serviços que atendam às necessidades manifestas e potenciais, individuais e coletivas de atenção à saúde, em local e tempo oportunos (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Regulação dispõe no artigo 5º as ações da terceira dimensão de atuação, denominada Regulação do Acesso à Assistência.

- Art. 5. A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:
- I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes (BRASIL, 2008).

A garantia do direito das pessoas ao acesso e à utilização aos serviços de saúde públicos de boa qualidade, mediante a organização desses serviços em redes, requer a criação de regras por parte do Estado, de forma direta, tendo em vista a ação dos mercados. Isso significa que há uma passagem de um Estado prestador para um estado regulador. Porém, é na gestão e usando a regulação como um forte instrumento dessa gestão, que o Estado regula o

acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, o Estado provedor passa a Estado assegurado da produção dos serviços. Portanto, a regulação procura interferir na prestação dos serviços. O mais importante sujeito da regulação, no campo da saúde, é o Estado (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012). Nessa linha, o papel do Estado em relação à regulação é descrita por Vilarins, Shimizu e Gutierrez:

Como efetivador das políticas públicas em saúde, o Estado utiliza a regulação do acesso aos serviços públicos como um poderoso instrumento de gestão. Todavia, há que se debater a utilização desse instrumento sob a ótica da transição do Estado provedor para o Estado garantidor da produção dos serviços públicos, visto que a regulação interfere na prestação desses serviços (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012, p.643).

Com suporte na Política Nacional de Regulação os trabalhos tais como captação, análise e manutenção das informações geradas, os quais se processam na Regulação do Acesso à Assistência, contarão com a integração para seu aprimoramento ou implantação, compreendendo a totalidade dos âmbitos de gestão do SUS, conforme as competências de cada âmbito de governo (BRASIL, 2008).

Para implantação da Política Nacional de Regulação dos referidos processos de trabalho são indispensáveis estratégias de ação e de intervenção. Essas estratégias são construídas por meio das áreas técnicas de regulação, controle e avaliação. Nesse sentido, a área técnica de regulação do acesso gera informações que representam apoio ao processo da produção como condição para o faturamento, consoante determinam as normas peculiares da União, Estado e Municípios (BRASIL, 2008).

Além do mais, os fluxos de referência e contrarreferência têm como base a programação assistencial, além de serem acompanhados pela autorização de procedimentos, tais como a Autorização de Internação Hospitalar e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade, em integração com outras ações da regulação do acesso (BRASIL, 2008).

É oportuno chamar a atenção para o fato de que as estruturas que estabelecem a referida área técnica da regulação do acesso são intituladas de Complexos Reguladores (BRASIL, 2008). A efetivação da regulação da assistência se dá por intermédio da implantação de complexos reguladores, instrumentos efetivos de integração das unidades de trabalho de responsabilização, em prol da regulação das urgências, consultas, leitos e demais necessários (BRASIL, 2002). Tais complexos são formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação. Essas centrais são descentralizadas e possuem um nível central tanto de coordenação como de integração (BRASIL, 2008). “Os Complexos Reguladores foram instituídos como uma das estratégias de regulação assistencial. Podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional” (OLIVEIRA; ELIAS, 2011, p. 214).

Em face da relevância de um acesso ordenado, regulado, a Portaria 1.559 de 2008 define o Complexo Regulador em seu nono artigo, e ainda, estabelece as funções relacionadas com cada âmbito interfederativo. O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: Complexo Regulador Estadual, Complexo Regulador Regional e Complexo Regulador Municipal (BRASIL, 2008).

Como se pode observar, os serviços de saúde devem contribuir para organizar a assistência e a integralidade, permitindo que a oferta atenda às necessidades mais urgentes da população. A central de regulação do acesso estabelecida pelo SUS possui em sua organização a delimitação de temas ou áreas livres. Diante da operacionalização da regulação assistencial, grandes avanços ocorreram, porém, ainda introdutórios e dependentes de reajustes. Para isso, são indispensáveis instrumentos para garantir tanto a qualidade como a adequação às necessidades e destino dos mecanismos médico-hospitalares (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Nesse contexto, a regulação assistencial organizada em rede, por territórios locais, microrregionais, macrorregionais, estaduais e interestaduais

(MENDES, 2011) é promotora da equidade do acesso aos serviços de saúde e garantia da integralidade da assistência equânime, ordenada, oportuna e racional (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012),

A efetividade da Regulação do Acesso à Assistência ocorre pela disponibilidade da atenção às urgências, consultas e leitos. Apresenta como objetos a organização, o controle, a gerência e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais do SUS. Dentre as ações, incluem-se: a regulação da atenção médica pré-hospitalar e hospitalar às urgências, controle de leitos e agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização de procedimentos por intermédio dos protocolos assistenciais; estabelecimento de referências em distintos níveis de complexidade, envolvendo as instâncias local, intermunicipal e interestadual, de acordo com a pactuação de fluxos e protocolos. Cabe ao gestor estadual, como um dos seus compromissos, regular as referências intermunicipais, constatadas no processo tanto da elaboração da programação pactuada e integrada como de regionalização, do desenho das redes. Tal dimensão abrange a regulação médica por meio do exercício da autoridade sanitária, visando garantir o acesso e tomando como base protocolos, classificação de risco e critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Destaca-se, ainda, outro aspecto significativo para a Regulação em Saúde, qual seja o Sistema Nacional de Regulação. Esse sistema online, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, foi implantado pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, com a colaboração do Departamento de Informática do SUS. É um software que faz uso de navegadores, tais como Internet Explorer, Mozilla Firefox. Tem como objetivos informatizar a central de regulação para o gerenciamento do Complexo Regulador, desde a rede básica à internação hospitalar; humanizar os serviços; controlar o fluxo; otimizar a utilização dos recursos; integrar a regulação do acesso à avaliação, controle e auditoria (OLIVEIRA; ELIAS, 2011; TROCCOLI, 2011). Esse sistema “[...] representa um movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores e à integração dos múltiplos sistemas de informação em uso” (OLIVEIRA; ELIAS, 2011, p. 215).

Ademais, esse sistema consta dos seguintes módulos: 1. A regulação de consultas e procedimentos por meio de agendas, filas de espera e grades de estabelecimentos; 2. a regulação dos procedimentos que requerem Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade, por meio da autorização prévia, agendas e filas de espera; 3. a regulação de leitos hospitalares, mediante autorização de internação, mapas de leitos e tempo médio de permanência; 4. o cadastro de usuários, conforme o Sistema do Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde (TROCCOLI, 2011).

Esse avanço tecnológico incentivou o estado do Ceará a lançar no dia seis de janeiro de 2014 o projeto da nova versão do Sistema, denominado UNISUS WEB. Esse sistema tem como objetivos tornar ágil e veloz as informações de regulação assistencial do Estado e interconectar todas as estruturas prestadoras de saúde pública em uma rede única integrada. Definido como um sistema online de autotreinamento, encontra-se disponível no site www.ihealthce.com.br. Referido site menciona que a Secretaria do Estado de Saúde do Ceará coordena o Sistema Estadual de Regulação Assistencial, cujas unidades operacionais detêm responsabilidades peculiares. Aludido sistema integra atividades distintas, de tal forma que o Controle, Avaliação e Auditoria são realizados por meio da Secretaria de Saúde do Estado, enquanto a Regulação Assistencial por intermédio das Centrais Regionais de Regulação Assistencial integrantes das macrorregiões de Fortaleza, Sobral e Cariri (UNISUS WEB).

2.4 O ACESSO ÀS AÇÕES E AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O SUS tem sua forma de acesso às ações e serviços de saúde expressa no artigo 13 do Decreto 7.508/2011:

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
- III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

É no âmbito da procura e da entrada no serviço que o acesso se revela como o elemento intermediador. Nesse aspecto, acesso é o conjunto de atributos ofertados aos serviços de saúde, que pode favorecer ou dificultar as pessoas ao fazerem uso desses serviços e se configura numa possibilidade dos serviços serem oferta e resposta às necessidades de saúde do usuário (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). A questão do acesso ganha destaque nas conferências de saúde, evidenciada pelo grande número de resoluções e moções a ele relacionado (BRASIL, 2009).

Como constata Merhy *et al.* (2006) em seus estudos, conceituar o acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania e necessidade incontestável leva a reconhecer que a configuração dos modelos assistenciais de saúde deve se dar pela organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais.

Dessa forma, o acesso é a relação entre a procura e a porta de entrada no serviço (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). É o mais relevante projeto para a busca da equidade da atenção aos serviços de saúde (OLINDA; MIRANDA, 2006). No entanto, nessa “busca da equidade” há o confronto com inúmeros obstáculos (VILARINS, SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012, p. 641). Para Travassos e Castro (2008), o acesso apresenta a definição pautada por diversas dimensões e cada dimensão é uma expressão de um conjunto de características de oferta que pode significar abertura ou fechamento para as pessoas utilizarem os serviços de saúde. Essas características que geram um fechamento na sua oferta são os obstáculos de acesso, os quais podem ser geográficos, financeiros, organizacionais, informacionais, culturais, entre outros.

Em relação aos obstáculos geográficos, a população encontra resistência para o deslocamento, decorrente da distância, especialmente os mais pobres. Já os obstáculos financeiros revelam o aumento das desigualdades

sociais no acesso aos serviços de saúde e significam que quanto mais procedimentos ambulatoriais, mais elevados são os custos e mais remota fica a possibilidade desse acesso aos mais pobres. Os obstáculos organizacionais são as características do arranjo, tipo e qualidade dos recursos, quer sejam humanos ou tecnológicos, tais como: tempo de espera, função de serviços, acolhimento, qualidade, política de humanização, cuidado. Esses eventos geram a descentralização dos serviços e a participação comunitária. Os obstáculos informacionais dependem do nível de informação dos usuários, capital cultural das famílias, grau de escolaridade e do acesso aos meios de comunicação, como a internet. Portanto, esses obstáculos necessitam se adequarem ao nível cultural e educacional de cada grupo com vistas à facilidade do acesso e redução das desigualdades do acesso à saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Contudo, esses diversos obstáculos que afetam o acesso, são, na maioria das vezes, provenientes de fatores institucionais vinculados às regras de funcionamento do sistema, como as exigências formais (endereço/documentos) e os meios de operação (BRASIL, 2009).

2.5 ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PARA GARANTIA DO ACESSO

Para compreender a regulação do acesso à saúde, foi preciso entender alguns elementos da organização das redes de atenção. Essa temática domina a discussão dos processos de organização do SUS. Nesse sentido, resgataram-se alguns conceitos que permitem adentrar nesse debate.

A visão de redes como organizações é enfatizada por Castells (2007), ao comentar acerca da importância de reconhecer que as redes constituem novas modalidades de organização social, seja do Estado ou da sociedade, mediante o necessário suporte tecnológico de informação e o conjunto dos seus elementos próprios, tais como: interconexão, integração, interação, autonomia, ausência de hierarquia, confiança e cooperação. Segundo Santos (2013, p. 145), “é importante ressaltar que, na rede de saúde, a interconexão

dos serviços e de todo o aparato tecnológico e humano que a integra pertence a entes federativos, autônomos”.

É importante ressaltar o objetivo da Rede de Atenção à Saúde:

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (CARVALHO; MEDEIROS, 2013, p. 128).

Mendes (2011) menciona que as propostas de Redes de Atenção à Saúde não são antigas, mas, sim recentes, surgindo nos Estados Unidos por volta da metade dos anos 90 diante de experiências obtidas nos sistemas integrados de saúde. Posteriormente, outros países da Europa Ocidental e o Canadá adotaram essas propostas de redes em seus sistemas públicos e mais recentemente os países em desenvolvimento. As RAS são organizações nas quais o poder é exercido por muitos. Estas organizações consistem em um conjunto de serviços de saúde, integrados entre si por um compromisso único, por metas comuns e por uma ação compartilhada e interdependente, que possibilita ofertar uma atenção contínua e integral coordenada pela atenção primária à saúde a determinada população, articulada efetivamente no tempo, lugar, custo e condição e de maneira humanizada, inclusive as responsabilidades sanitárias e econômicas da população.

Nesse prisma, na organização dessa rede de serviços de saúde é relevante definir a linha de cuidados como um complexo de saberes, tecnologias e recursos que se prestam ao combate dos riscos, agravos ou condições relacionadas ao ciclo de vida ou outro método técnico-sanitário, os quais, respeitando a precisão, a articulação e a continuidade da oferta, têm como meta principal a organização e qualificação das redes de atenção à saúde, em prol da integralidade da atenção (SANTOS; ANDRADE, 2013).

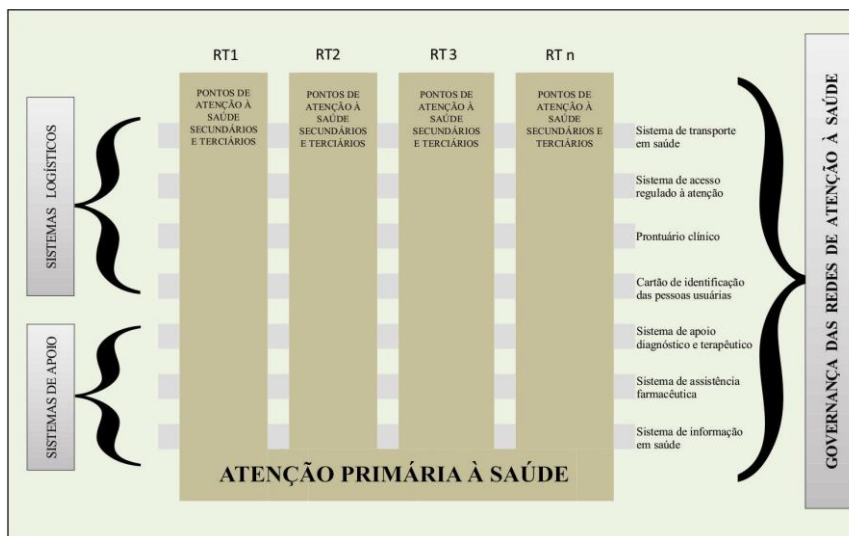
Entretanto, como enfatizam Silva *et al.* (2012) apesar dessa organização de redes de saúde e do planejamento de suas ações, na ocasião em que a regulação não condiz com sua finalidade eficaz, possivelmente, ocorre descumprimento das programações pactuadas, bem como obstáculos de aces-

so dos usuários aos serviços de saúde, incluindo as barreiras físicas e hierárquicas.

Como proposto, “os sistemas de saúde organizam seus serviços em níveis de atenção segundo a complexidade da assistência” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 127). Esses níveis são pontos de atenção à saúde, os quais se subdividem segundo os sistemas de territorialização (MENDES, 2011). Nessa lógica, o SUS tem como função realizar os serviços de saúde, tais como promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores, educação sanitária e o cuidado e organização desses seus serviços em níveis de atenção primária, secundária e terciária (PAIM *et al.*, 2011).

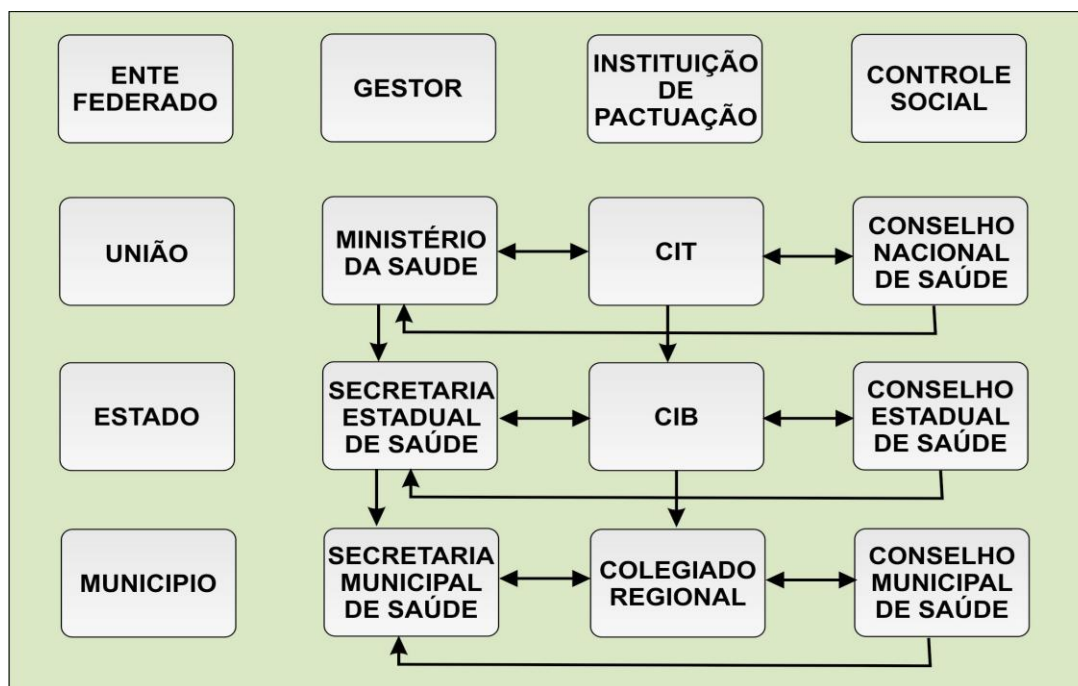
Segundo Teixeira e Ouverney (2007), as redes possuem configurações horizontalizadas com participantes autônomos que estabelecem consensos provenientes de negociação entre eles. Esses consensos originam os objetivos e estratégias definidos pela rede, impulsionando maior comprometimento e atenção em relação às metas partilhadas, ou seja, maior fortalecimento dessa rede. Ainda segundo os autores (2007, p. 70) “somente as redes proporcionam uma base de gestão capaz de promover estratégias visando à convergência de percepções, interesses e objetivos e a redução das incertezas aí subjacentes”.

Segundo Mendes (2011), a organização desse sistema em redes toma como principais dimensões o modelo institucional, o sistema gerencial e o sistema de financiamento. Os pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio e logísticos formam a estrutura operacional das redes de atenção à saúde (figura 1) e o sistema de governança governa esses pontos e esses sistemas.

FIGURA 1 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde

Fonte: Mendes, 2011.

Nesse sentido, o modelo institucional do SUS (figura 2) é um arranjo institucional que “está ancorado no federalismo brasileiro de tipo cooperativo e intraestadual” (MENDES, 2011, p. 164). “Enfim, a plena institucionalização da rede envolve sua efetiva inserção estratégica no sistema externo por meio de canais externos de articulação e construção da governança democrática” (Teixeira e Ouverney, 2007, p. 67). O federalismo cooperativo compreende a cooperação entre os entes nas “instâncias permanentes de pactuação, a Comissão Intergestores Tripartite e as Comissões Bipartites. Esses mecanismos decisórios interfederativos garantem, ademais, o caráter de federalismo intraestadual” (p. 165).

FIGURA 2 – O modelo institucional do SUS

Fonte: Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Ver Mendes, (2011).

Ainda para Teixeira e Ouverney (2007, p. 77) “[...] a institucionalização da rede implica um padrão de interdependência em que os atores desenvolvem ações coletivamente planejadas e deliberadamente orientadas para a ênfase nos objetivos comuns”.

Esse arranjo institucional está relacionado às Comissões Intergestores federal (tripartites ou CIT), na esfera da União, vinculada ao Ministério da Saúde, as Comissões Intergestores Bipartite na esfera estadual, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, e os Colegiados de Gestão Regional na esfera das regiões de saúde, vinculada às secretarias municipais de saúde (MENDES, 2011; ELIAS; DOURADO, 2011). São denominadas de colegiados interfederativos. Logo, a questão estratégica desse arranjo consiste em criar e fortalecer “instâncias de pactuação e coordenação regional (regionais da SES, CGR ou CIB regionais [...])” (ALBUQUERQUE; MELLO; IOZZI, 2011, p. 126). O CGR ou CIR consiste de “espaço de decisão [...] definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de atenção à saúde integrada e resolutive” (MENDES, 2011, p. 172). “Os colegiados participativos (Conselhos de Saúde) [...] têm como atribuições [...] definir as diretrizes das

políticas de saúde e fiscalizar as ações dos gestores, também nos aspectos financeiros, em sua esfera de abrangência (ELIAS; DOURADO, 2011, p. 119).

Como explicita o Decreto 7.508/11 a região de saúde deve promover ações e serviços direcionados à atenção primária, urgência e emergência, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

É importante ressaltar que esses serviços devem estar organizados em RAS, as quais promovem a articulação das relações junto da população e suas subpopulações agrupadas por riscos, como as intervenções de atenção à saúde e as sanitárias. O que define esse modelo são os elementos da demografia, epidemiologia e determinantes sociais de saúde. Porém, a implantação dessas RAS requer intervenções nas condições de saúde da população, sobretudo, das crônicas, mas, também, das agudas. Isto implica mudar integralmente o SUS (MENDES, 2011). Ou seja, superar um sistema fragmentado e organizar um sistema integrado capaz de atender às condições crônicas de saúde, às condições agudas e na agudização das condições crônicas.

Segundo Mendes (2011), quanto à constituição, as redes de atenção à saúde trazem três importantes elementos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. No tocante à população, o autor aponta a necessidade do sistema de saúde especificar a área de cada região de saúde, conhecer o perfil epidemiológico e demográfico da população e efetuar o cadastramento das famílias, em síntese conhecer a população e seu território:

[...] o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sócios sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011, p.85).

Quanto ao elemento estrutura operacional, “[...] é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses

diferentes nós” (MENDES, 2011, p. 86). Ainda, explicita os seus cinco componentes: 1. A APS como centro de comunicação; 2. os pontos de atenção à saúde, envolvendo os secundários e terciários; 3. os sistemas de apoio, inclusive os de diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde; 4. os sistemas logísticos, os quais integram o cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde; 5. o sistema de governança. Além disso, o autor argumenta de tal forma que os nós das redes se relacionam aos três primeiros componentes e as ligações que comunicam os diversos nós se relacionam ao quarto componente (MENDES, 2011).

Assim, as redes de atenção à saúde, como arranjos, trazem em seu esboço os seguintes temas básicos: missão e objetivos comuns; cooperação e interdependência; intercâmbio de recursos; ausência de hierarquia; poliárquica; atenção nos níveis primário, secundário e terciário; atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; atenção em tempos, lugares e formas apropriadas; serviços seguros e efetivos em conformidade com a disponibilidade; responsabilidades sanitárias e econômicas; e constituição de valor em prol da população (MENDES, 2011). E acrescenta o mesmo autor:

Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (MENDES, 2011, p. 84).

Nessa perspectiva, redes de atenção à saúde são arranjos de unidades funcionais, além de pontos de atenção e de apoio diagnóstico e terapêutico. Logo, as ações e serviços que aí se realizam trazem como características distintas densidades tecnológicas, integração de sistemas logísticos e de gestão e garantia da integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011). Nesse caso, os pontos de atenção compreendem “[...] estrutura física; equipamentos e insumos; perfil dos profissionais; conhecimento técnico específico” (LAVRAS, 2011, p. 328). Os pontos de apoio diagnósticos e terapêuticos compreendem “[...]”

diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas, métodos gráficos, dispensação de medicamentos, etc.” (LAVRAS, 2011, p. 328).

Segundo o mesmo autor, tanto os referidos pontos de atenção como os pontos de apoio diagnóstico e terapêutico se integram por meio de sistemas logísticos e de gestão. É importante transcrever a definição de Lavras (2011, p. 328), a respeito desses sistemas:

Sistema logístico: é o conjunto de mecanismos e atividades de suporte a rede de atenção à saúde que propiciam integração das unidades funcionais do sistema e facilidade de acesso aos usuários. Fazem parte do sistema logístico: o transporte de pacientes; o transporte de resíduos de serviços de saúde; os sistemas informatizados de apoio; as centrais de marcação; os sistemas de distribuição de insumos e medicamentos, etc.

Sistema de gestão: como o conjunto de ações e atividades organizadas especificamente para possibilitar tanto a governabilidade da Rede de Atenção à Saúde, incluindo instâncias, processos e instrumentos de gestão, como a Gestão do Cuidado.

2.6 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ

Para compreender a regulação do acesso é necessário fazer um breve resgate do processo de regionalização no Ceará.

Como ressalta Mendes (2001), a regionalização dos sistemas de serviços de saúde foi organizada entre três paradigmas – o paradigma da regionalização autárquica, o paradigma da municipalização autárquica e o paradigma da microrregionalização cooperativa. No referente ao paradigma da municipalização autárquica, os municípios representavam os gestores mais relevantes dos sistemas de saúde, porém, mantinham com a União e com os Estados uma relação de disputa ou rivalidade, numa estrutura fechada e sem diálogos.

Foi nesse sistema arcaico, com desestabilização econômica, desintegração das atividades, no contexto do neoliberalismo que o SUS foi edificado, permanecendo ainda hoje com os resquícios de um sistema fragilizado. Nesse sentido, com a finalidade de reduzir essas fragilidades e fortalecer a municipali-

zação, começa a ser implementada a microrregionalização cooperativa (MENDES, 2001).

Desse modo, a realização do paradigma da microrregionalização cooperativa se deu pela implantação dos sistemas microrregionais organizados em sistemas integrados de serviços de saúde (MENDES, 2001). Nessa implantação o Ceará foi pioneiro, como destaca Mendes (2001, p.39):

Não tem similar na experiência internacional e, no Brasil, está sendo implantado no estado do Ceará, numa experiência inovadora, coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde, e com a participação das 184 Secretarias Municipais de Saúde daquele estado. Para o desenvolvimento desse processo o estado do Ceará foi dividido em 21 microrregiões e três macrorregiões sanitárias.

Para o referido autor, o estado do Ceará significou um campo oportuno para a concretização da proposta de gestão cooperativa dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, mediante consultoria articulada com outras nacionais e internacionais, ao assessorar o governo estadual no período de 1997 a 2002. A reforma do Estado e do setor saúde foi assegurada pelo Plano de Desenvolvimento Sustentável 1995 – 1998 e apoiado pelo Department For International Development do Reino Unido no período de 1996 a 1999. Esse órgão deu apoio ao processo de implantação da regionalização no Ceará por meio do Projeto de Apoio à Reforma do Sistema Único de Saúde e, posteriormente, no quadriênio de 2000-2003 por meio do Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde no Estado do Ceará. As Secretarias de Saúde do Estado, as Secretarias Municipais de Saúde e a Escola de Saúde Pública do Ceará participaram ativamente dessa reforma (CEARÁ, 2002).

A partir daí, a reforma que levou à organização do Sistema Único de Saúde consistiu em uma correlação gerencial das Secretarias Municipais de Saúde entre a Secretaria Estadual de Saúde representada pela Comissão Intergestores Bipartite e as Comissões Intergestores Microrregionais, apoiadas pela Programação Pactuada Integrada. Isso significa que os municípios, ao permanecer como os principais gestores dos serviços de saúde na esfera local, incorporam a organização do sistema dos serviços de saúde em microrregiões

numa correlação de colaboração, diálogo e pactuação, tendo em vista os interesses de saúde da população (MENDES, 2001).

Para que se realizasse o projeto de reforma do SUS Ceará, instituíram-se três equipes articuladas entre si, tendo em vista, a reorganização da atenção e dos serviços de saúde do SUS no estado. A primeira consistia no Projeto de Estruturação e Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. A segunda dizia respeito ao Projeto de Organização e Desenvolvimento da Atenção Secundária e Terciária do Estado e a terceira consistia no Projeto de Modelagem de Gestão das Unidades Regionais (MESQUITA, 2011).

As diretrizes norteadoras dessa reorganização referem-se a que: a) a população cearense tenha direito a uma assistência à saúde de qualidade; b) os princípios de descentralização, integralidade, universalização e participação popular orientasse essa reorganização; c) os serviços de saúde sejam direcionados pelo SUS Estadual com vistas à qualidade de saúde da população, na promoção da vigilância à saúde, com articulação entre as organizações governamentais e não governamentais de tal forma que os recursos das três esferas de governo visem à equidade (CEARÁ, 2002).

Outro instrumento a nortear a reorganização do sistema de saúde consistiu do Programa Saúde da Família do governo federal, cujas primeiras experiências ocorreram no Ceará. Como estratégia de organização do primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema de saúde, esse programa seguiu as diretrizes do Ministério da Saúde, e integrou uma equipe multiprofissional, composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e, em média, seis agentes comunitários de saúde (MESQUITA, 2011).

Assim, como mencionado por esta autora, o estado do Ceará, ao delinear o planejamento e a constituição da atenção secundária e terciária, como segundo e terceiro nível de atenção à saúde, também seguiu como plano de organização a introdução das macro e microrregiões de saúde.

Dessa forma, essas regiões e as redes de saúde no Estado foram estruturadas, levando-se em consideração que os municípios, recintos territoriais, apresentam vocação de integração e interdependência, com autonomia na atenção primária e secundária, direcionada para uma população de, aproximadamente 100 mil pessoas. Seus princípios são: 1. a microeconomia justifica-se pela escassa disponibilidade de recursos humanos, tecnológicos, materiais e equipamentos e seus custos elevados; 2. o acordo baseado no diálogo e cooperação entre os municípios e destes entre o Estado, com a finalidade de assegurar o acesso da população às ações e serviços de saúde com maior eficiência e conhecimento (CEARÁ, 2002).

É importante ressaltar o seguinte: a regionalização no estado do Ceará iniciou-se antes mesmo da edição da NOAS-SUS-2001, partiu do modelo de experiência de um projeto piloto de regionalização na Microrregião de Baturité entre os anos de 1998-1999 (MESQUITA, 2011).

Ainda segundo esta fonte, desse modo os planos de regionalização em saúde no Ceará, elaborados a partir de 1997, possuem seu foco na integridade da atenção, com sua organização em saúde distribuída inicialmente em três macrorregiões de Saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri), 21 microrregiões de saúde, abrangendo seus 174 municípios. Cada região de saúde é formada por um agrupamento de municípios.

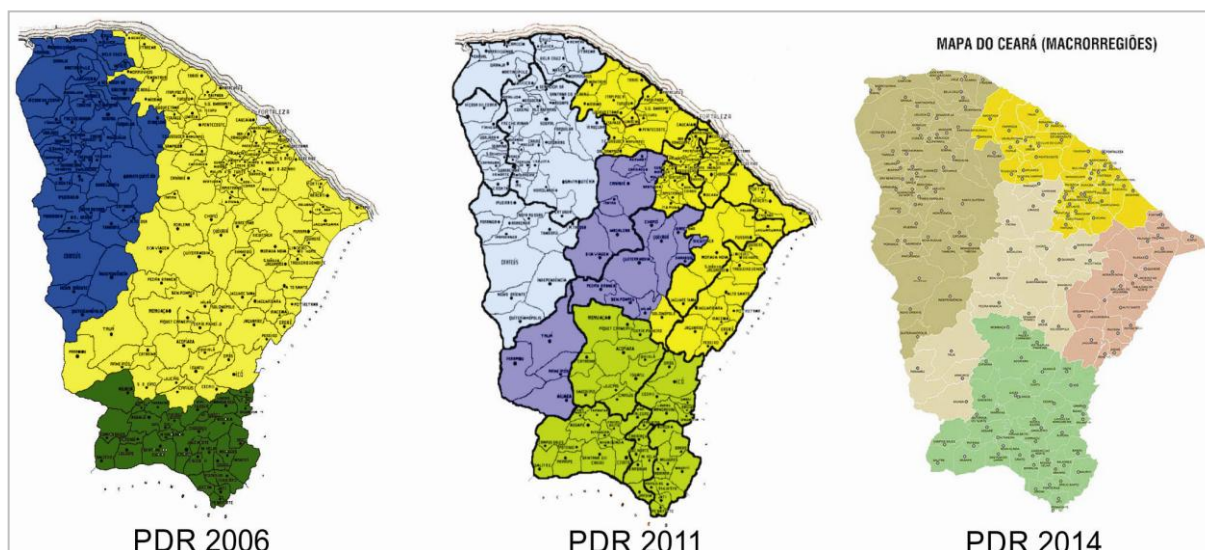
No Ceará, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização se deu em dois momentos, de acordo com Ceará (2014b):

Primeiro momento - a descrição da organização do Estado em macrorregiões / microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios sede de módulos assistenciais e polos, bem como a abrangência populacional dos módulos assistenciais e das microrregiões e macrorregiões de saúde, as referências para as ações de média e alta complexidade e a potencialidade de gestão nos municípios.

Segundo momento - a descrição dos serviços de saúde que integram os sistemas municipais e do perfil de assistência das unidades de apoio para referência, a constituição dos sistemas de referência especializada, o plano de investimento e o cronograma de implantação do PDR.

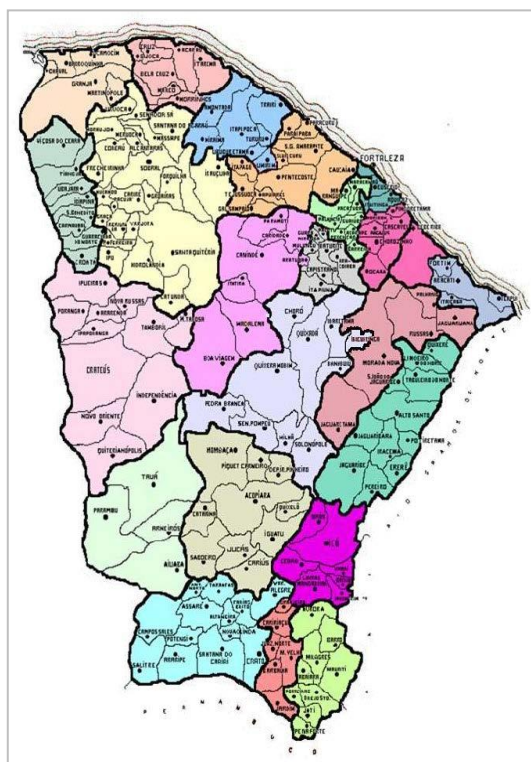
Após a revisão do PDR das ações e serviços de saúde em 2014, conforme a figura 3, o estado do Ceará passou a ser composto por cinco macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe (CEARÁ, 2014b).

Figura 3 – PDR – CE/ 2006/ 2011/ 2014b: Macrorregiões de Saúde do Ceará



Fonte: Fortaleza (SMS, 2011); Ceará (SESA, 2014b).

Figura 4 – PDR-CE/2014b: Regiões de Saúde do Ceará



Ainda, com a revisão do PDR das ações e serviços de saúde em 2014, de acordo com a figura 4, o estado do Ceará possui 184 municípios distribuídos nas suas respectivas regiões de saúde. Cada região tem seu respectivo número de municípios, assim: 1ª Fortaleza (4), 2ª Caucaia (10), 3ª Maracanaú (8), 4ª Baturité (8), 5ª Canindé (6), 6ª Itapipoca (7), 7ª Aracati (4), 8ª Quixadá (10), 9ª Russas (5), 10ª Limoeiro do Norte (11), 11ª Sobral (24), 12ª Acaraú (7), 13ª Tianguá (8), 14ª Tauá (4), 15ª Crateús (11), 16ª

Fonte: Ceará (SESA, 2014b).

Camocim (5), 17ª Icó (7), 18ª Iguatu (10), 19ª Brejo Santo (9), 20ª Crato (13), 21ª Juazeiro do Norte (6), 22ª Cascável (7) (CEARÁ, 2014b).

Atualmente, a rede de assistência é composta por quatro hospitais regionais, nove policlínicas regionais, treze Centros de Especialidades Odontológicas e 32 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24 horas). A gestão das policlínicas e dos CEOs regionais é realizada por meio de consórcios públicos de saúde e o custeio destes envolve a participação do Estado, Municípios e Ministério da Saúde (CEARÁ, 2010). O avanço na constituição das RAS no Ceará também tem representado um crescimento na privatização do SUS, por meio das organizações sociais.

Como especificado, a gestão estadual do SUS inclui as Coordenadorias da SESA e as Coordenadorias Regionais com seus gestores de cada região de saúde que buscam soluções para as questões de saúde, seja no encontro cotidiano, em cada área, seja nos campos de gestão compartilhada. Iniciou-se pelos 22 Colegiados de Gestão Regional até a Comissão Intergestores Bipartite; e ainda o Conselho Estadual de Saúde, na área do controle social (CEARÁ, 2015; CEARÁ, 2013a).

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2010), a gestão das atividades e ações das Coordenadorias Regionais de Saúde conta com os seguintes instrumentos:

Plano Diretor de Regionalização – instrumento pelo qual o processo de regionalização é organizado, planejado, regulamentado e delineado nos mapas das regiões de saúde. Fundamenta-se na assistência macrorregional e microrregional de saúde da população, nos serviços em redes hierarquizadas, na referência e contrarreferência, buscando a integralidade e o acesso à saúde da população.

Plano Diretor de Investimento – define o desenho de atendimento e necessidades de investimento das Unidades de Saúde do SUS, baseado no Plano Diretor de Regionalização.

Programação Pactuada e Integrada – destaca os compromissos do Estado e dos Municípios relacionados com a assistência à saúde da população, de forma regionalizada, hierarquizada e integrada, recomendada pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado, de acordo com o Pacto pela Saúde – 2006. Norteia a referência dos usuários do SUS para a média e alta complexidade.

Plano de Gestão Microrregional – norteia as ações da Coordenadoria Regional de Saúde na microrregião de saúde.

Relatório de Gestão Microrregional – anualmente, avalia e presta contas junto à Coordenadoria Regional de Saúde.

Plano Plurianual – destaca os compromissos de governo por meio de programas, ações, com seu respectivo orçamento, para um período de quatro anos.

Termo de Compromisso dos Hospitais-Polos – contrato de gestão no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado e do hospital de referência da microrregião, com a anuência da prefeitura do município-sede do hospital. Consta de acordos firmados para a implantação de especialidades de pediatria, ginecologia e obstetrícia, traumatologia e ortopedia, cirurgia geral e clínica médica, para atenção à população da microrregião, esclarecendo as metas a serem alcançadas anualmente.

Plano de Educação Permanente em Saúde – norteia as necessidades de capacitação de recursos humanos na área da saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em cada macrorregião.

Políticas, Planos de Qualidade e Humanização – são estratégias para a melhoria da qualidade e humanização das ações e serviços do SUS, na esfera da microrregião, tais como: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, protocolos clínicos, acreditação hospitalar, mapa de riscos e plano de humanização.

Inclui-se, ainda, o Colegiado Interno de Gestão da Coordenadoria Regional de Saúde de cada coordenadoria regional de saúde, o qual implantou o Redimensionamento dos Processos de Trabalho, dispondo de um Colegiado Interno de Gestão formado por seus três gerentes (coordenador regional, assessor técnico e assessor administrativo-financeiro) e por representantes dos grupos de trabalho (vigilância à saúde, atenção à saúde, regulação, controle, avaliação e auditoria, recursos humanos e apoio logístico). Esse colegiado é sustentado por meio do Plano de Gestão Microrregional, elaborado de modo participativo e integrado.

No intuito de avançar nos processos de gestão e se adequar às normas do Ministério, o Ceará foi o primeiro estado a elaborar e assinar o Contrato Organizativo de Gestão Pública, em 2012, conforme o estabelecido pelo Decreto 7.508/2011. Esse novo instrumento normativo institui normas, protocolos, diretrizes e regulamentos, como recursos que auxiliam a garantia do acesso às ações e serviços de saúde. Assim, cabe aos signatários assegurar, em conformidade com as normas vigentes, o referenciamento da população de maneira regulada à rede de atenção à saúde (CEARÁ, 2013a).

Desta forma, o COAP assume papel relevante para as regiões de saúde do Ceará, porquanto, cabe-lhe consolidar as decisões nacionais dos entes federativos na Comissão Intergestores Tripartite e os consensos firmados na Comissão Intergestores Bipartite. Na Comissão Intergestores Regional é indispensável discutir as regras de operacionalização do referido contrato na fase da sua formulação, bem como na execução (CEARÁ, 2013a). De acordo com o Decreto 7.508 (BRASIL, 2011a), as referidas Comissões Intergestores representam instâncias de pactuação consensual que se realizam junto aos entes federativos com a finalidade de definir as regras da gestão compartilhada do SUS.

No Ceará, já foi aprovado Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará, como “foro permanente de discussão e negociação das questões operacionais do SUS no Estado, em obediência à legislação pertinente à matéria” (CEARÁ, 2006). A CIB/CE representa a instância

que pactua e delibera para o processo de pactos interestaduais temas referentes à organização, direção e gestão da saúde, incluindo diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. As decisões que são definidas pela CIB/ CE, e também de competência do CESAU são estabelecidas por meio da Lei Orgânica da Saúde, Normas do Ministério da Saúde ou Resolução do Conselho Estadual. A este conselho deverão ser submetidas para apreciação e deliberação (CEARÁ, 2006).

Como colegiado representante das esferas governamentais, estadual e municipal, a CIB-CE possui seu polo na SESA, local onde o gestor estadual do SUS tem domicílio jurídico, localizada na capital do estado do Ceará (CEARÁ, 2006). Ao gestor do SUS “[...] cabe programar e regular os serviços e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia do acesso” (BRASIL, 2002). É no contexto das regiões de saúde do Estado que são criadas as Comissões Bipartites Intergestores regionais, as quais também possuem um regimento interno.

Composta de maneira paritária, a CIB-CE é integrada por quatorze membros. Dentre estes, sete são representantes da SESA e sete do conjunto de municípios do Estado. O Secretário de Saúde do Estado, o Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza e o Presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde são membros natos. Cabe ao Secretário de Saúde do Estado indicar os membros representantes da SESA e ao COSEMS os membros representantes dos municípios, exceto Fortaleza (CEARÁ, 2006).

2.7 O ACESSO NA MÉDIA COMPLEXIDADE DA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

Nesta seção aborda-se o tema média complexidade e sua relação com os outros níveis de atenção. Para tanto, recorreu-se ao estudo do COAP da 2ª região de saúde para identificar alguns elementos da sua estrutura e da organização dos fluxos.

De acordo com o COAP (CEARÁ, 2013a), em relação à estrutura do sistema de saúde, na 2ª Região de Saúde do Ceará, a atenção básica está instituída em dez municípios por meio da Estratégia Saúde da Família, sendo sua estrutura composta por 112 ESF, 69 ESB e 11 NASF. Quanto à resolução e qualificação da prestação dos serviços, constata-se nesses municípios problemas associados com fragilidades e no referente ao cuidado com o usuário, obstáculos, informativo de fluxos e rotinas sobre como encaminhar pacientes e deficiência no suprimento das unidades, os quais repercutem negativamente na organização das redes de atenção, lesionando o princípio da integralidade.

Desde a implementação da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 – NOAS-SUS (BRASIL, 2002), as responsabilidades e ações estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. “[...] são assumidas por todos os municípios brasileiros para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica” (BRASIL, 2002), as quais incluem o controle da tuberculose, hipertensão arterial e diabetes mellitus; a eliminação da hanseníase; a saúde bucal, da criança e da mulher; assim como ações médicas básicas, ações executadas por outros profissionais de nível superior, procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, ações especializadas em odontologia, patologia clínica e diagnose. Contudo, mesmo com mais de dez anos de indicação para o cumprimento dessas ações, o diagnóstico produzido para elaboração do COAP identifica problemas nessas áreas.

Entretanto, no tocante a essas ações e procedimentos de saúde, “[...] que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares” (SOLLA; CHIORO, 2008, p. 62), ou seja, nível secundário ou média complexidade.

A média complexidade é um conjunto de serviços e ações terapêuticas, tecnológicas e diagnósticas leves e de baixo custo, mediado pela participação, disponibilidade e competência dos profissionais de saúde para redução dos problemas e danos que afetam a saúde da população (SOLLA; CHIORO, 2008; BRASIL, 2002). No Ceará, a oferta desses serviços se efetua por

meio das vinte e duas regiões de Saúde e tem como instrumento a PPI (MESQUITA, 2011).

Como já visto, o Decreto 7.508 define as portas de entrada, tais como, atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e, especiais de acesso aberto. “Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas portas de entrada de que trata o artigo 9º” (BRASIL, 2011a).

Dentre as ações mínimas da média complexidade ambulatorial ofertadas nos municípios-sede de módulos assistenciais, incluem procedimentos especializados executados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; fisioterapia. Quanto aos serviços de internação hospitalar, esses municípios deverão dispor de leitos hospitalares, no mínimo, para o atendimento básico em clínica médica, clínica pediátrica e obstetrícia por meio do parto normal (BRASIL, 2002).

Para elaborar o COAP, a SESA realizou um diagnóstico da organização do sistema de serviços de saúde do Estado. De acordo com os parâmetros nacionais, a rede de saúde da 2ª região do Ceará compreende a média complexidade ambulatorial e hospitalar. Tal realidade coopera com a resolubilidade interior e a redução quantitativa de transferências para Fortaleza. Porém, quanto à atenção ao pré-natal e parto de médio e alto risco e outros serviços como neonatologia, dermatologia, otorrinolaringologia, neurologia e reumatologia, evidenciam-se carências de oferta. Outro ponto preocupante é em relação à oferta de Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia, a qual não corresponde com a pactuação, pois afeta negativamente no referente à quantidade, qualidade e agilidade de tempo para os resultados (CEARÁ, 2013a).

A Rede de Atenção Psicossocial da 2ª Região de Saúde do Ceará, não há hospital psiquiátrico regional e os CAPS existentes na região abrangem,

exclusivamente, cinco municípios, sendo quatro CAPS 1 (Pentecoste, Itapagé, Paracuru e Paraipaba), 1 CAPS 2 e 1 CAPS AD (Caucaia) (CEARÁ, 2013a).

Na perspectiva das urgências e emergências da 2ª Região de Saúde do Ceará, de baixo risco, o atendimento é realizado nas unidades básicas de saúde e nos hospitais locais existentes em cada um dos dez municípios; médio risco, o encaminhamento é direcionado para o hospital polo da região de saúde; alto risco, os pacientes são regulados para a Macrorregião de Fortaleza. Nesse caso, transfere-se o paciente por meio de ambulâncias municipais ou do SAMU Polo 1, sendo esse de posse dessa região de saúde. O SAMU tem como base de apoio os seguintes municípios: Caucaia, General Sampaio, Itapagé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste e São Gonçalo do Amarante. Por sua vez, os municípios que dispõem de Unidade de Suporte Avançado, como Unidades de Suporte Básico e o Complexo Regulador são, apenas, Caucaia e São Gonçalo do Amarante (CEARÁ, 2013a).

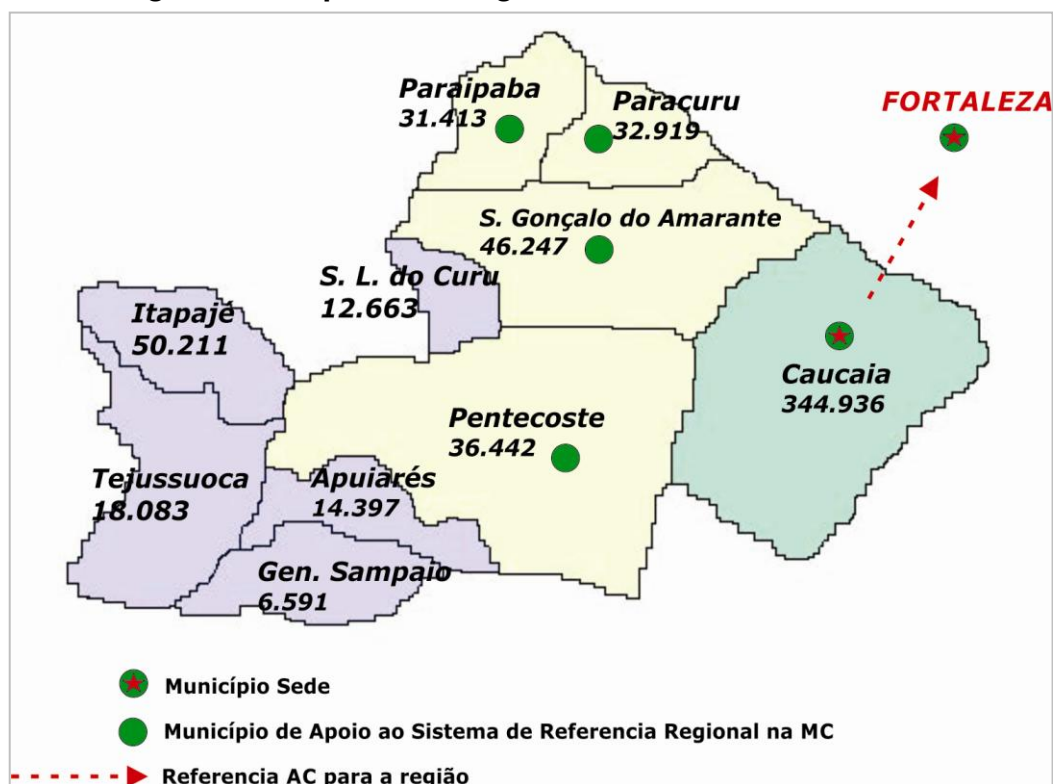
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Como referido, a pesquisa foi realizada na 2ª Região de Saúde do Ceará, cuja área abrange um contingente populacional de 564.060 habitantes, distribuídos nos dez municípios seguintes: Apuiarés, 13.925 hab.; Caucaia, 325.441 hab.; General Sampaio, 6.218 hab.; Itapajé, 48.350 hab.; Paracuru, 31.636 hab.; Paraipaba, 30.041 hab.; Pentecoste, 35.400 hab.; São Gonçalo do Amarante, 43.890 hab.; São Luís do Curu, 12.332 hab.; Tejuçuoca, 16.827 hab. (IBGE, 2014, Censo 2010). Destaca-se o município de Caucaia, por ser a sede da 2ª região de saúde, abrigar a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado, e ser o município polo da região. A 2ª RS compõe a Macrorregião de Fortaleza.

Como exposto, segundo o mapa (figura 5), os dados divergem, por se tratar de população estimada 2013 (IBGE, Censo 2010) e de população real.

Figura 5 – Mapa da 2ª Região de Saúde do Ceará 2014.



Fonte: Ceará, 2014b.

Com base na gestão e na estrutura organizacional, a 2ª Região de Saúde do Ceará conta com uma Coordenadoria Regional de Saúde, órgão representante da Secretaria Estadual da Saúde, formada pelos seguintes membros: um coordenador regional de saúde, um assessor técnico, um assistente técnico administrativo-financeiro e um grupo de trabalho, representado pelos técnicos, os quais se subdividem em áreas específicas para serem instrumentos de suporte aos municípios componentes da 2ª Região de Saúde do Ceará (CEARÁ, 2013a).

Nesse sentido, cabe ressaltar a afirmação de Santos (2013), isto é, sendo a região de saúde um espaço de gestão compartilhada e planejamento integrado,

[...] é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os outros, para compor uma rede capaz de garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria das municipalidades não é capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes (SANTOS, 2013, p. 147).

Nesse contexto, o sistema de saúde da 2ª região de saúde possui em sua estrutura dois hospitais no município polo, Caucaia, cujo nível de atenção é voltado para a média complexidade. Atualmente, verifica-se a implantação de Unidades de Pronto Atendimento nos seguintes municípios: Pentecoste, em consórcio com Apuiarés e General Sampaio, uma de porte um; São Gonçalo do Amarante, em consórcio com Paracuru e Paraipaba, uma de porte dois; Caucaia, duas, uma de porte dois e outra de porte três; e uma Policlínica e um CEO, ambos consorciados com todos os municípios da região de saúde (CEARÁ, 2013a).

As ações e serviços de saúde prestados nos dez municípios da 2ª região de saúde possuem como foco o nível de complexidade, manifestando-se de forma fragmentada, insuficientes para atender às necessidades de saúde da população e para garantir a integralidade do cuidado. A situação epidemiológica destes municípios apresenta altas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, causas externas e razão de mortalidade materna e taxa de mortali-

dade neonatal elevada. Os determinantes na escolha de reorganização das Redes Cegonha e das Urgências consistiram das necessidades da população materna infantil e das dificuldades de acesso aos serviços de urgência, cuja ordenação ocorre a partir da Atenção Primária (CEARÁ, 2013a).

Para melhor explicitar, o quadro 2 apresenta as estimativas populacionais em 1.7.2013 para os municípios componentes da 2ª Região de Saúde do Ceará, a rede de serviços e a referência.

Quadro 2 – Estimativas populacionais, rede de serviços e referência

Municípios da 2ª Região de Saúde do Ceará	População IBGE/2010	Rede de serviços	Referência
Apuiarés	13.925	AB + MC*	Fortaleza, Caucaia, Pentecoste, SGA,
Caucaia	325.441	AB + MC	Fortaleza, Caucaia
General Sampaio	6.218	AB + MC*	Fortaleza, Caucaia, Pentecoste, SGA
Itapajé	48.350	AB + MC*	Fortaleza, Caucaia e SGA
Paracuru	31.636	AB + MC	Fortaleza, Caucaia e SGA
Paraipaba	30.041	AB + MC	Fortaleza, Caucaia
Pentecoste	35.400	AB + MC	Fortaleza, Caucaia e SGA
São Gonçalo do Amarante	43.890	AB + MC	Fortaleza e Caucaia
São Luís do Curu	12.332	AB + MC*	Fortaleza, Caucaia, Pentecoste, SGA
Tejuçuoca	16.827	AB + MC*	Fortaleza, Caucaia, Pentecoste

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010 e Diário de Campo

*Esses municípios ofertam algumas consultas e exames especializados com recursos do tesouro municipal.

Segundo identificado em levantamento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a 2ª Região de Saúde do Ceará possui uma rede de serviços de atenção básica e de média complexidade (quadro 3) para atender às necessidades de saúde da sua população.

Quadro 3 – Tipos de Estabelecimentos de saúde por município da 2ª Região de Saúde do Ceará.

Descrição da rede de serviços de atenção básica e de média complexidade	Municípios da 2ª Região de Saúde do Ceará									
	Apuiarés	Caucaia	General Sampaio	Itapajé	Paracuru	Paraipaba	Pentecoste	São Gonçalo do Amarante	São Luís do Curu	Tejuçuoca
Centro de Saúde/Unidade Básica	6	47	3	16	1	10	17	14	1	7
Centro de Atenção Psicossocial	—	2	—	1	1	2	1	—	—	—
Centro de Apoio à Saúde da Família	—	6	—	1	1	1	—	1	1	—
Central de Regulação de Serviços de Saúde	—	—	—	1	—	1	1	1	—	—
Clinica/Centro de Especialidade	—	9	1	3	2	—	—	3	—	—
Consultório Isolado	—	5	—	5	2	—	—	9	—	1
Farmácia	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—
Hospital/dia - isolado	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Hospital Geral	1	3	1	1	1	—	1	1	—	—

Policlínica	—	5	—	—	—	—	1	—	—	—
Polo Academia da Saúde	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Posto de Saúde	2	—	1	1	10	—	—	—	4	3
Pronto Atendimento	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Secretaria de Saúde	1	2	—	1	1	—	1	1	1	2
Unidade de Apoio Diagnose e Terap. (SADT isolado)	—	4	—	3	—	1	1	1	—	—
Unidade de Vigilância em Saúde	1	—	1	—	1	1	1	—	2	—
Unidade Mista	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1
Unidade Móvel de Nível Pré-hosp. - área de urgência	—	7	1	1	1	1	—	2	—	—
TOTAL	11	92	9	36	21	18	25	33	11	14

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, (2011)

No quadro 4 apresenta-se essa rede de serviços conforme sua natureza jurídica e responsabilidade federativa.

Quadro 4 – Tipo de prestador por município da 2ª Região de Saúde do Ceará

Descrição do tipo de prestador	Municípios da 2ª Região de Saúde do Ceará									
	Apuiarés	Caucaia	General Sampaio	Itapajé	Paracuru	Paraipaba	Pentecoste	São Gonçalo do Amarante	São Luís do Curu	Tejuoca
Filantropica com CNAS Válido	-	2	—	—	1	—	—	—	—	—
Pessoa Física com Fins Lucrativos	—	5	—	5	1	—	—	5	—	—
Pessoa Jurídica com Fins Lucrativos	—	10	—	5	2	—	—	6	—	—
Privado Optante pelo Simples	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—
Privado sem Fins Lucrativo	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Pública Federal	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Pública Estadual	—	10	1	1	1	1	1	3	—	—
Pública Municipal	11	61	8	24	16	16	23	19	11	14
TOTAL	11	92	9	36	21	18	25	33	11	14

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2011).

A seguir, expõe-se a realidade de cada um dos dez municípios componentes da 2ª Região de Saúde do Estado do Ceará, conforme mencionam o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o Departamento de Informática do SUS, a qual vale a pena destacar:

APIUARÉS foi elevado à categoria de município e desmembrado de General Sampaio pela lei estadual nº 3529 de 25 de janeiro de 1957. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área territorial de 545,158 km² e população estimada 2014 de 14.483 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de Apuiarés até novembro de 2014 im-

plantou seis Equipes de Saúde da Família, possui 31 Agentes Comunitários de Saúde e cinco Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico municipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 1.653, enquanto por situação rural equivalem a 2.237. Os domicílios particulares com energia elétrica correspondem a 3.802 (82,44%) e com lixo coletado correspondem a 1.962 (36%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 15,65 e a posição no ranking equivale a 155. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale a 0,618 e a posição no ranking corresponde a 81. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 1.388 habitantes, enquanto que a rural corresponde a 3.085 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 6,62 (CEARÁ, 2014a).

CAUCAIA, o município de Soure passou a denominar-se Caucaia pelo Decreto-lei Estadual n.º 1.114, de 30 de dezembro de 1943. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área territorial de 1.228,506 km² e população estimada 2014 de 349.526 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de até novembro de 2014 implantou 65 Equipes de Saúde da Família, possui 485 Agentes Comunitários de Saúde e cinco Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico municipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 80.136, enquanto por situação rural equivalem a 9.117. Os domicílios particulares com energia elétrica por município correspondem a 88.648 (99,41%) e com lixo coletado por município correspondem a 73.552 (82,48%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 38,75 e a posição no ranking equivale a 13. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale a 0,682 e a posição no ranking corresponde a nove. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 27.588 habitantes, enquanto que a rural corresponde a 6.309 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 12,24 (CEARÁ, 2014a).

GENERAL SAMPAIO foi elevado à categoria de município e desmembrado de Pentecoste pela lei estadual nº 3338 de 15 de fevereiro de 1957. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área territorial de 205,810 km² e população estimada 2014 de 6.679 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de até novembro de 2014 implantou três Equipes de Saúde da Família, possui 17 Agentes Comunitários de Saúde e duas Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico municipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 957, enquanto por situação rural equivalem a 622. Os domicílios particulares com energia elétrica por município correspondem a 1.508 (97,35%) e com lixo coletado por município correspondem a 1.148 (74,11%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 18,00 e a posição no ranking equivale a 129. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale a 0,568 e a posição no ranking corresponde a 178. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 636 habitantes, enquanto que a rural corresponde a 979 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 26,67 (CEARÁ, 2014a).

ITAPAGÉ, o município de São Francisco passou a denominar-se Itapagé pelo Decreto-lei Estadual n.º 1.114, de 30 de dezembro de 1943. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área territorial de 430,565 km² e população estimada 2014 de 50.671 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de até novembro de 2014 implantou 17 Equipes de Saúde da Família, possui 69 Agentes Comunitários de Saúde e 12 Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico municipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 9.235, enquanto por situação rural equivalem a 3.725. Os domicílios particulares com energia elétrica por município correspondem a 12.639 (97,79%) e com lixo coletado por município correspondem a 9.817 (75,96%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 25,36 e a posição no ranking equivale a 63. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale

a 0,623 e a posição no ranking corresponde a 63. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 6.998 habitantes, enquanto que a rural corresponde a 5.392 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 11,38 (CEARÁ, 2014a).

PARACURU foi elevado à categoria de município e desmembrado de São Gonçalo pela lei estadual nº 1153 de 22 de novembro de 1951. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área territorial de 300,286 km² e população estimada 2014 de 33.178 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de até novembro de 2014 implantou 11 Equipes de Saúde da Família, possui 80 Agentes Comunitários de Saúde e 10 Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico municipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 5.753, enquanto por situação rural equivalem a 2.982. Os domicílios particulares com energia elétrica por município correspondem a 8.533 (98,09%) e com lixo coletado por município correspondem a 6.650 (76,45%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 37,82 e a posição no ranking equivale a 16. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale a 0,637 e a posição no ranking corresponde a 38. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 3.542 habitantes, enquanto que a rural corresponde a 2.717 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 12,50 (CEARÁ, 2014a).

PARAIPABA foi elevado à categoria de município e desmembrado de Paracuru pela lei estadual nº 6351 de 01 de julho de 1963. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área territorial de 300,92 km² e população estimada 2014 de 31.705 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de até novembro de 2014 implantou dez Equipes de Saúde da Família, possui 54 Agentes Comunitários de Saúde e nove Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico mu-

nicipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 3.799, enquanto por situação rural equivalem a 4.418. Os domicílios particulares com energia elétrica por município correspondem a 8.042 (98,26%) e com lixo coletado por município correspondem a 4.417 (53,97%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 29,37 e a posição no ranking equivale a 38. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale a 0,634 e a posição no ranking corresponde a 43. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 2.308 habitantes, enquanto que a rural corresponde a 3.733 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 9,28 (CEARÁ, 2014a).

PENTECOSTE foi elevado à categoria de município pelo decreto estadual nº 448 de 20 de dezembro de 1938. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área territorial de 1.378,258 km² e população estimada 2014 de 36.611 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de até novembro de 2014 implantou 15 Equipes de Saúde da Família, possui 84 Agentes Comunitários de Saúde e 11 Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico municipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 6.097, enquanto por situação rural equivalem a 3.773. Os domicílios particulares com energia elétrica por município correspondem a 9.610 (97,48%) e com lixo coletado por município correspondem a 6.137 (62,25%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 23,21 e a posição no ranking equivale a 82. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale a 0,629 e a posição no ranking corresponde a 51. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 4.109 habitantes, enquanto que a rural corresponde a 5.240 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 14,26 (CEARÁ, 2014a).

SÃO GONÇALO DO AMARANTE foi elevado à categoria de município e desmembrado de Trairi pelo decreto estadual nº 73 de 01 de outubro de 1890. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área terri-

torial de 834,448 km² e população estimada 2014 de 46.783 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de até novembro de 2014 implantou 16 Equipes de Saúde da Família, possui 109 Agentes Comunitários de Saúde e dez Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico municipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 7.885, enquanto por situação rural equivalem a 4.153. Os domicílios particulares com energia elétrica por município correspondem a 11.829 (98,48%) e com lixo coletado por município correspondem a 8.514 (70,89%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 47,91 e a posição no ranking equivale a sete. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale a 0,665 e a posição no ranking corresponde a 13. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 4.261 habitantes, enquanto que a rural corresponde a 3.430 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 12,77 (CEARÁ, 2014a).

SÃO LUÍS DO CURU foi elevado à categoria de município e desmembrado de Uruburetama pela lei estadual nº 1153 de 22 de novembro de 1951. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área territorial de 122,420 km² e população estimada 2014 de 12.713 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de até novembro de 2014 implantou seis Equipes de Saúde da Família, possui 30 Agentes Comunitários de Saúde e cinco Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico municipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 2.368, enquanto por situação rural equivalem a 1.224. Os domicílios particulares com energia elétrica por município correspondem a 3.518 (98,32%) e com lixo coletado por município correspondem a 2.141 (59,84%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 18,89 e a posição no ranking equivale a 113. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale a 0,620 e a posição no ranking corresponde a 72. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 1.482 habitantes, enquanto que a rural correspon-

de a 1.473 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 12,99 (CEARÁ, 2014a).

TEJUÇUOCA foi elevado à categoria de município e desmembrado de Itapagé pela lei estadual nº 6392 de 03 de julho de 1963. Em relação aos dados gerais, o município possui, atualmente, área territorial de 759,715 km² e população estimada 2014 de 18.301 habitantes (IBGE, 2014). Conforme consta no histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento da Atenção Básica, o município de até novembro de 2014 implantou oito Equipes de Saúde da Família, possui 38 Agentes Comunitários de Saúde e sete Equipes de Saúde Bucal na modalidade I (BRASIL, 2014c). De acordo com o perfil básico municipal, os domicílios particulares ocupados por situação urbana equivalem a 1.677, enquanto por situação rural equivalem a 2.622. Os domicílios particulares com energia elétrica por município correspondem a 4.170 (97,23%) e com lixo coletado por município correspondem a 1.857 (43,30%). O valor do Índice de Desenvolvimento Municipal equivale a 10,73 e a posição no ranking equivale a 179. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano equivale a 0,584 e a posição no ranking corresponde a 161. A população urbana extremamente pobre com rendimento domiciliar per capita mensal de até R\$ 70,00 corresponde a 1.309 habitantes, enquanto que a rural corresponde a 4.316 habitantes. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos equivale a 15,04 (CEARÁ, 2014a).

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são profissionais da saúde e como secretários municipais de saúde, coordenador e técnicos da regulação são gestores do SUS em busca de fortalecer a regulação nas regiões de saúde, consolidar as redes de atenção à saúde, gerenciar o cuidado ao usuário e garantir o acesso da população.

Inicialmente, com base nas informações das entrevistas delineou-se o perfil dos profissionais responsáveis pelas estratégias de regulação do acesso aos serviços de saúde da 2ª Região de Saúde do Ceará.

Por meio dos resultados obtidos foi possível reconhecer similaridades nas características pessoais dos sujeitos da pesquisa, seja entre os gestores, seja entre os técnicos da regulação, os quais integram os dez municípios pesquisados da 2ª Região de Saúde do Ceará.

- **Gestores: Coordenadora da 2ª CRES e Secretários Municipais de Saúde**

Em relação a estes sujeitos, suas caracterizações estão discriminadas no quadro 5.

Quadro 5 – Caracterização dos gestores da 2ª Região de Saúde do Ceará, 2014.

Categorias	Gestor 1	Gestor 2	Gestor 3	Gestor 4	Gestor 5	Gestor 6	Gestor 7	Gestor 8	Gestor 9	Gestor 10	Gestor 11
Religião	católico	católico	católico	católico	católico	católico	Não tem	católico	católico	espírita	católico
Est. civil	casado	solteiro	solteiro	solteiro	casado	casado	casado	casado	casado	casado	solteiro
Renda pessoal > ou = R\$ 5.000,00	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Renda familiar > ou = R\$ 5.000,00	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Escolaridade	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.	Super. incompl.	Super. compl.	Super. compl.	Médio compl.	Super. compl.
Pós-graduação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
Tempo na função	3 anos	6 anos	1 ano 6 meses	1 ano 5 meses	1 ano 6 meses	1 ano	1 ano 4 meses	1 ano 6 meses	1 ano 2 meses	7 anos	3 meses

Fonte: adaptado pela autora, conforme as entrevistas.

No tocante à religião, nove participantes declararam-se católicas, enquanto apenas duas referiram outras opções, uma afirmou não ter religião e outra espírita. Mais da metade (seis) referiram-se casados e cinco solteiros.

A renda média pessoal declarada pela maioria (sete) é igual ou superior a R\$ 5.000,00, enquanto a renda familiar de oito participantes é igual ou superior a R\$ 5.000,00.

Quanto à escolaridade, a maioria dos gestores (nove) referiu ter curso superior completo, um referiu ter incompleto e outro apenas o nível médio completo. Ademais, sete deles cursaram pós-graduação.

Vale ressaltar que sete gestores ocupam o cargo há menos de dois anos, seguidos de três, seis e sete anos. Um gestor, no entanto, ocupa o cargo há três meses.

• Técnicos da regulação

No quadro 6, expõe-se a caracterização destes sujeitos.

Quadro 6 – Caracterização dos técnicos da regulação, Ceará, 2014.

Categorias	Técnico regulação 1	Técnico regulação 2	Técnico regulação 3	Técnico regulação 4	Técnico regulação 5	Técnico regulação 6	Técnico regulação 7	Técnico regulação 8
Religião	Deísta	católica	Católica	católica	católica	católica	Não tem	católica
Est. Civil	Casada	casada	Casada	casada	solteira	casada	casada	casada
Renda pessoal > ou = R\$ 5.000,00	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
Renda familiar > ou = R\$ 5.000,00	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Escolaridade	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.	Super. compl.
Pós-graduação	Sim (2) Enf. Card.; Auditoria	Sim (1) Auditoria	Sim (2) Gestão em saúde; gestão em CARA	Sim (3) Saúde da Família; Gestão em saúde; Auditoria	Sim (2) Epidemiologia; Auditoria	Sim (1) Gestão	Sim (1)	Sim (pós-doutorado)
Tempo na função	3 anos	8 anos	4; 5; 1 anos	4 anos	6; 9; 1 anos	9 anos	2 anos	3 anos

Fonte: adaptado pela autora, conforme as entrevistas.

Com relação à religião, seis participantes declararam-se católicas, uma referiu não ter religião e outra deísta. Quanto ao estado civil, quase todas (sete) eram casadas, apenas uma era solteira.

Enquanto a renda pessoal média declarada pela maioria (cinco) é inferior a R\$ 5.000,00, a renda familiar de todas as participantes é igual ou maior que R\$ 5.000,00.

Quanto à escolaridade, todos os integrantes do setor referiram ter concluído tanto curso superior, quanto cursos de pós-graduação; uma afirmou ter concluído três especializações, uma era mestranda e outra tinha pós-doutorado.

Os técnicos da regulação que trabalham em mais de um município, assumem na maioria das vezes funções distintas. Compreende-se aí, um acú-

mulo de funções e uma sobrecarga de trabalho. Estas condições comprometem a qualidade da atenção à saúde da população. Nesse caso, Testa tem insistido em dizer que:

A importância da fragmentação do objeto de trabalho, que necessariamente leva à fragmentação do processo, apoia-se nas consequências que tem sobre as pessoas – os trabalhadores de saúde – submetidas a essa circunstância, pois ocorre uma fragmentação semelhante em sua personalidade, transformando sua vida – e a vida em geral – em uma série de compartimentos estanques, sem relações entre si (TESTA, 1992, p. 190).

Vale ressaltar que todos os integrantes do setor ocupam cargo há mais de dois anos. O maior tempo na função foi o equivalente há nove anos.

O processo de organização da 2ª Região de Saúde é definido na Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará. Seu regimento explicita no artigo 3º, parágrafo 8º, que a referida CIB deve ter em sua disposição Câmaras Técnicas Permanentes, abrangendo as áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão, planejamento e financiamento, assistência farmacêutica, vigilância à saúde e educação em saúde. Para isso, conta com a presença participativa de gestores e técnicos das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, com a finalidade de subsidiar as discussões e deliberações sobre temas de interesse e competência deste colegiado (CEARÁ, 2006).

Como mostra a citação, a CIB-CE se assenta sobre pontos relevantes a sua organização e funcionamento, dentre seus membros, dispõe-se a Câmara Técnica, conforme estatuem os artigos 5º-8º do Regimento Interno do CESAU:

Art. 5 - A CIB-CE dispõe do seguinte arranjo organizacional: a) Plenária; b) Câmaras Técnicas; c) Secretaria Executiva.

Art. 6 - A Plenária constitui espaço de discussão e deliberação das questões de competência do Colegiado, com reuniões quinzenais ordinárias, estabelecidas em cronograma, e extraordinárias quando solicitadas e definidas pelos participantes.

Art. 7 - As Câmaras Técnicas serão constituídas de gestores e profissionais especializados para analisar situações que requeiram estudos especiais nas áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria,

gestão, planejamento e financiamento, assistência farmacêutica, vigilância à saúde, e educação em saúde.

Art. 8 - A Secretaria Executiva é a instância de apoio administrativo do Colegiado, sendo o seu funcionamento de responsabilidade da SESA (CEARÁ, 2006).

A Câmara Técnica é um dos componentes da CIB-CE, e como tal possui suas atribuições, as quais estão definidas no Regimento Interno do CE-SAU em seu artigo 11, assim expressas:

Art. 11 - Aos membros da CIB-CE é atribuído:

- a) Comparecer às reuniões e pedir verificação de quórum.
- b) Encaminhar temas para discussões.
- c) Requerer urgência ou preferência para discussão e pactuação de matéria específica, justificando seu pedido.
- d) Instruir e pedir vista de processos, emitir pareceres sobre as matérias em pauta.
- e) Solicitar documentos que julgue esclarecedores aos temas a relatar (CEARÁ, 2006).

É importante analisar o objetivo das Câmaras Técnicas como componentes integrantes da Comissão Intergestores Regional no âmbito da 2ª Região de Saúde do Ceará, conforme esclarece o COAP:

As Câmaras Técnicas – CT são vinculadas à CIR, foram criadas a partir de demandas dos municípios, objetivando fomentar discussão referente ao fortalecimento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde. Atualmente a CIR dispõe de quatro Câmaras Técnicas, em pleno funcionamento desde o ano de 2010, as quais são: CT da Vigilância à Saúde, CT de Planejamento e Gestão, CT da Assistência à Saúde e CT da Assistência Farmacêutica (CEARÁ, 2013a).

Com base nas informações das atas das reuniões da Câmara Técnica da 2ª Região de Saúde do Ceará, surgiram alguns dados essenciais sobre a organização e o funcionamento da referida Câmara Técnica, sendo importante ressaltar: Conforme constatado no Regimento Interno da Câmara Técnica de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria da 2ª Coordenadoria de Saúde de Caucaia no dia 13 de agosto de 2013, houve a Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Regional, a qual, no uso das suas atribuições legais, resolve aprovar a então constituída Câmara Técnica de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria no âmbito da CIR da 2ª CRES-Caucaia para analisar situações que requeiram estudos especiais e elaborar propostas de solução nas áreas cita-

das. Esse regimento é constituído de cinco capítulos, organizados da seguinte maneira: Capítulo I – Da Constituição e Composição; Capítulo II – Das Atribuições; Capítulo III – Da Organização Interna; Capítulo IV – Do Funcionamento; Capítulo V – Das Disposições Finais e Transitórias (CEARÁ, 2013b). Resumidamente, eis o que explicita cada um desses capítulos:

A CT-CARA é formada por profissionais de saúde da 2ª CRES e dos municípios, com conhecimento específico nas áreas pertinentes. Os membros serão indicados pelos secretários de saúde e nomeados na CIR. Sua composição abrange um titular e um suplente, representantes de cada município e técnicos da 2ª CRES (CEARÁ, 2013b, capítulo I).

A CT-CARA da CIR é um grupo de trabalho auxiliar da comissão, compete-lhe como atribuições prestar apoio técnico à CIR em áreas específicas, propondo: I – Elaborar propostas que auxiliem na tomada de decisão; II – Seguir os princípios estabelecidos na Lei 8.080/90 do SUS que define os serviços de saúde; III – Propor estratégias de integração das ações de saúde; IV – Elaborar, analisar e avaliar projetos, estruturando e adequando as propostas às realidades locais; V – Promover a intersetorialidade entre os diversos órgãos no âmbito da CRES; VI – Organizar e divulgar estudos, debates, seminários sobre área específica da CT; VII – Manter atualizadas as informações sobre as políticas públicas do Estado e governo federal; VII – Criar subcâmaras ou grupos de trabalho para agilizar o desempenho das atividades por área específica, quando necessário; IX – Elaborar, aprovar e alterar, quando couber, seu Regimento Interno e Plano de Trabalho (CEARÁ, 2013b, capítulo II).

Quanto à Organização Interna da CT-CARA, é constituída de um Coordenador e um Secretário, eleitos pelos seus pares na primeira reunião de cada mandato. O Coordenador tem como funções: I – Convocar e presidir as reuniões; II – Distribuir tarefas de acordo com este regimento; III – Representar a CT-CARA perante a CIR; IV – Empenhar-se para que a CT-CARA desempenhe adequadamente suas funções. O Secretário tem como funções: I – Preparar a pauta das reuniões; II – Enviar correspondências, arquivo e divulgação; III – Controlar o cumprimento de prazos e a execução de tarefas; IV – Redigir as atas das reuniões; V – Executar outras tarefas que lhe sejam atribuídas pelo

Coordenador e substituí-lo nas suas ausências e impedimentos. Na ausência do Coordenador e do Secretário, os membros presentes escolherão dois nomes para substituí-los na reunião. No afastamento definitivo do Coordenador e do Secretário, a CT-CARA deverá eleger novos representantes. O Coordenador poderá solicitar apoio à Secretaria Executiva da CIR para o bom desempenho das atribuições da CT-CARA (CEARÁ, 2013b, capítulo III).

Sobre seu funcionamento, a CT-CARA se reúne ordinariamente a cada segunda quinta-feira de cada mês e, extraordinariamente, quando convocado pelo Coordenador ou pela maioria absoluta dos seus membros. As referidas convocações serão feitas por comunicação escrita a cada um dos membros, com antecedência mínima de sete dias, salvo razão de extrema urgência, que deverá ser justificadas, sendo um quórum mínimo de participação a metade mais um dos membros. Juntamente a essa convocação, a Secretária da CT-CARA enviará a pauta dos trabalhos, cópias dos expedientes que serão discutidos, e outros esclarecimentos que se fizerem necessários. A pauta da reunião será dividida nas seguintes partes: I – Aprovação da ata da reunião anterior; II – Leitura do expediente que pode ser correspondências recebidas, justificações de ausências e síntese de propostas encaminhadas até o início da sessão; III – Informes, avisos, discussões e votação da matéria (CEARÁ, 2013b, capítulo IV).

Consoante às disposições finais e transitórias, perderão a condição de membros da CT-CARA aqueles que faltarem a duas reuniões consecutivas sem justificativa por escrito, antecipadamente e acatada pelo grupo. É permitido a qualquer membro do Conselho, CRES e município acompanhar as atividades da CT-CARA e participar das reuniões, com direito a voz. O primeiro mandato dos membros da CT-CARA se encerra junto com a gestão (CEARÁ, 2013b, capítulo V).

3.3 REGIONALIZAÇÃO E REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE DA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

Como determinado, para apresentar os dados dos sujeitos entrevistados e para preservá-los, foram utilizados números após as denominações

Gestor ou Técnicos da regulação, segundo a ordem cronológica das entrevistas. Assim, Gestor 1 a Gestor 11; Técnico da regulação 1 a 8. As falas permaneceram intactas, mesmo contrariando os padrões gramaticais, porém, fizeram-se recortes destacando as temáticas principais abordadas pelos sujeitos.

Diante das informações obtidas, surgiu a necessidade de organizá-las em três categorias: 1. Significados da regionalização da saúde na visão dos gestores/técnicos da regulação; 2. Estratégias de regionalização e de regulação do acesso aos serviços de média complexidade; 3. Regulação do acesso aos serviços de média complexidade: significados, obstáculos, vantagens e sugestões.

Essas categorias são provenientes das seguintes questões já referidas na introdução: O que significa a regionalização da saúde para você? O que significa regulação do acesso aos serviços de saúde? Como são organizadas a oferta e a demanda dos serviços de média complexidade na 2ª RS? Quais os obstáculos, vantagens e sugestões da regulação do acesso? Qual o poder dos gestores para solucionar os problemas de acesso aos serviços de saúde?

3.3.1 Significados da regionalização da saúde na visão dos gestores/técnicos da regulação

Dentro da organização do SUS, a regionalização é uma estratégia que vem ganhando força nas duas últimas décadas visando superar a fragmentação do sistema. Para Assis (2014, p. 136), “uma rede hierarquizada, regionalizada e organizada por níveis de complexidade são fundamentos que se conectam ao princípio da integralidade e à diretriz da descentralização”. Contudo, no início, a estratégia principal foi a descentralização. Esta ênfase fica evidente no discurso do entrevistado que define regionalização como descentralização dos serviços, conforme relato:

Ela descentraliza alguns serviços de saúde. [...] Se você pegar, a história do Ceará, por exemplo, os grandes hospitais de saúde, os centros de especialidades se concentravam na capital. Então, a grande vantagem é você poder fazer essa descentralização dos serviços (GESTOR 8).

A regionalização como organização do sistema, da região de saúde e da rede de serviços foi outro significado atribuído pelos sujeitos:

[...] a regionalização da saúde para a organização do SUS seria justamente fazer a subdivisão das regionais pra tornar o sistema mais organizado (GESTOR 7).

Na expressão de Ferreira *et al.* (2011), os depoimentos fazem referência aos elementos teóricos, compreendendo regionalização da saúde como organização das ações e serviços de saúde numa região para a promoção da integralidade da atenção, bem como a equidade, a fim de garantir o direito à saúde.

[...] reorganizar a demanda de referência e contrarreferência, pelo menos em teoria. O significado é mais pra tá fortalecendo e dando mais acesso à população aos serviços de saúde. [...] você ter mais próximo do seu povo os serviços de saúde (Técnico da regulação 6).

[...] organizar o serviço garantindo o acesso em todos os níveis de assistência (Técnico da regulação 8).

Em alguns momentos, o que emerge das falas dos sujeitos, gestores e técnicos da regulação, sobre o significado da regionalização, confirma com a definição de regiões de saúde, contida no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b) e ao mesmo tempo destaca a união e a cooperação entre os municípios de uma mesma região:

[...] regionalização da saúde, é para ele, os municípios eles foram separados pelas suas identidades. [...] são municípios que estão ali próximos e eles se juntando devido terem as mesmas condições, assim, ambientais, praticamente os problemas de saúde vão ser os mesmos. Então, se todos eles se juntam e veem a questão da saúde como um todo, eles juntos vão ter condições de fazer muito mais que cada município isoladamente (Técnico da regulação 2).

Essa percepção de alguns sujeitos da pesquisa ao associar o conceito de regionalização à região de saúde e ao processo de cooperação entre os municípios se relaciona com a conceituação elaborada por Mendes (2011, p. 172): “O processo de regionalização assenta-se numa definição de regiões de saúde como recortes territoriais [...] a partir de identidades culturais, econômicas e sociais [...]”, tendo em vista que esse processo visa “[...] favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores [...]”. Essa ação cooperativa e solidária foi identificada como parceria, conforme o entrevistado:

O significado da regionalização do SUS é parceria, é você saber que não pode fazer nada sozinho no seu município, então tem que se abrir parceria entre todos os entes dessa regionalização (GESTOR 5).

Quando questionados sobre as possibilidades da regionalização, tanto os gestores quanto os técnicos da regulação destacaram a melhoria do acesso e a ampliação de serviços, como mencionam os relatos:

[...] é a melhoria do acesso para o usuário, aproximar o acesso da região que ele contempla [...] porque os pacientes [...] ficam dentro de uma região de saúde possibilitando um melhor atendimento e eles não vão se deslocar para Fortaleza que seria a região mais distante, então a regionalização só vem a melhorar e qualificar o serviço dentro de uma rede (Técnico da regulação 3).

Contudo, quando indagados sobre os limites dessa regionalização dentro da 2ª Região de Saúde do Ceará, tanto os gestores quanto os técnicos da regulação dos dez municípios foram unânimes em assinalar o grande desafio, a questão dos recursos financeiros, consoante relatos:

O que tem faltado para que essa regionalização seja mais latente é recurso, investimento e custeio (GESTOR 5).

Então eu acho que o grande desafio é você conseguir concentrar o maior número de procedimentos, o maior número de serviços, dentro da região e aí vem a questão do financeiro, que pelo menos ao meu visto é o grande e o maior limite (Técnico da regulação 6).

Alguns gestores entrevistados demonstraram posicionamento contraditório no tocante à regionalização, pois embora reconheçam que esse processo ainda não se tornou efetivo e não está garantindo o acesso como o SUS propõe, acreditam que antigamente não havia dificuldade para o acesso sem referência, revelando um desapontamento:

Porque, antigamente sentia uma dor, o carro levava e qualquer hospital recebia, ninguém escutava falar o hospital não receber. Hoje em dia, os carros [...], às vezes vão em vaga zero¹ e, ainda voltam com pacientes gravíssimos. Porque há muito tempo desde quando se fala em saúde pública eles sempre falam nessa regionalização e isso é muito bonito no papel porque na realidade isso não acontece (GESTOR 6).

¹ Vaga zero: significa que diante da urgência e emergência, mesmo se não houver vaga, o paciente deve ser atendido.

Como esses achados indicam, além das dificuldades no acesso aos serviços de saúde pela insuficiência de ofertas, recurso, investimento, há o desconhecimento por parte dos que detêm em última instância o poder no nível municipal, no caso, os prefeitos, em relação às questões da saúde. Ao mesmo tempo criticam o fato de o processo de pactuação ser realizado de cima para baixo, conforme relato:

[...] gestores que não são da saúde, os prefeitos [...] de compreenderem o que é a regionalização, qual a importância da regionalização; a gente vê que ela é um processo, que de certa forma, é pactuado de cima pra baixo. O que limita é justamente a questão financeira dos recursos pra saúde (GESTOR 8).

Outro aspecto identificado foram as frequentes mudanças de gestores, gerando descontinuidade e até mesmo desmonte dos processos em curso:

Essa história de mudar gestão demais, quando o próprio município tá se organizando, aí daqui a quatro anos muda e aí começa tudo de novo e isso é ruim [...] e de dúvidas de como a gente vai organizar e dar acesso mesmo a população dentro da região, acho que a meu ver, é um dos grandes limites (Técnico da regulação 6).

3.3.2 Estratégias de regionalização e de regulação do acesso aos serviços de média complexidade

O planejamento da regionalização com a elaboração do PDR e o PDI foi fundamental para organização do acesso às ações e serviços de saúde no SUS. Nesse sistema gerencial, encontra-se o processo de territorialização, o qual diz respeito à delimitação dos espaços das RAS por meio do PDR. Ainda para Mendes (2011), trata-se de uma estratégia que amplia a racionalidade sistêmica, proporcionando eficiência de escala e interdependência entre os atores sociais.

Dentre as inúmeras estratégias de regionalização da saúde e de regulação do acesso aos serviços de média complexidade, uma das principais que envolvem o presente estudo compreendem a CIB e a CIR, consideradas instâncias interfederativas. No caso da região de saúde, a CIR é o espaço no qual os gestores municipais têm papel importante.

Para Albuquerque, Mello e Iozzi (2011, p. 130), a governança da regionalização é caracterizada por “diversidade de atores e instâncias [...], mecanismos de coordenação das ações conduzidas pelos atores [...], natureza das relações entre os atores governamentais e importância da CIB na regionalização”. Na ótica de Teixeira e Ouverney (2007, p. 173), “a governança da rede se constrói precisamente nesses espaços, onde ganham legitimidade as decisões sobre os objetivos maiores e sobre as estratégias para atingi-los”.

Nesse contexto, o sistema de governança, “[...] cuida de governar as relações entre a APS”, os pontos de atenção tanto secundários como terciários e os sistemas de apoio e logístico “de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes” (MENDES, 2011, p. 157).

Na ótica dos entrevistados, a CIR permite a definição de prioridades e planos de ações e serviços de saúde da região que tem sua continuidade na CIB. Ambas estratégias orientam os gestores a articular questões e posicionamentos que possibilitam, por meio de diversas visões, fortalecer a tomada de decisão em prol de soluções destinadas à melhoria de oferta, regulação do acesso e gestão:

[...] a união faz a força [...] chorado mesmo [...] no Ministério da Saúde, [...] na Secretaria do Estado. [...] nossos gestores tão bem dispostos, [...] falando a mesma língua, [...] buscando o mesmo pra nossa região [...] esse é o nosso grande poder, é a união que faz todo o diferencial (GESTOR 7).

A CIR [...] onde a gente deságua nossas angústias, [...] questões da demanda, da falta de atendimento [...] debatido e [...] daí levar pra CIB [...] pro Estado pra ver se [...] encontra soluções (GESTOR 8).

Os depoimentos acima confirmam reflexões encontradas na literatura sobre o papel da CIB e CIR. Dessa forma, as CIBs propiciam as condições apropriadas e o local adequado para identificação de problemas e apresentam os diagnósticos das necessidades de saúde loco-regionais nos estados, a articulação e elaboração de diretrizes estratégicas para eliminar os problemas identificados, a partilha de responsabilidades e compromissos entre governos e a implantação dos Colegiados de Gestão Regional. Os CGRs são ambientes relevantes que objetivam identificar problemas, definir prioridades e soluções

para organizar a rede assistencial e regulação de prestadores público e privado (LIMA; VIANA, 2011). Ademais, “permitem a criação de um canal de negociação e decisão intergovernamental, com regras próprias e funcionamento estável” (LIMA; VIANA, 2011, p. 57). Esse canal de negociação e decisão acontece nas reuniões mensais da CIR, possibilitando aos gestores o compartilhamento dos problemas e busca de melhorias para o município, conforme se pode observar no relato a seguir:

[...] todos os meses [...] tem uma reunião onde são colocados os problemas [...] posicionamentos do colegiado [...] melhorias para aquela região. É a CIR, é regional. [...] os secretários [...] gestores da saúde dos municípios [...] cada um representa o seu município [...] buscar uma solução que seja compartilhada [...] (Técnico da regulação 2).

[...] é na CIR, nas regionais, nas reuniões. CIR, CIB, pra tá discutindo essas questões (Técnico da regulação 8).

É importante ressaltar que a institucionalidade da CIB é resultado da organização e funcionamento que se realizam em estruturas sólidas, cujo processo técnico e político abordam temas, assuntos e negociações intergovernamentais (Câmaras Técnicas, grupos de trabalho e outros) (MACHADO *et al.*, 2011).

Neste âmbito, ressaltam-se as Câmaras Técnicas como componentes da CIR, cujo processo se iniciou diante da necessidade dos municípios possuírem assessores técnicos, objetivando qualificar a gestão, fomentar discussão referente ao fortalecimento das ações e serviços do SUS. Atualmente, a CIR dispõe de quatro Câmaras Técnicas, em pleno funcionamento desde o ano de 2010: CT da Vigilância à Saúde, CT de Planejamento e Gestão, CT da Assistência à Saúde e CT da Assistência Farmacêutica (CEARÁ, 2013a).

Destas Câmaras Técnicas, destaca-se a Câmara Técnica de Planejamento e Gestão, a qual possui como funções o controle, avaliação, regulação e auditoria (CEARÁ, 2013a). Apesar da sua dimensão técnica e da decisão final nos colegiados ser dos gestores, é uma estratégia de regulação do acesso à saúde que intervém nas negociações intergovernamentais, de forma participativa. Empenha-se pela efetivação do equilíbrio entre demanda e oferta, refe-

rência dos usuários do SUS, além de debates, estudos, análise de situações e elaboração de propostas, conforme observado nas reuniões tanto da Câmara Técnica, quanto da CIB e da CIR e como mostram os relatos:

[...] um dos papéis da Câmara Técnica é [...] ajustar [...] procedimentos dentro da oferta. [...] quando existe um serviço novo [...] município da região, [...] organizar pra que essa demanda [...] excessiva, [...] ser referenciada pra esse serviço novo [...] um procedimento que [...] comprou pouco e [...] um [...] que [...] não tá utilizando [...] tem a possibilidade de mexer nessa pactuação que [...] chama o físico do procedimento [...] também do prestador pro outro. [...] esses ajustes [...] são pactuados pelos auditores e os técnicos da central de regulação dos municípios dentro da câmara técnica e [...] aprovados dentro da Comissão Intergestores Regional (GESTOR 1).

[...] câmara técnica é [...] de técnicos [...] discute os problemas [...] para melhorá-los [...] a decisão política é dos secretários de saúde. [...] mobilização [...] mas sempre com o aval dos secretários [...] toda deliberação e [...] resultado da câmara técnica [...] tem que ser aprovados pela CIR, pelos secretários de saúde [...] (Técnico da regulação 1).

Dentro da Câmara Técnica, as funções de auditor e regulador possuem suas distintas peculiaridades, consoante relato do entrevistado:

[...] auditor [...] vai fiscalizar se o [...] dito por lei tá sendo cumprido. [...] tem que cobrar no município [...] o [...] estabelecido no COAP [...] Lá diz [...] que a saúde tem que ser feita a nível estadual, municipal [...] o auditor tem que fazer valer no seu município (Técnico da regulação 1).

O regulador [...] vai se valer de todos os mecanismos legais [...] no município [...] orienta [...] direcionamento ao acesso dessa população aos locais [...] programação [...] diz o que [...] tem a nível local e o que [...] pode encaminhar [...] referenciar [...] as equipes [...] os profissionais de saúde [...] (Técnico da regulação 1).

O fato de uma mesma câmara técnica ter várias funções é ressaltado por um dos entrevistados, e tem como justificativa a insuficiência de recursos para contratar mais técnicos. Desse modo, há uma sobrecarga os técnicos e uma das funções fica prejudicada:

[...] os municípios não têm [...] serviço de auditoria separado do controle, avaliação e regulação, [...] segundo os gestores eles não têm condições de fazer essa separação da auditoria do controle, avaliação e regulação por conta dos recursos que não são suficientes. [...] os dois setores que eram para funcionar separados, funcionam com as mesmas pessoas, [...] a regulação ela toma muito tempo [...] faz muito mais regulação do que auditoria, porque [...] fazer a mesma coisa com a única equipe fica muito difícil, porque [...] o acesso do paciente ao serviço de saúde ele dá muito mais visibilidade ao gestor,

e [...] os gestores eles veem a auditoria não como uma ferramenta de gestão, eles veem [...] que [...] vai mostrar o erro, e não querem que aquele erro seja visto [...]. A própria auditoria municipal [...] que funciona como uma ferramenta de gestão que diz [...] para o gestor, que aquele recurso tava melhor alocado se tivesse daquela forma [...] observa que quando tem a auditoria estadual ou federal [...] já pega [...] porque a sua municipal não funcionou (Técnico da regulação 2).

Na ótica de Teixeira e Ouverney (2007, p. 97), “as funções de controle, regulação e avaliação serão definidas em processos de pactuação entre as três esferas de governo [...] no espaço interorganizacional do SUS, no sentido de articular as bases de suporte decisório [...]”. Para os sujeitos entrevistados, tanto o poder dos gestores necessita ser fortalecido nos setores de controle, avaliação, auditoria e regulação, como também esses setores precisam ser fortalecidos nas reuniões das instâncias CIB e CIR, tendo em vista a melhoria do acesso aos serviços de saúde. Com vistas ao fortalecimento desses setores e à melhoria do acesso, é imprescindível a integração e participação das Câmaras Técnicas, principalmente a da regulação, nas reuniões das instâncias CIR e CIB:

[...] fortalecer os gestores dentro do controle, avaliação, auditoria e regulação, fortalecer esses setores junto com a regional [...] onde vai dar melhoria do acesso aos nossos serviços de saúde (Técnico da regulação 3).

Poder ninguém tem. Tem é uma decisão política. [...] É a gente lutar por esse acesso na [...] CIB estadual, na nossa CIR, nas nossas reuniões ampliadas [...] (GESTOR 4).

Quanto ao poder dos gestores, é importante ressaltar a afirmação de Teixeira e Ouverney (2007, p. 97) uma vez “que a institucionalização da rede requer maior amplitude dos esforços [...] ações coletivas [...] compartilhamento de poder e de recursos [...] o foco de poder nas redes tende a ser mais que descentralizado [...]”. No entanto o que ocorre muitas vezes é o poder “modelo de cima para baixo (top-down) representar a manutenção do controle da esfera federal sobre os demais no estabelecimento de relações necessárias à implementação e execução de programas intergovernamentais” (TEIXEIRA; OUVERNEY, 2007, p. 70). Na ótica do técnico de regulação para as vozes serem ouvidas se requer a união dos gestores de todas as instâncias:

[...] quando a gente fala em gestores municipais, quando vem de cima pra baixo o poder vai diminuindo. Se eu falo de gestor maior, ao nível de União, [...] entra [...] o gestor de saúde, [...] responsável pela parte do orçamento, [...] da fazenda, [...] o poder é bem maior, e aí entra [...] que não é do executivo, mas [...] do legislativo que [...] deveria ter um poder de barganha em cima disso, de lutar mesmo por melhores condições pra saúde. [...] é importante [...] os gestores estarem em acordo com os demais gestores, [...] dentro do município e [...] ao nível de estado, ao nível de regional e aí os gestores das regiões tomem esse poder, porque [...] lá eles têm mais força, [...] é um poder de decidir, mas nem sempre de resolver porque como a gente trabalha [...] um dependendo do outro, precisaria que essas vozes não fossem só o gestor [...] municipal, não fossem só os gestores da CIR, não fosse só a voz dos gestores do COSEMS, nem os gestores da CIB nem da CIT, então precisaria que a voz fosse mais forte, que a gente se unisse mais [...] o gestor ele tem voz, [...] vez, mas não [...] voz única, ele tem que tá mais junto de outros gestores pra que essa voz faça valer, e eu acho que várias coisas já saíram [...] dessas demandas de discussões, dos conselhos, das secretárias de saúde que é o COSEMS (Técnico da regulação 6).

É indiscutível o valor de compartilhar o poder, como acontece nas comissões interfederativas. “A dinâmica de relações de compartilhamento de poder mediante canais formalizados de pactuação transforma a interdependência na relação fundamental de construção e fortalecimento da governança democrática [...]” (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007, p. 67). Para um dos técnicos da regulação, o poder dos gestores é ampliado e fortalecido quando decidido e articulado coletivamente para além da esfera municipal, mas reconhece o limite desse poder:

Várias conquistas já vieram desse “poder” que os gestores têm. Mas é um poder limitado porque chega um determinado momento que você precisa ter uma força política maior e um poder de decisão maior que aí foge, [...] dos gestores municipais, os secretários de saúde municipais, [...] tem certo poder, [...] limitado, mas pra [...] melhorar [...] é se unir mais, tá junto, tá conversando, tá se articulando mais pra que os poderes de decisão sejam mais abrangentes [...] (Técnico da regulação 6).

Quando indagados sobre o poder dos gestores para solucionar os problemas de acesso aos serviços de saúde dentro da rede, um dos entrevistados apontou que o poder envolve o compromisso com a atenção básica, de modo especial as redes temáticas de atenção à saúde, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de atenção às urgências e emergências e outras:

[...] é o compromisso que o gestor assume de realizar a construção das redes de atenção [...] serviços [...] priorizando [...] demandas principais. [...] rede de atenção à saúde da mulher [...] rede Cegonha [...] saúde mental [...] urgência e emergência [...] construção dos planos regionais e estaduais para compor o federal [...] (GESTOR 1).

De acordo com Santos e Andrade (2013, p. 50), “a rede interfederativa de saúde é a união dos entes autônomos, que juntos devem gerir um sistema integrado de saúde de âmbito intermunicipal, regional, estadual, interestadual e nacional, sem macular a sua autonomia federativa [...]”. Para os sujeitos do estudo, a concretização do poder dos gestores representa compartilhamento, mobilização, articulação, busca de soluções e garantia de apoio dos três entes federativos e dos conselhos:

[...] a nossa união [...] não é o suficiente para resolver os nossos problemas. [...] é preciso [...] apoio do estado. [...] tem ajuda do Conselho Municipal de Saúde [...] grande representante da população [...] (GESTOR 2).

[...] o gestor ele tem uma autonomia [...] precisa ter o apoio [...] do prefeito. [...] nós, conjunto de gestores [...] se mobilizar pra trazer [...] pra [...] região alguns serviços. [...] esse é o poder que o gestor tem [...] resolver algumas questões [...] minimizar [...] (GESTOR 8).

Portanto, para Teixeira e Ouverney (2007, p. 77) “[...] a institucionalização da rede implica um padrão de interdependência em que os atores desenvolvem ações coletivamente planejadas e deliberadamente orientadas para a ênfase nos objetivos comuns”. Ainda segundo esses autores (2007, p. 78), “a institucionalidade necessária ao aprofundamento das interdependências envolve um pacto de compartilhamento de poder, o que torna a rede um fenômeno gerencial onde a administração e a política são inseparáveis”. Para Mendes (2011, 176), o sistema gerencial constitui “uma solução mais viável, apresenta-se como um campo fértil de intervenções de mudança na governança das RAS”.

Outra relevante estratégia de regulação do acesso dentro da região de saúde é o complexo regulador. Sua função é regular a oferta e a demanda em saúde, organizando os fluxos de referência e contrarreferência. A instituição desse complexo regulador, de acordo com Pinheiro *et al.* (2012, p. 83), “objeti-

va constituir uma rede de informações integrada em relação à oferta disponível de serviços, melhorando o acesso do usuário e permitindo o controle e a avaliação sobre os serviços prestados”.

Todo município tem uma central de regulação. Tem município ainda na nossa região que não tem a central de regulação hospitalar, só tem a ambulatorial [...] é eletiva já a hospitalar ela é de emergência. [...] com o novo sistema, todos vão ter que ter (GESTOR 1).

Ela é informatizada e agora [...] acabamos de receber cinco computadores para essa central de regulação [...] a tendência é que a gente fique melhor ainda (GESTOR 5).

Uma das estratégias de aspecto relevante para a central de regulação é o sistema UNISUS WEB, atual sistema de regulação. Por ser online, trouxe melhorias e agilidade, considerando-se que seu funcionamento não se restringe apenas à central de regulação, ele funciona em qualquer local, só precisa ter a senha. Veio para substituir a CRESUS, pois essa vai deixar de existir. Dentre suas funções, destacam-se os relatórios, boletos, consultas. Contudo, não consegue funcionar em todos os municípios. Na ótica dos entrevistados, esse sistema representa uma inovação positiva, agilidade e possibilidade de regular e referenciar. Porém, conforme um dos técnicos de regulação argumenta esse sistema apresenta como um dos seus limites o fato de não conseguir identificar a demanda reprimida:

[...] tem dado uma melhorada [...] o sistema web [...] antes não saía era nada [...] passa a ficha de referência para a central de regulação do município, o município coloca no sistema e fica aguardando [...] a consulta, o exame (GESTOR 10).

[...] o UNISUS WEB que é online [...] veio pra [...] dar uma agilidade. Só que esse sistema ele não consegue identificar o que a gente tem de demanda reprimida no município (Técnico da regulação 6).

De acordo com Lavras (2011) a implantação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), juntamente com seus componentes Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, trata de efetivar compromissos interfederativos no âmbito dos entes intergovernamentais, destinados a promover inovações tanto nos processos e mecanismos de gestão do SUS. Seu objetivo é fortalecer na região as respostas do sistema às necessidades de saúde do cidadão, bem como garantir a equidade social. Com efeito, nos pactos a implantação dos

acordos define a articulação dos gestores dos Estados e dos Municípios para pactuar os fluxos de referências no âmbito dos municípios numa abordagem nova que é a organização loco-regional do SUS, com vistas a estruturar as redes regionais de atenção à saúde. É importante ressaltar as estratégias que facilitam a efetivação de pactuação, seja a organização de Colegiados de Gestão Regional, assim como as centrais de regulação que operam a regulação do acesso a ações e serviços definidos na PPI. Conforme Mendes (2011), como parte da institucionalização da rede, inclui-se a cooperação entre os entes nas instâncias permanentes de pactuação. Todavia, o entrevistado aponta os limites dessa pactuação:

[...] na pactuação [...] escolhe o local e o procedimento [...] e a quantidade. Não funciona na prática, mas na teoria [...] faz essa pactuação, mas muita coisa do que a gente pactua nunca sai, fica só no papel [...] (Técnico da regulação 8).

No sentido de fomentar maior legitimidade as pactuação, o decreto 7.508 (BRASIL, 2011a) instituiu o COAP. Com essa inovação espera-se maior responsabilidade e compromisso dos gestores com a regulação do acesso aos serviços de média complexidade. De acordo com as falas:

[...] o COAP [...] compromissos entre federados [...] cada um cumpre com a sua responsabilidade e o objetivo é o acesso com qualidade [...] (GESTOR 1).

São eles que têm poder [...] de barganhar. [...] se houvesse uma pressão [...] de todos os municípios ao estado pra ter essa avaliação da PPI alocada em Fortaleza e [...] ter uma articulação muito maior envolvendo COSEMS, CONASEMS, a nível federal um melhor financiamento [...] porque [...] tem pouco recurso [...] (Técnico da regulação 1).

Outra estratégia é o planejamento estratégico que permite, dentro da gestão das três esferas, articulação, integração e cooperação federativas e ainda fortalecimento e consolidação, tanto dos objetivos como das diretrizes do SUS na equidade. São instrumentos os planos, os relatórios e as programações. Um dos entrevistados gestor sugeriu mais planejamento urgente:

[...] o gestor deve ter planejamento. [...] precisamos planejar e saber quais os serviços nós vamos oferecer a população. [...] é muito importante porque a população quer um retorno quase que imediato [...] (GESTOR 11).

Uma das principais estratégias nessa programação é a PPI. Segundo defendem Teixeira e Ouverney (2007, p. 118) “a existência de diferentes modalidades de gestão indica a presença de fortes assimetrias entre os municípios no tocante à capacidade de provisão de serviços [...]. Uma tentativa de resolver essa deficiência é [...] PPI”. Para Mendes (2011), a PPI da assistência, embora destinada aos Estados e Municípios, possui limites no tocante ao seu planejamento contemplar somente recursos federais de alta e média complexidade, inerente apenas à alocação macro. Logo, não consegue fazer articulação, ser transparente e suprir a grande demanda, diante das condições dos municípios, com espaços microrregionais com escassez de recursos. Assim, acarreta uma série de outros obstáculos, como exposto:

[...] a PPI ela é muito assim pequena [...] a quantidade [...] para [...] atender a sua população [...] não é suficiente [...] muitos gestores [...] com os recursos [...] para o município [...] contratam especialistas para atenderem no seu município. [...] essa PPI, [...] não corresponde às necessidades [...] total [...] real (Técnico da regulação 2).

A PPI tá bem formulada. A pactuação em si tá bem feita. É fazer funcionar o que tá pactuado. Não é refazer. [...] aumentar a oferta de serviço [...] o Ceará tá crescendo muito e a procura tá ficando maior que a oferta, a população tá crescendo e o crescimento da quantidade de hospitais e da quantidade de profissionais [...] não tá acompanhando [...] os hospitais estão superlotados, [...] públicos ou particulares [...]. [...] Não adianta reformular se os locais de atendimento não vão ter como suprir (Técnico da regulação 7).

Caucaia como polo é o “município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresenta papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção” (BRASIL, 2002; SANTOS; ANDRADE, 2009, p. 70). “[...] os municípios polos representam bases de referência para a média e a alta complexidades dentro da região de saúde [...] cuja complexidade [...] supera a daqueles que são de responsabilidade do município-sede” (TEIXEIRA; OUVERNEY, 2007, p. 153). Para um dos entrevistados, o município polo é o mais importante, reconhecendo-o como ator principal, sobretudo por ser maior e proporcionar uma grande capacidade de oferta de serviços para a média complexidade, como pode ser evidenciado no relato a seguir:

[...] a secretaria como é a maior, ela é polo, nós somos um município polo, [...] temos um ambiente secundário um pouco grande [...] É a 2ª

regional de saúde ela tem Caucaia como referência pra 10 municípios [...] o nosso papel é o de ator principal de tá fazendo serviços [...] a maioria dos serviços da CRES é no município de Caucaia (GESTOR 11).

A partir do reconhecimento da insuficiência de serviços de média complexidade para garantir o acesso da população, foram criados os consórcios, os quais na concepção de Mendes (2011) são arranjos que proporcionam redução de gastos e eficiência na prestação de serviços, envolvendo níveis de complexidades maiores, como é o caso da média e alta complexidade. Segundo os entrevistados, os consórcios são instituídos por meio de parcerias entre as três esferas de governos que se consolidam no estabelecimento das atribuições e investimentos financeiros específicos de cada esfera. Além disso, fortalecem a região de saúde, tornando-a independente:

[...] estratégias [...] consórcios é uma coisa bacana [...] veio pra ajudar [...] os municípios tiveram [...] que se juntar [...] desembolsar [...] tem o desembolso financeiro do estado, da união [...] investimento [...] ninguém consegue fazer isso só. [...] fortalecer as regiões de saúde, [...] fazer uma região independente [...] dos grandes centros como Fortaleza (Técnico da regulação 6).

Os consórcios intermunicipais de saúde representam um processo de crescimento institucional. São relevantes instrumentos que contribuem com a organização intermunicipal, por meio da prestação de serviços de saúde. Esses consórcios devem ser públicos e seu objetivo é “exercitar a prestação, efetiva e eficiente, de serviços regionais [...] de atenção secundária ambulatorial”, cuidados clínicos regionais e sistemas de transporte em saúde. Como enfatiza MENDES, 2011, p.175 os consórcios se submetem ao Plano Diretor de Regionalização. Para o gestor entrevistado, os consórcios descentralizaram essa prestação de serviços para outras regiões e concederam autonomia de gestão que se consolida na CIR:

[...] consórcios conseguiram descentralizar e levar para as várias regiões de saúde [...] a policlínica, o centro de especialidades odontológicas, um hospital na região norte [...] sul [...] sertão central. [...] no consórcio [...] tem autonomia [...] reuniões de CIR, e com o consórcio [...] tem discutido [...] problemas [...] demanda (GESTOR 8).

Na organização dos consórcios intermunicipais de saúde é indispensável [...] contratos de gestão [...] com pactuação de metas” (SILVA, 2013, p.

244). A policlínica representa concentração de serviços de média complexidade, principalmente nos ambulatorios de especialidade, desafogando e reduzindo as filas de espera. Contudo, destaca-se que mesmo com a melhoria na oferta, esta ainda é insuficiente para atender a demanda dos dez municípios, conforme relatos:

[...] tinha uma demanda especializada muito grande. Era uma pilha enorme e hoje [...] mais coerente [...] bem menor [...] a policlínica deu uma desafogada bastante (GESTOR 7).

[...] policlínica [...] uma maravilha [...] vai começar a endoscopia [...] tomografia e os nossos pacientes tão tendo atendimento, na policlínica, que é do consórcio [...] acabou com a demanda (GESTOR 10).

[...] policlínica regional [...] ofertam as consultas mais especializadas. [...] hoje está tendo uma melhora com as policlínicas [...] abertas desde 2013. [...] grande ganho [...] mas nos exames tá ficando a desejar porque [...] não tem o exame. [...] não tem a oferta [...] a procura é maior que a oferta (Técnico da regulação 4).

[...] nossa salvação no ano de 2014, policlínica [...] tem as consultas especializadas, boa parte dentro da policlínica [...] referenciando alguma coisa pra policlínica em termos de especialidade e alguns procedimentos hospitalares [...] (Técnicos da regulação 6).

Outra estratégia facilitadora de atendimento à saúde da população são as Unidades de Pronto Atendimento ou UPAS. Segundo Brêtas Júnior, Silva e Magalhães Júnior (2013, p. 183), estas reforçam “a Rede de Urgência e Emergência: rede proposta a partir da articulação das várias iniciativas anteriores mais vigorosas do MS principalmente a expansão do SAMU, das UPAS [...]”. Para Magalhães *et al.* (2012, p. 30), “a UPA é a unidade complementar da rede e sua inserção na mesma deve se dar através da Atenção Básica, porta de entrada do sistema. Se descolada do mesmo, não é resolutive e perde capacidade para atender as suas demandas”.

Dos sujeitos entrevistados, apenas um técnico da regulação apontou ser a UPA uma estratégia que promoveu melhorias de saúde, enquanto os gestores constataram que nas UPAs há uma distância muito grande entre a estrutura e o funcionamento, cujos problemas mais frequentes são falta de profissionais, excesso de demanda e escassez de oferta, ausência de sistematização dos serviços nos distintos níveis de atenção:

Tá se tentando, essa questão das policlínicas, das UPAs, eu acho que melhorou bastante, pelo menos pra gente da 2ª CRES (Técnico da regulação 7).

Já a UPA [...] não tá tendo o funcionamento que é pra ter de jeito nenhum, [...] tá faltando médico, não tá legal [...] (GESTOR 10).

Para Mendes (2011), a organização efetiva, eficiente e qualificada das RAS se estrutura tendo por base os fundamentos da economia de escala; disponibilidade financeira; qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários e níveis de atenção.

Desse modo, a economia de escala, segundo Silva e Magalhães Júnior (2013) compreende os inúmeros procedimentos e atividades que se realizam no serviço. É importante considerar a relação entre oferta assistencial, produção e necessidades. Esse requisito deve ser seguido pelas unidades assistenciais, do contrário pode gerar incapacidade econômica e pressão por serviços de porte superior ao necessário, causando desequilíbrio na rede. Já para Carvalho e Medeiros (2013), com a economia de escala, o acúmulo de serviços em certa localidade faz reduzir os custos e melhorar os resultados, desde que esses serviços tanto tecnológicos quanto humanos não sejam implantados de forma isolada em cada um dos municípios.

Mesmo com a organização dos consórcios e a implantação de vários equipamentos que garantem a economia de escala, persiste o grave problema dos SUS: a insuficiência de recursos financeiros, materiais e humanos para atender as necessidades de saúde.

[...] o recurso da saúde é péssimo, não dá pra se manter, principalmente da média complexidade [...] que não é nem 25% do valor que é gasto. [...] o que a gente pode fazer é muito pouco. [...] vem bem mais de cima a mudança [...] a nível federal [...] a complexidade já é muito grande. O problema já não é mais simples, já tá ficando generalizado (GESTOR 3).

3.3.3 A regulação do acesso aos serviços de média complexidade: significados, obstáculos, vantagens e sugestões

Destacam-se diversos estudos sobre a regulação do acesso. Assim, foi possível estabelecer uma diversidade de significados de regulação, fundamentados em diferentes percepções, conhecimentos, experiências e referenciais teóricos.

O processo da regulação do acesso em saúde na 2ª região de saúde ainda é bastante incipiente. Contudo, a formalização da Câmara Técnica em Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria com a indicação dos representantes municipais e a aprovação do seu regimento interno apontam para um melhor desenvolvimento desse processo (ATA CARA, 9/2013).

Cabe destacar, porém: vincula-se à regulação em saúde amplitude de ações, tais como regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação. No entanto, as ambiguidades conceituais da regulação em saúde se fazem presentes tanto nos conteúdos normativos como nos manuais técnicos (OLIVEIRA; ELIAS, 2011). Essa questão está presente também nas falas quando indagados os sujeitos sobre o significado atribuído à regulação do acesso aos serviços de saúde. Assim, evidenciou-se a percepção de haver certa confusão nessa definição, principalmente, por parte dos técnicos responsáveis pelo monitoramento e avaliação desse processo:

É tudo muito misturado, não dá pra você regular sem você fazer controle apesar de controle ser uma coisa à parte, mas também não dá pra você regular se você não fizer uma avaliação do que você tem [...] (Técnico da regulação 6).

É importante ressaltar que os resultados almejados pela regulação do acesso seriam reparar tanto a má partilha de recursos humanos e de equipamentos como de iniquidades de acesso, unificar o desempenho dos prestadores com os objetivos dos sistemas de saúde, adequar o cuidado em todos os níveis do sistema (OLIVEIRA; ELIAS, 2011).

Então, à medida que se liam exaustivamente as falas dos sujeitos sobre regulação do acesso, percebia-se nelas um conjunto de significados com dimensões sociais, econômicas, gerenciais e políticas. Assim, optou-se por organizar cada bloco das falas dos sujeitos nessas dimensões.

No âmbito da dimensão social, os entrevistados, tanto gestores como técnicos, atribuíram significados à regulação do acesso aos serviços de média complexidade, destacando-se: sentido amplo (direito de acesso à totalidade dos serviços nos diferentes níveis de complexidade), ambiente democrático, integralidade, equidade, garantia à atenção, como pode ser evidenciado nos trechos a seguir:

[...] a regulação [...] é uma coisa bem mais ampla. [...] é você dar o direito a quem realmente tem o direito de acesso mesmo, a todos os serviços e em todas as suas complexidades (Técnico da regulação 6).

Regulação ela traz a possibilidade de [...] vê o paciente como um todo [...]. Integrar esse paciente dentro dos serviços de saúde. [...] precisa ter uma ponte [...] que é a regulação em relação à atenção primária, secundária e terciária (Técnico da regulação 4).

É [...] dar garantia à atenção aqueles que precisam a partir da porta de entrada da atenção básica regular para os níveis de maior complexidade (Técnico da regulação 8).

No tocante ao significado de regulação do acesso na sua dimensão econômica, estudos focalizam essa dimensão (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012; OLIVEIRA; ELIAS, 2011). As falas apontam para os seguintes elementos: organização da oferta e da demanda por serviços de saúde.

[...] é aproximar os serviços de saúde da população [...] descentralizando os serviços menos complexos e centralizando os serviços mais complexos por conta da questão do custo, da dificuldade de mão de obra [...]. É você ofertar os serviços, é uma maneira de organizar essa oferta dos serviços (Técnico da regulação 1).

A regulação é você ter uma organização da sua demanda [...]. Pra organizar o fluxo e as suas demandas (GESTOR 5).

Os significados de regulação do acesso atribuídos por alguns sujeitos dentro da dimensão gerencial indicam processos que possibilitam tornar acessível, regulamentar, protocolar, colocar prioridade e ordem, encaminhar e direcionar os usuários para o atendimento das suas necessidades:

[...] tornar acessível tudo o que o SUS tem pra oferecer. [...] regulamentar, é protocolar os serviços do SUS [...] para a população em geral, todos os cidadãos (GESTOR 7).

[...] colocar uma prioridade dentro dos encaminhamentos que existem pros serviços especializados, colocar numa ordem [...] (GESTOR 8).

[...] é você colocar a necessidade daquele paciente no local que melhor atenda, que [...] dê um suporte [...] saber que o paciente vai ser atendido naquele lugar, naquele horário, por aquele médico [...] (Técnico da regulação 2).

As falas revelaram ainda uma dimensão política da regulação do acesso aos serviços de saúde, destacando a igualdade:

[...] você tem que visualizar a regulação como um ambiente democrático de acesso aos serviços de saúde. [...] que todos tenham direitos iguais na fila, na espera do seu exame, da sua cirurgia e do seu procedimento (GESTOR 11).

Aqui, para melhor se compreender, é importante ressaltar o termo ambiente democrático, pois a democracia em saúde pode significar o favorecimento da equidade no direito à saúde da população, mas sem esquecer o princípio da igualdade. Isto no sentido de romper com as práticas do clientelismo e do favor, que historicamente marcam os serviços de saúde, contribuindo com a desigualdade no acesso evidenciado nas longas filas de espera.

Para Lima e Oliveira (2012), a longa fila de espera por serviços de saúde está presente nos serviços de média e alta complexidade, pela carência de oferta dos referidos serviços, com deficiência na atenção integral dentro da rede de saúde e, por fim, adoção de postura de extrema dependência ao setor privado.

Para analisar a regulação do acesso aos serviços de média complexidade, é preciso compreender pontos importantes relacionados à organização dos serviços de saúde. Como afirmam Solla e Chioro (2008), o SUS traz em seus fundamentos a existência de uma rede de serviços que se estrutura na configuração regionalizada e hierarquizada. Essa rede envolve um leque de conhecimentos nas diversas áreas sobre os problemas de saúde da população, além de conceber a execução de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde e mais ainda acesso ao conjunto de

ações de atenção ambulatorial e hospitalar, abrangendo todos os níveis de complexidade. A referida atenção foi bem definida, como mostra este relato:

Os serviços ambulatoriais eles compreendem as consultas especializadas e os exames e a demanda hospitalar são as cirurgias eletivas e as emergências [...]. Uma gestante que está num município pequeno que precisa vir pro serviço de maior complexidade [...] essa pessoa é regulada. Um caso de traumatologia que não tem resolutividade no município, ele é inserido dentro do sistema de regulação pra vir pra um serviço especializado (GESTOR 1).

Inicialmente, o acesso à rede de média complexidade se dá por intermédio dos serviços de nível de atenção básica, reconhecidos como porta de entrada para o acesso à saúde, com garantia de atenção à saúde qualificada e resolubilidade dos problemas básicos e prioritários da população (SOLLA; CHIORO, 2008).

Enquanto a rede de serviços de atenção básica tem como característica a descentralização com unidades de pequeno porte mais próximos do convívio da população, a atenção especializada oferta serviços de maneira hierarquizada e regionalizada, garantindo economia de escala. Desse modo, há acréscimo de produção dos serviços e estabilidade no custo dessa produção. Para tal, é indispensável planejamento, regulação do sistema, qualificação profissional, boa governança, transparência, eficiência, organização em redes assistenciais (SOLLA; CHIORO, 2008; SILVA; JÚNIOR, 2013).

De forma ideal, a atenção básica, integrada pela Estratégia Saúde da Família, soluciona acima de 80% dos problemas de saúde. O nível secundário, integrado pelos Centros de Especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico, soluciona aproximadamente 15% dos problemas de saúde e o nível terciário, integrado pela atenção hospitalar, soluciona 5% dos problemas de saúde (SOLLA; CHIORO, 2008). Então o ideal seria que a maioria dos problemas básicos de saúde fosse resolvida na atenção básica e para isso é relevante uma política de fortalecimento da atenção básica. Os motivos de urgência para essa necessidade são explicitados pelo entrevistado, conforme relato:

Então se a gente não tiver realmente uma política de fortalecimento da atenção primária no sentido da atenção primária ser mais resoluti-

va, somar ao maior acesso e melhor financiamento, melhoramento da tabela SUS a gente não vai conseguir resolver esses problemas [...] cada vez mais nossa população aumenta [...] a necessidade e o acesso cada vez mais é cobrado pela população (Técnico da regulação 1).

No cotidiano, os entrevistados relataram a falta de resolubilidade da atenção básica que gera grande pressão na média complexidade. E, ainda, a grande dificuldade em integrar os serviços de saúde dos diferentes níveis. Mesmo reconhecendo que a maioria dos municípios da região possui cobertura de 100% para a APS, o entrevistado a seguir enfatiza o baixo investimento na atenção básica, principalmente nas ações de promoção da saúde:

[...] a gente gasta mais com média complexidade, seria o ideal isso [...] talvez se a gente tivesse investindo mais na atenção básica, trabalhando mais a parte de promoção, não deixando o paciente chegar à média e alta complexidade, talvez fosse melhor (Técnicos da regulação 6).

Quanto à média complexidade, alguns entrevistados destacaram a fragilidade da política de regulação do acesso aos serviços desse nível nos municípios e no estado e o não cumprimento das atribuições de cada esfera governamental. A responsabilidade recai também sobre os complexos reguladores, tanto municipal quanto estadual e regional.

Dentro do complexo regulador municipal estão organizadas as centrais de regulação que incluem a rede de assistência à gestante, internações de urgência, especialmente ao regular o acesso aos leitos e procedimentos hospitalares e ambulatoriais, tais como parto cesariano ou normal em gestação de alto ou baixo risco. As falas a seguir são bastante representativas do que caracterizam os serviços de média complexidade, dentre os quais “dificuldade de acesso, baixa resolubilidade, superposição de ofertas de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações” (SOLLA; CHIORO, 2008, p. 639), gerando sentimentos de angústia e impotência, conforme relatos:

[...] média complexidade do município do hospital de pequeno porte é pouca coisa que se resolve no município. [...] essa regionalização veio ajudar muito essa historia da melhoria da saúde nos municípios [...] se fala muito, se cobra muito dos municípios [...] não pode morrer uma gestante, não pode morrer uma criança, mas eu mando a gestante pra maternidade de Caucaia e a maternidade não recebe a ges-

tante porque não tem um anestesista, porque a equipe tá incompleta e não existe uma regulação da maternidade de Caucaia pra mandar pra outra maternidade. A nossa gestante fica rodando dentro de uma ambulância. [...] Eu faço o pré-natal da gestante [...] procura ter a gestante no primeiro trimestre [...] dar um acompanhamento [...] a gestante falta no pré-natal, a gente manda atrás da consulta. O município faz o seu trabalho [...] na atenção básica, que é o acompanhamento da gestante [...] quando chega na hora principal dela ter o bebê, aí é um problema [...] (GESTOR 10).

O parto é um procedimento que exige atenção imediata e sua não efetivação traz grandes riscos para a gestante e/ou o bebê, revelando as falhas do sistema. Alguns municípios de médio porte possuem hospitais que realizam parto normal, mas como relata a técnica da regulação, o médico não quer correr o risco e prefere transferir a gestante e esta acaba encontrando dificuldades em ser atendida. No caso de gestante de risco, seu atendimento se torna mais crítico, ou seja, a regulação do acesso encontra muitas barreiras:

[...] o nosso maior problema é gestante [...]. Na hora em que a gestante dar entrada, o destino do médico é transferir. [...] ele não quer correr o risco [...] gera desgaste de ambulância, combustível [...] o município deixa de receber pelo parto [...] que não é realizado [...] as discussões [...] acontecem a passos largos e a necessidade das pessoas a passos bem curtinhos (Técnico da regulação 6).

Ainda no contexto da atenção especializada ou média e alta complexidade, a linha de cuidados significa um “conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos e agravos à saúde, que considera as condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério técnico sanitário [...]” (SANTOS; ANDRADE, 2013, p. 42). Consoante estes autores acrescentam, para que haja resolubilidade é necessário que a oferta desses recursos ocorra de forma articulada e contínua, de acordo com o tempo adequado ao risco de saúde, promovendo a integralidade do cuidado.

Segundo se verifica, mesmo que os municípios estejam se esforçando para organizar a regulação assistencial de média complexidade e já ter conseguido andar embora a passos lentos, os sujeitos entrevistados percebem os entraves e o quanto faltam para alcançar a promoção do acesso com equidade e integralidade. Determinados estudos (SOLLA; CHIORO, 2008; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010) constataam que a média complexidade representa um gargalo para o SUS, conforme ilustração da figura 6, o que foi ressaltado pelos

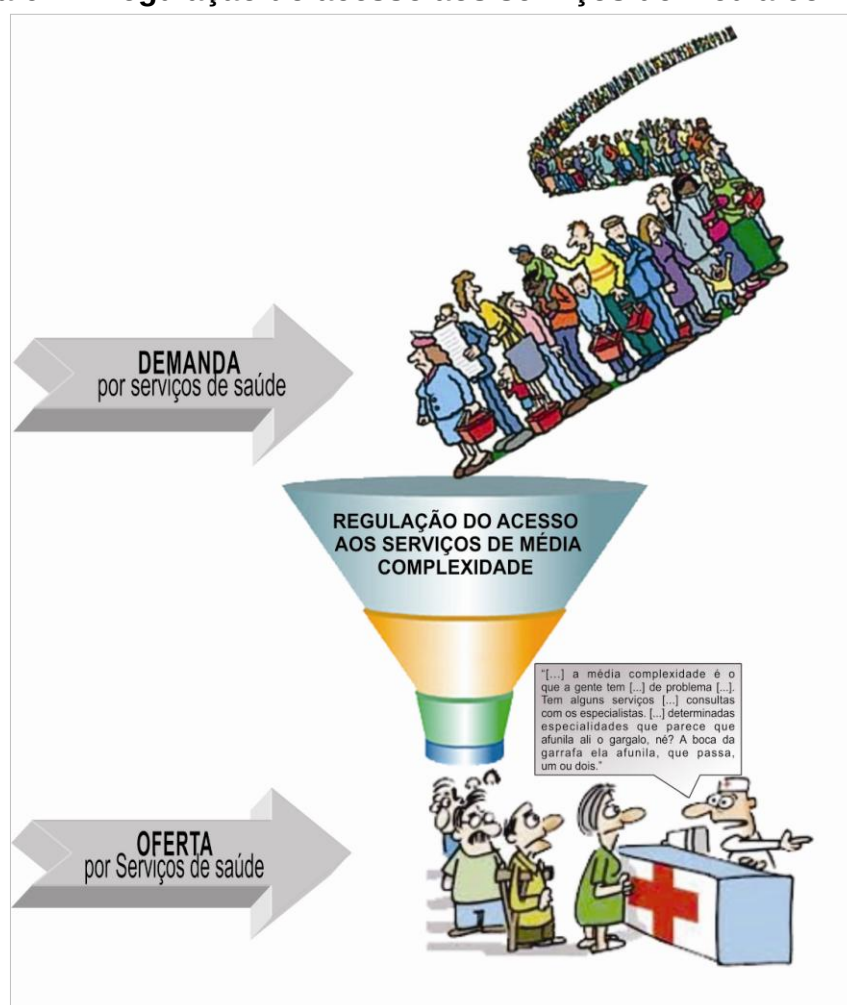
entrevistados. É a atenção básica quem detecta os maiores problemas que necessitam de solução urgente. Contudo, os impasses relacionados à carência de recursos, profissionais, leitos, exames e equipamentos revelam esse gargalo:

[...] é aí que é nosso gargalo, eu costumo dizer que a atenção básica ela não tá excelente [...] tá caminhando. [...] precisa melhorar em alguns pontos, mas a média complexidade é o que a gente tem [...] de problema [...]. Tem alguns serviços [...] consultas com os especialistas. [...] determinadas especialidades que parece que afunila ali o gargalo, né? A boca da garrafa ela afunila, que passa, um ou dois (Técnico da regulação 6).

[...] na parte da média complexidade [...] não tem leitos [...] o SUS ainda não está apto para receber a população que tem [...] a gente fica a mercê do critério de regulação. [...] tem que aguardar sair a vaga [...] é bastante angustiante [...] com muita dificuldade que sai [...] (GESTOR 3).

[...] média complexidade do município do hospital de pequeno porte é pouca coisa que se resolve [...] (GESTOR 10).

Figura 6 – A regulação do acesso aos serviços de média complexidade



Fonte: Elaborado pela autora com imagens do Google em nov. 2014.

Para alguns entrevistados, uma das dificuldades encontradas na regulação do acesso aos serviços de média complexidade está relacionada com os prestadores de serviços – públicos e privados – envolvendo desde os custos com esse prestador até a PPI de Fortaleza, cuja rede não possui capacidade instalada para atender a demanda. Segundo Silva (2013, p. 234), “os prestadores públicos e privados devem estar inseridos na rede de atenção regional [...]”. Quanto aos contratos de prestação de serviços, é importante ressaltar que significam mecanismos relevantes para o controle da execução dos serviços “com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas” (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, um dos aspectos da capacidade instalada equivale à quantidade de leitos totais e leitos do SUS por mil habitantes dentro da CIR (FERREIRA; DINI, 2011). Essa capacidade instalada nos serviços públicos é deficiente, ou seja, não atende às carências por serviços de média complexidade para a população que necessita, tendo em vista haver por trás os interesses privados que controlam as regras de ofertas para o SUS (SOLLA; CHIORO, 2008). Outro problema identificado pelos entrevistados refere-se ao baixo valor da tabela do SUS que não dá lucro para o prestador privado:

[...] dificuldade muito grande aqui na nossa região de ofertar serviços [...] procedimentos de média complexidade. [...] não encontra prestador que queira realizar recebendo tabela SUS e os municípios não têm condições de arcar com esses procedimentos. A gente tem avançado [...] nas mamografias [...] gera uma demanda gigantesca pra Fortaleza que a gente não consegue resolver. [...] não acontece só aqui na região de Caucaia, [...] vários municípios não ofertam dentro da região e acabam pactuando para Fortaleza. E apesar de tá na PPI pactuada, eles não têm acesso porque a PPI de Fortaleza foi feita sem olhar a capacidade instalada dos prestadores. Apesar de tá sendo recurso destinado ao município de Fortaleza, as prefeituras ficam penalizadas, porque aquele prestador não tem capacidade instalada. [...] necessidade de reavaliação dessa PPI alocada em Fortaleza e [...] melhoramento do financiamento da tabela SUS pra [...] ter [...] oferta [...] prestadores interessados a ofertaram nas regiões de saúde (Técnico da regulação 1).

Em relação à média complexidade “as ações assistenciais [...], tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual [...]” (BRASIL, 2002). Essas ações representam “pontos de estrangulamento, com déficits no padrão de oferta que resultam

em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou a não garantia do acesso [...]” (SOLLA; CHIORO, 2008, p. 644). Destacam-se, dentro da 2ª região de saúde, alguns desses problemas, cujas demandas, filas e tempo de espera são longos, na ótica dos entrevistados:

[...] há mais de dois anos de espera [...] ressonância, cirurgia de fêmur, fratura de fêmur (GESTOR 3).

[...] demanda pra cirurgião vascular bastante grande [...] neuropediatra [...] dermatologia [...] otorrino (GESTOR 8).

[...] três endoscopias por mês [...] o bolo de referências. [...] o médico precisando priorizar [...] (GESTOR 10).

[...] especialidades mais difíceis são neurologia, otorrino, reumatologia [...] cirurgias eletivas, eletroencefalograma, as cintilografias, as tomografias, as ressonâncias (Técnico da regulação 4).

[...] pacientes na fila, saindo a cada dois anos, a cada três anos [...] tomografia, ressonância (Técnico da regulação 6).

Os entrevistados apontam para alguns procedimentos de média complexidade que não oferecem vagas. Como ressaltam Solla e Chioro (2008), a atenção ambulatorial de média complexidade apresenta o efeito do estrangulamento da oferta. Tal realidade contribui para o aumento da demanda de alta complexidade, juntamente com custos elevados e agravamento do estado de saúde do usuário. Daí, as consequências são desastrosas, chegando até a morte do paciente, como exposto:

[...] na parte de UTI, não têm vagas, cirurgias pra idosos, fraturas de fêmur [...] o idoso falece e não sai a cirurgia [...] (GESTOR 3).

[...] a gente não tem pra onde mandar quem tem alergia pra fazer consulta com alergologista [...] eletroneuromiografia [...] não tem acesso ao urologista, mas aí quando entra na biopsia de próstata, para (Técnico da regulação 6).

Os gestores entrevistados confirmam a dura realidade acelerada por dificuldades financeiras e falta de investimentos no tocante à regulação do acesso aos serviços de média complexidade, o que contribui para a impossibilidade de manutenção e até o risco de fechamento de um hospital do município. Nos relatos dos sujeitos percebe-se essa realidade:

E sustentar a média complexidade não tá dando. Tem um município pequeno que o prefeito já pediu pra fechar o hospital porque o valor [...] da média complexidade [...] só paga dois médicos de plantão,

sendo que eu tenho sete. [...] não paga nem o aparelho. Não tem investimentos. Não tem nada [...] (GESTOR 3).

O hospital é lotado direto (o entrevistado repete cinco vezes) [...] é medicação, e o dinheiro? Cadê o recurso para você manter, pra pagar plantão de médicos, pra pagar medicação [...] a população tá mais doente, os postos de saúde cheios, cada dia que passa tá mais difícil, mas funciona dessa forma, começa lá na atenção básica. [...] a demanda é enorme e a oferta é pouca (GESTOR 10).

Passa-se agora à discussão dos obstáculos na regulação do acesso aos serviços de média complexidade.

Na Constituição brasileira, o SUS é um sistema universal porque garante a todas as pessoas acesso à saúde, assistência à saúde “de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural” (PAIM, 2012, p. 45). Ainda segundo este autor, é equitativo porque “atende desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar igualdade”. Contudo, o SUS formalizado para oferecer à população uma relevante política de saúde universal e equitativa como ele “se propõe”, ele mesmo “não dá condições” e não investe na realização dessa proposta, como pode ser evidenciado no relato a seguir:

A gente se propõe a dar um sistema universal, e [...] não dá condições pra que esse sistema seja universal. Como é que eu posso dizer que vou dar tudo a todo mundo? [...] não dá pra ser tudo pra todo mundo. [...] colocar equidade aí no meio, mas a Constituição ela é universal. [...] países para além do Brasil, que tentam trabalhar essa questão do universal, eles investem muito mais em saúde. E o Brasil tá muito aquém [...] e pela Constituição da saúde ela deveria ser bem mais alta (Técnico da regulação 6).

Portanto, como mencionado, é incontestável a existência de inúmeros obstáculos na regulação do acesso aos serviços de média complexidade, particularmente na 2ª região de saúde. Segundo se apreende ao longo do presente estudo, esses obstáculos existem porque as estratégias destinadas à efetivação tanto da regionalização como da regulação do acesso não são colocadas em primeiro plano na agenda de todos os gestores em todas as esferas de governo.

Esses obstáculos foram reconhecidos pelos entrevistados, gestores e técnicos da regulação, como “gargalos” e “entraves”. Aqui cabe a pergunta: de quem é a responsabilidade? Chama a atenção o fato de a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde instituída em 2008 ter sido implantada em todas as unidades federadas. Referida política define as competências das três esferas de gestão, “como instrumentos que possibilitem a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo”, cabendo o exercício das suas atividades à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal (BRASIL, 2008). No entanto, cabe a cada esfera de governo se conscientizar profundamente de que “o futuro do SUS depende do que se faz hoje” (PAIM, 2012, p.612).

Quanto à relação entre Estado e Municípios, os entrevistados revelaram que é imprescindível a união para fortalecer e pressionar a tomada de decisão por parte do governo federal para a dotação de mais recursos financeiros. Os municípios assumem a maior responsabilidade para garantir o acesso aos serviços de saúde, entretanto, são os entes federados com menos recursos. Ademais, o gestor municipal está mais próximo da população e recebe as maiores pressões sem ter meios para solucionar o problema. Contudo, a questão financeira não é o único aspecto, pois como relata o entrevistado a seguir, há problemas de gestão do sistema:

[...] o município é onde a coisa acontece. [...] ele procura [...] com muita dificuldade [...] resolver. É uma luta diária [...] que funcionem as coisas no município. O problema no município é de gestão [...] de recurso. [...] prefeitos, secretários [...] tem que haver uma união maior pra cobrar [...] a solução desses problemas [...] o governo tem que [...] mandar mais recursos para os municípios, porque os municípios [...] estão fazendo sua tarefa de casa [...] (GESTOR 10).

Para um dos entrevistados, o sistema de regulação atual, UNISUS WEB, não proporciona transparência e visibilidade no que se refere à tomada de conhecimento de demandas e ofertas existentes, para que Estado e Municípios trabalhem juntos em harmonia, conhecendo a realidade e necessidade de cada um. O fato de não conseguir identificar o que existe de demanda e o que possui para ofertar só tende a dificultar a regulação do acesso, deixando de ser ágil e eficiente, como mostra o relato:

[...] o estado ele não tem noção das demandas que tem no município, porque se criou hoje um sistema de regulação, já existia [...] o CRE-SUS [...] o UNISUS, e agora tem o UNISUS WEB que é online [...] veio pra [...] dar uma agilidade. [...] esse sistema ele não consegue identificar o que [...] a gente tem de demanda reprimida no município. [...] a oferta ela é [...] insuficiente diante da demanda [...]. Não tá baseada na demanda. [...] dentro dos municípios [...] conseguimos identificar essa demanda. [...] levar a problemática da regulação pra todas as CIBs nas reuniões do estado [...] Todo dia entra gente e [...] sai [...] é regulado, mas a regulação ela se dá muito aquém [...] de demanda (Técnicos da regulação 6).

Em relação ao primeiro obstáculo que é a questão do financiamento, “o subfinanciamento público e os estímulos aos planos privados de saúde [...] apontam para a reprodução de um SUS pobre para os pobres e complementar para o setor privado [...]” (PAIM, 2012, p. 612). Este é considerado “o mais grave” e o “grande entrave dentro desse processo de regulação,” segundo relatos dos entrevistados:

[...] outro problema mais grave, a falta de recursos financeiros [...] grande entrave dentro desse processo de regulação (GESTOR 9).

[...] demora do atendimento [...] recurso que [...] não tem pra conseguir a consulta [...] enviar o paciente. Não tem carro pra todo mundo e tudo gira em torno do recurso. [...] o principal problema ainda é recurso, é a falta dele, é a insuficiência dele (Técnico da regulação 5).

[...] recurso financeiro [...] não tem [...] é muito pequeno [...] o teto é R\$ 10.000,00 e uma equipe de saúde em família sai por R\$ 15.000,00 a 20.000,00 por município. E a culpa maior é do [...] federal, porque faz muito tempo que ele não analisa a situação e as particularidades dos municípios, não aumenta. [...] um teto da MAC (Média e Alta Complexidade) de Caucaia é muito injusto pelo tamanho do município que é. [...] uma MAC dez vezes menor que a de Sobral e isso dificulta muito, porque enquanto Sobral recebe seis milhões, nós recebemos um milhão (GESTOR 11).

O segundo obstáculo central é a falta de planejamento, porquanto “o sistema de planejamento do SUS está ancorado na Programação Pactuada e Integrada (PPI)” (MENDES, 2011, p. 179). Nesse sentido, falta priorizar as discussões realizadas nas comissões interfederativas a respeito da PPI e fomentar a tomada de decisões para melhoria do seu funcionamento, principalmente em relação à transparência da capacidade instalada que não permite revelar as ofertas disponíveis, tornando-se um dos grandes empecilhos para a concretização do acesso, conforme entrevistados:

O obstáculo maior aqui é [...] não tem o cumprimento total dessa PPI. Tanto a PPI como a PPC (Técnico da regulação 2).

[...] PPI de Fortaleza, [...] melhor financiamento, [...] algumas alterações. A PPI que ela cumprisse mais [...] que ela fosse reavaliada [...] ver se Fortaleza tem condição de ofertar como capacidade instalada, o que [...] faz pra cada município, o que [...] tem pactuado. Tem que tá tudo casadinho e não estão. Ela tem pactuado muito mais do que ela tem condições de fazer [...] se ela faz pra esses municípios. [...] com essa gestão plena, tudo o que tá de serviços dentro do município de Fortaleza quem é pra ter essa agenda dos serviços é Fortaleza. [...] precisa ver [...] ter essa segurança que o município de Fortaleza [...] oferte esses procedimentos pros municípios, conforme ele pactuou, [...] isso não é feito [...] É uma caixa preta [...] o dinheiro vai, mas a gente não sabe qual a capacidade instalada [...] quantos por cento ele agenda pra cada município, quantos por cento daquilo que está pactuado ele tem condições de ofertar [...] (Técnico da regulação 1).

[...] antes da mudança do sistema UNISUS [...] tinha o [...] regulado [...] e o [...] não [...] regulado através da PPI [...] entrava numa cota [...] demandas mais emergenciais [...] extra PPI [...] função do médico regulador. [...] o município que estava precisando de uma consulta de alto risco para uma gestante que não conseguia na PPI dele, ele mandava um processo para a Coordenadoria Regional e a gente encaminhava pra central da macro [...] entravam em cotas extras [...] margem de segurança que o estado tinha para atender os casos mais urgentes [...] qualquer município que tivesse precisando. [...] Hoje, com a mudança do UNISUS não existe [...] extra PPI [...] tá dentro da cota [...] do próprio UNISUS. [...] sistema novo que ainda está se adequando [...] com [...] dificuldades, [...] quando ele funcionar [...] vai [...] visualizar pra onde [...] tá encaminhado e [...] facilitar a regulação do acesso (GESTOR 1).

O terceiro obstáculo diz respeito à organização e gestão da região, principalmente do município polo, que não consegue dar conta da sua demanda e da dos outros municípios, conforme relatos:

Caucaia não consegue atender nem os do município dela, imagina dos municípios que referenciam. [...] não tem oferta de serviço, falta profissional. [...] é gente demais. [...] os hospitais da Caucaia já tá com o atendimento dele que não [...] tão dando conta (GESTOR 9).

[...] a regional de saúde de Caucaia ela tem uma dificuldade muito grande porque o município que é polo ele é deficiente. [...] não responde o que os dez municípios da nossa região almeja [...] um município polo funcionando com as cinco especialidades de urgência e emergência [...]. E na PPI tá tudo voltado pra Caucaia. [...] tem que regular tanto pra Caucaia quanto pra Fortaleza [...] vai sobrecarregar a capital [...] poderia resolver isso em Caucaia. [...] município sem organização [...] não tem projetos [...] não tem planejamento [...] deixa a desejar. A falta de gestores, mudanças de secretários de saúde [...] cada quatro anos, Caucaia passa na faixa de dois ou três secretários, deixando a gestão prejudicada [...]. Agora mesmo nós estamos em 2014 já passaram três secretários. Não deixa o serviço que é o SUS dar uma continuidade, então cada um vem com uma visão diferente, cada um vem com ideias diferentes para o município, onde eles não enxergam que os municípios não respondem. A regional ela é pobre, é pobre. A Caucaia é pobre desses serviços. Mas, levo pra Câmara Técnica minhas angústias pra que eles fiquem sabendo, como a gente tem muita demanda (Técnica da regulação 3).

Nesse âmbito, esses três obstáculos influenciam negativamente e desencadeiam outros dentre eles, “oferta insuficiente para a demanda”, “precarização do trabalho”, falta de serviços e de profissionais especializados, o que desfavorece o fluxo e o acesso da população, originando baixa resolutividade e reforço desses obstáculos, como mostram os relatos:

[...] a oferta é insuficiente pra demanda [...] aí vem a parte profissional [...] a precarização do trabalho [...] não tem plano de cargo e carreira, os profissionais são contratados através de cooperativas, empresas terceirizadas [...] não tem um vínculo empregatício [...] trabalho estressante [...] (GESTOR 9).

[...] falta de serviço. Na atenção básica [...] como é a porta aberta, não tem. A média e a alta complexidade é onde estão os entraves maiores. [...] Tá mais pra média [...] exames de média complexidade, consultas, não têm muitos serviços. (GESTOR 8).

[...] a oferta que a gente não tem [...]. Devido não ter o auditor, aquele profissional que trabalha controle e avaliação também, que ele tá casado querendo ou não com o controle e avaliação ele trabalha essa programação para que venha direcionar, organizar e planejar primeiro de tudo esses serviços ofertados na regional (Técnico da regulação 3).

[...] tabela SUS é incrível a disparidade entre o que é real e o que se aplica com o recurso de custeio que o Ministério da Saúde repassa para o município (Técnico da regulação 5).

A organização e a relevância da regulação são definidas por meio do seu processo de implantação, cujo contexto envolve competição e interesses conflitantes (SANTOS; MERHY, 2006). Quanto a essa competição e a esses interesses conflitantes, ao longo da história do Brasil, no sistema de saúde e até hoje de modo especial, na central de regulação da região de saúde, além das suas inúmeras dificuldades existentes, há persistência de interesses conflitantes que torna o “processo emperrado”, “fura essa história da regulação” e, conseqüentemente, favorece o desrespeito à fila de espera que há meses e até anos perdura por atenção à saúde. Isso contribui para o aumento das desigualdades sociais, tão comum em expressões como “velho jeitinho brasileiro”, a qual não condiz com o princípio da equidade e com a resolutividade, de acordo com os relatos dos entrevistados:

[...] a central de regulação ela é [...] um processo muito emperrado [...] falta de leito [...] falta de serviços do usuário [...] lamentavelmente, a gente ainda encontra o velho jeitinho brasileiro de se conseguir consulta e especialista, com um amigo [...] que trabalha no serviço tal e aí acaba furando essa fila da central de regulação. [...] consegue

uma tomografia mais rápida, uma consulta mais rápida [...] (GESTOR 8).

[...] a dificuldade da central é a questão de não conseguir marcar [...] tem consultas que demora meses [...] mais de ano [...] a porcentagem que é repassada pros municípios na área da saúde é muito pouco [...] não é suficiente. [...] o nosso município já repassa mais que o mínimo obrigatório e não tem como sustentar. [...] não ter vaga, de precisar com urgência de uma consulta, acaba ficando sem solução, algum problema técnico, de operação, a gente pode resolver online mesmo. A questão de suprir a demanda, de conseguir marcar aquela consulta que tá precisando rápido. [...] se tivesse mais vontade [...] se tivesse a união das três esferas, eu acho que solucionaria o problema (Técnico da regulação 7).

Cabe ressaltar que a regulação do acesso organiza e operacionaliza o fluxo dos usuários do SUS por meio dos complexos reguladores e no município regula os procedimentos ambulatoriais, atendimento aos pré-hospitalares e internações hospitalares. No entanto, como evidenciado, há inúmeros “entraves” por meio do sistema de regulação que funciona muito pouco na prática, segundo esse entrevistado:

Com a regulação, também em teoria o paciente já vem com a vaga certa [...]. Não fica rodando de hospital em hospital, já vem com a consulta certa também, não dá uma viagem perdida [...] os entraves, as dificuldades é que isso não funciona do jeito que tem no papel, muitas vezes você liga regulando um paciente lá do hospital que você tá, e você chega aqui e não é atendido, você tem que tá rodando com o paciente da mesma forma de hospital em hospital. Consultas eletivas ambulatoriais a mesma coisa, você faz a pactuação, você tem direito aquele procedimento por mês, mas você não consegue marcar, funciona no papel, na prática é muito pouco do que tem ali (Técnico da regulação 7).

Em relação aos sistemas logísticos, segundo Mendes (2011), um dos seus componentes diz respeito aos sistemas de transporte em saúde, cujo subsistema direcionado para a saúde de pessoas objetiva estruturar os fluxos e contrafluxos relevantes, tanto para o acesso aos pontos de atenção à saúde como para os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.

Ainda segundo Mendes (2011), o sistema de transporte em saúde é requisito para o desempenho eficiente e equânime das redes de atenção à saúde, seu sistema público organiza-se em redes com serviços que priorizam mais os níveis secundários e terciários, tanto para microrregiões como para macrorregiões que consistem em deslocamentos, distâncias razoáveis e condi-

ções precárias. Torna-se indispensável o transporte para o acesso aos serviços e quando não é disponibilizado pode ser uma barreira ao acesso dos usuários do SUS no referente a custos financeiros elevados, falta de diálogo e de conscientização, como expõe o relato:

A questão do transporte é outro problema. [...] o paciente do município que é referenciado pra outro, ele não quer pagar o transporte. O município tem que dar o transporte pra levar, que é outro entrave porque o município não tem condições de dar transporte pra todo mundo [...] os pacientes só querem andar com acompanhante [...]. Quem anda com acompanhante é a criança, é o idoso, é o deficiente, é o paciente que faz tratamento oncológico [...] o adolescente. [...] se eu tenho transporte que tenha 40 vagas pra trazer pessoas que vão ser atendidas em Fortaleza, então na verdade eu tenho 20, porque são 20 pacientes e 20 acompanhantes. [...] isso é um entrave, é uma questão que mesmo com a falta, a oferta sendo insuficiente, mas o transporte já gera uma ausência de procedimento, quando a Secretaria não consegue transportar aquele paciente (GESTOR 9).

Ao se referirem às vantagens da regulação, os entrevistados assim se manifestaram, associando-as às centrais de regulação, como também a algumas atribuições da regulação do acesso, objetivando garantia do acesso com equidade, qualificação profissional, adequação e orientação dos fluxos da assistência, elaboração, disseminação e implantação de protocolos de regulação.

[...] dar acesso a quem mais precisa [...] ter todos esses relatórios de números de agendamentos, fica tudo arquivado, fica tudo registrado (Técnico da regulação 1).

[...] atendimento disponibilizado na data e horário [...] e o paciente vai saber antes do dia logo onde é o seu atendimento, quem é o profissional, qual é o horário. [...] não deixa de ter o atendimento. [...] o que garante o atendimento do paciente ao serviço de saúde é o boletozinho de marcação pela central de regulação. É a garantia do atendimento e a certeza [...] de que ele não vai dar uma volta errada [...] (Técnico da regulação 2).

Hoje ele não vem mais pra capital, hoje ele pode regular sua consulta lá. O município tendo uma regulação especializada com profissionais de nível superior [...] o médico e o enfermeiro, que tem conhecimento, junto com especialistas em gestão e auditoria [...] o paciente tá dentro de casa marcando sua consulta, pela internet e tendo as respostas daquilo que é ofertado (Técnico da regulação 3).

[...] o sistema com a comunicação. Temos ao nível de município um sistema organizado que é o SISREG e ao nível de Estado está sendo implantado UNISUS (Técnico da regulação 4).

Quando indagados sobre as sugestões para tornar o acesso à saúde mais eficiente, vários gestores deram opiniões diversas. A garantia do acesso requer melhorias em diversos aspectos, principalmente os de média complexidade como pode ser evidenciada nas sugestões a seguir:

A gente precisa melhorar o financiamento [...] gerenciamento [...] serviço [...] garantia dos direitos dos trabalhadores em saúde [...] melhorar esse vínculo, melhorar a estrutura [...] pra eu ter uma saúde mais eficiente, uma saúde mais eficaz [...] garantir mais o acesso dos pacientes aos serviços de média complexidade [...] diminuir o tempo dos procedimentos de alta complexidade e média complexidade pra eu poder melhorar o prognóstico dos pacientes [...] melhorar as condições de promoção, de prevenção pra que a gente consiga melhorar essa condição de saúde [...] (Técnico da regulação 6).

O ideal era que nenhum paciente fosse mais pelo amigo do SUS, aquele que vai fora da regulação. O ideal é que todo mundo fosse agendado via central de regulação. Porque aí você vai tá garantindo que realmente quem mais precisa vai ter acesso e você tá visualizando o que está acontecendo no sistema de saúde [...] (Técnico da regulação 1).

Alguns entrevistados sugeriram reformas dentro da média e alta complexidade envolvendo a Rede Cegonha, rede de atenção à saúde proposta pelo Ministério da Saúde, consoante às sugestões dos gestores a seguir:

A implantação dos pontos de atenção das redes, criação de novos serviços [...] otimização [...]. Dentro da rede cegonha, é o hospital de referência com os centros de parto normal, com os leitos de gestação de alto risco, com uma Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, com uma casa de gestantes [...] serviço de alta complexidade dentro da região [...] (GESTOR 1).

O entrevistado a seguir sugeriu a contratação de profissionais especializados, tendo em vista a insuficiência de serviços de média complexidade ofertada pelo SUS. Esta realidade já ocorre nos municípios, porém a sugestão é condizente com uma demanda maior:

[...] eu acredito que a contratação de médicos especializados em uma grande demanda seria primordial pra resolver essas grandes questões (GESTOR 7).

Outra sugestão foi aumentar serviços e recursos financeiros para melhoria da média complexidade, como mostra a sugestão:

[...] de média e alta complexidade, eu tenho uma opinião [...] que o acesso ele só vai melhorar quando você aumentar o serviço [...] aumentando a oferta [...] você consegue dar um maior acesso. [...] pra que isso aconteça você precisa de dinheiro, de recurso financeiro. (GESTOR 8).

É imprescindível valorizar e fortalecer os profissionais por meio da garantia de salários justos e cumprimento aos seus direitos trabalhistas, na ótica dos entrevistados a seguir:

[...] valorização dos profissionais (Técnico da regulação 7).

[...] otimizar a folha de pagamento, otimizar os horários dos médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares e todos envolvidos na cadeia de saúde pública (GESTOR 11).

Entretanto, uma das sugestões diz respeito à conscientização tanto do profissional quanto da população no tocante à racionalização dos serviços, à formação profissional, de modo especial a do médico. Que esta se efetive para além da especialização. É preciso compreender saúde dentro do conceito dos determinantes sociais, com visão ampliada, que consiste em educação, habitação, cultura, moradia, saneamento, renda, trabalho, estilo de vida e outros, conforme sugestão a seguir:

Nossa população precisa [...] aprender a usar melhor os serviços de saúde [...] ter profissionais [...] que também utilizam melhor os serviços [...] a nossa formação médica ela ainda é muito especializada demanda muitos exames [...] “Mais Médicos” começou o questionamento com os cubanos [...] eles têm um tipo de formação mais voltada pra atenção primária e tenta solucionar as coisas com o menor número de tecnologias possíveis. [...] precisa aumentar os serviços de saúde, precisa usar de forma mais racional os serviços de saúde que nós temos, pra gente não cair no erro de [...] solicitações de exames sem necessidade. [...] questão dos determinantes de saúde [...] investimento em áreas que não são da saúde [...] podem trazer mais resultado do que se você investir no campo da saúde, [...] investir pra que tenha habitação [...] transporte público [...] educação [...] lazer [...] prevenindo [...] o aumento da renda [...] saúde como um todo, não só da questão do problema da doença, da oferta dos serviços e do acesso. [...] políticas sociais [...] educação no trânsito (GESTOR 8).

[...] os profissionais quando saem da academia de medicina [...] no Brasil [...] muito voltada pro atendimento mais complexo. Será que se esse médico não tivesse uma formação mais voltada pra parte mais comunitária (Técnico da regulação 6).

No tocante ao PLP 321/2013, a população elaborou um projeto de lei em 2013, solicitando à União o destino de 10% dos seus recursos líquido para

aplicar em ações e serviços de saúde. Consoante, o entrevistado ressalta a sua relevância e sugere a sua concretização:

Questão do *Saúde Mais Dez*² é importantíssimo, essa questão da gente não ter os 10% do recurso líquido pra saúde [...] da arrecadação do Ministério pra gasto na saúde, é questão que realmente o SUS não tem dinheiro (Técnico da regulação 1).

No concernente à PPI, os próprios gestores e técnicos da regulação assinalaram alguns aspectos necessários, tais como realizar avaliação da PPI alocada em fortaleza, por meio de uma articulação COSEMS/CONASEMS para reformulação da PPI, fazendo-a concreta, real, como exposto nas sugestões a seguir:

[...] se houvesse uma pressão a nível estadual de todos os municípios ao estado pra ter essa avaliação da PPI alocada em Fortaleza e teria que ter uma articulação muito maior envolvendo COSEMS, CONASEMS, a nível federal um melhor financiamento mesmo [...]. Porque realmente a gente tem pouco recurso do SUS (Técnico da regulação 1).

[...] fazer uma PPI que [...] seja real [...] factível e que a gente tenha [...] acesso ao que está sendo programado. [...] investimento como o estado do Ceará tá fazendo, procurando descentralizar com as Policlínicas, com os CEOs. E melhorar o custeio (GESTOR 5).

Que a programação fosse feita de acordo com os dados epidemiológicos do município [...] o principal é o financiamento que fosse feito não pela percapta, mas pela condição de saúde do município (GESTOR 9).

Ainda como sugerido, é relevante dar autonomia à população para ser protagonista do cuidado por meio da fiscalização à execução dos serviços de saúde, como pode ser evidenciado na sugestão a seguir:

[...] ter a coragem de enfrentar a dificuldade da distribuição de remédios, da falta de recursos com ideias e inovações que façam com que a população seja também participante do processo [...] colocar a população como fiscal dos serviços de saúde isso é o maior desafio. [...] É a própria população que tem que ficar atenta porque médico não foi, enfermeira não foi, e denunciar pra secretaria pra descontar e poder de certa forma organizar o processo e planejar um novo momento da saúde (GESTOR 11).

² PLP 321/2013 é um projeto de lei de iniciativa popular que reivindica 10% da receita corrente da União em ações e serviços públicos de saúde.

É preciso também promover o fortalecimento compartilhado tanto dos gestores nas instâncias interfederativas como dos técnicos da regulação nas centrais de regulação. Torna-se imprescindível o compromisso com as negociações, consensos e pactuações para a concretização da regulação do acesso aos serviços de média complexidade, de equânime e integral, como mostram as seguintes sugestões:

[...] fortalecendo no Colegiado [...] na CIR [...] que essas reuniões [...] mensais [...] devem acontecer [...] sejam produtivas [...] buscar soluções pros problemas comuns da região (Técnico da regulação 2).

[...] fortalecer a regional que é de Caucaia, fortalecer os gestores dentro do controle, avaliação, auditoria e a regulação, fortalecer esses setores junto com a regional [...] (Técnico da regulação 3).

Os gestores maiores comesçassem a discutir entre si [...] as demandas que são geradas da comunidade [...] dos Municípios [...] Estado e União. As necessidades fossem de acordo com a realidade de cada Município (GESTOR 4).

Por fim, de acordo com os entrevistados, é imprescindível a garantia do acesso à saúde ser condizente com as necessidades dos usuários nos Municípios e no Estado. Para essa concretização, umas questões importantes são: compromisso profissional, condições físicas e de transportes e, sobretudo, ofertas de serviços, como sugerem os relatos a seguir:

[...] cada gestor deveria se sensibilizar e formalizar essas equipes [...] pessoas que [...] tivessem bastante compromisso [...] para poder estar à frente desse serviço a nível municipal, e dar todas as condições mínimas [...] de trabalhar [...] estrutura física [...] suporte [...] que contribui pra que essa população tenha seu acesso [...] transportes, disponibilidade, para fazer o paciente chegar aos seus atendimentos (Técnico da regulação 2).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as relevantes conquistas de mudanças nas últimas décadas, em prol de uma sociedade democrática, destaca-se a garantia do direito à saúde. Esse direito definido pela Constituição Brasileira de 1988 visa o acesso universal às ações e serviços de saúde. A organização do SUS consiste de uma rede regionalizada e hierarquizada, conforme as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

No início dessa organização deu-se uma ênfase maior à descentralização, acentuando a fragmentação do sistema. A partir dos anos 2000 ganhou impulso o processo de regionalização, objetivando a cooperação entre as três instâncias interfederativas para a constituição dessa rede, a fim de melhorar o acesso aos serviços de saúde e a integralidade da atenção.

A regionalização da saúde significa uma estratégia de organização do território e das redes de atenção à saúde. As RAS organizam ações e serviços nos três níveis de atenção, a iniciar pela atenção básica até a média e alta complexidade, cujo objetivo é promover, prevenir e recuperar a saúde da população.

Consoante constatarem as descobertas do estudo, as quais coincidem com as características do sistema atual, a regionalização para os entrevistados significa descentralização dos serviços de saúde, organização que abrange o SUS, a região, os serviços e ações de saúde e parceria entre os entes federados, a fim de garantir o direito à saúde por meio do acesso à assistência. Alguns aspectos como a melhoria de acesso e ampliação de serviços possibilitaram a regionalização avançar na 2ª Região de Saúde do Ceará. Contudo, a questão referente à escassez tanto de recursos financeiros e investimentos como de ofertas e a frequente mudança de gestores limitaram o processo da regionalização na referida região. Formalmente, a proposta de organização regional das RAS está excelente, porém a operacionalização demonstrou deficiências e o motivo pode estar relacionado à falta de recursos, fragilidades da gestão e a não efetivação das suas estratégias.

As estratégias de regionalização e de regulação do acesso aos serviços de média complexidade contribuem para a organização das redes, das referências e estruturação dos sistemas regulatórios, proporcionando sustentabilidade e funcionalidade ao SUS. Referidas estratégias são as instâncias interfederativas CIB e CIR, cuja inserção no sistema de governança das redes de atenção à saúde promove articulações, negociações, pactuações e compartilhamento de poder no campo da região de saúde. Porém, exige cooperação entre os três entes federados.

Outra estratégia diz respeito à Câmara Técnica da Regulação que promove discussões e propostas para serem pactuadas na CIR. Nos municípios, os técnicos da auditoria e regulação são responsáveis por organizar a demanda, orientar os fluxos da assistência, buscar garantir o acesso da população referenciada, conforme pactuação. Por sua vez, os complexos reguladores são estratégias potencialmente capacitadas para a operacionalização da regulação do acesso promovidas na região de saúde, no Estado e nos Municípios. Tais complexos estão organizados nas diversas centrais de regulação, regulando o acesso aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Nesse meio, uma estratégia indispensável é o atual sistema de regulação UNISUS WEB, o qual representa inovação, agilidade e funcionalidade para regular e referenciar os procedimentos. Esse conjunto de estratégias integrantes do Sistema Interfederativo de Regulação, atua de forma articulada e integrada, objetivando garantir o acesso aos serviços de saúde. Requer compromisso com a qualificação e capacitação da equipe de profissionais atuantes nas centrais de regulação.

O Contrato Organizativo da Ação Pública representa as responsabilidades e compromissos assumidos pelos gestores para garantir o acesso às ações e serviços de saúde. O planejamento dessas ações e serviços de saúde é uma estratégia realizada na CIR e pactuada na CIB. A PPI contém as metas físicas organizadas a partir dos tetos financeiros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Contudo, esses tetos não acompanham as necessidades de saúde de sua população.

Os serviços de média complexidade são ofertados na 2ª região por meio de onze hospitais e uma policlínica. Essa está integrada à rede de assistência à saúde, objetivando garantir assistência à saúde e reduzir fila de espera. Também a UPA é uma estratégia de apoio aos serviços de urgência e emergência, contribuindo com a redução da superlotação. Já os consórcios visam à melhoria dos recursos financeiros dos municípios na atenção de média complexidade ambulatorial ao prestar serviços à grande demanda dos dez municípios.

Considera-se a regulação do acesso aos serviços de média complexidade um instrumento de gestão pública imprescindível para garantir a consolidação do acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares, cujos cuidados clínicos necessitem de profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, segundo os princípios e diretrizes do SUS.

Ao refletir sobre as respostas dos entrevistados às questões relacionadas à regulação do acesso aos serviços de média complexidade, no âmbito dos municípios, foram identificadas várias barreiras ao acesso com base nos princípios da equidade e da integralidade, a iniciar pelos baixos investimentos e resolutividade da atenção básica. Neste prisma, os maiores obstáculos identificados pelos entrevistados dizem respeito à questão do financiamento, ao funcionamento da PPI e à organização e gestão da região, especialmente do município polo. Esses obstáculos somados a tantas outras dificuldades nas redes levam os entrevistados a reconhecerem a regulação do acesso aos serviços de média complexidade como um gargalo para o SUS.

Além disso, a condição de acessibilidade mediante a regulação do acesso se tornou limitada, tendo em vista ajustar a grande demanda por serviços de média complexidade à escassez de ofertas, somada às inúmeras referências incompatíveis às ofertas, devido à carência de profissionais especializados, leitos, diversos procedimentos, daí o resultado obtido é a grande demanda reprimida.

Ademais, dentro da 2ª região, a referência dos serviços de média complexidade é regulada, exclusivamente, para o município polo ou para a capital do Estado, onde os fluxos são progressivamente intensos. Nem o município polo e nem a macro de Fortaleza dão conta de absorver essa demanda. Os consórcios intermunicipais têm-se revelado como uma alternativa, mas ainda com limite na oferta dos serviços.

Outra solução encontrada por alguns gestores municipais foi contratar com recursos do tesouro municipal alguns profissionais especializados. Assim, esses municípios, segundo entrevistados, dotados de poucos recursos financeiros conseguem ampliar a oferta às consultas especializadas.

Frequentemente, o enfrentamento desses inúmeros obstáculos induzem os gestores e técnicos da regulação a reconhecerem, tenuemente, as vantagens da regulação do acesso aos serviços de média complexidade. Contudo, essas vantagens estão fortemente associadas à área técnica da regulação com suas atribuições para adequação e orientação dos fluxos da assistência, elaboração, disseminação e implantação de protocolos de regulação.

No tocante às sugestões para que o acesso à saúde fosse mais eficiente, as mais relatadas foram: melhorar o financiamento, a estrutura; dar autonomia aos gestores para rever a PPI; obter conscientização por parte da população e profissionais sobre a importância de aumentar os serviços, mas também de aprender a utilizá-los, racionalizando-os; compromisso com a gestão; concretização do atual modelo de saúde dos determinantes e condicionantes da saúde pública.

Com esta pesquisa, espera-se contribuir para fortalecer a regulação do acesso aos serviços de média complexidade, mediante maior conscientização de gestores, técnicos da regulação, profissionais da saúde e população quanto ao desempenho e utilização desses serviços de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. Política Nacional de CT&I em saúde e a regionalização do SUS: diálogos possíveis. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBÁÑEZ, Nelson; BOUSQUAT, Aylene. **Saúde, desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação**. São Paulo: Hucitec-Cealag, 2012.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; MELLO, Guilherme Arantes; IOZZI, Fabíola Lana. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 2, abr./jun., p. 159-168, 2011.

BAHIA, Lígia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Rev Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n.2, p. 9-30, 2005.

_____. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **RAS**, v.10, n. 41, out./dez. 2008.

BRASIL. **Constituição de 1988. Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 12, p. 59, jun. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/Brasília: **Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde**, 2001a.

_____. Câmara dos Deputados. PLP 321/2013. **Projeto de Lei Saúde Mais Dez**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <www.camara.leg.br/sileg/default.asp> Acesso em: 5 dez. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Regulação em Saúde**. Brasília, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006a.

_____. 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, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006c.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Departamento da Atenção Básica – DAB. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família, novembro 2014**. Disponível em: <dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 22 jan. 2015.

_____. **Portaria n. 699 de 30 de março de 2006**. Pacto pela Saúde: em defesa da vida, de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e em defesa do SUS. Brasília, DF, 31 mar. 2006d.

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Federal 7.508 de 28 de junho de 2011: Regulamentação da Lei 8.080/90**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011. **Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 24 de agosto de 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. 2011c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Regulação em Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 1.559 de 1º de agosto de 2008**. Institui uma Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. Revista e atualizada. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional Básica (NOB – SUS 01/93). Portaria n. 545 de 20 de maio de 1993**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 356, de 25 de setembro de 2000. Dispõe sobre os recursos financeiros, por estado e Distrito Federal, destinados à implementação do Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Portaria MS/SAS 376 de 03 out. 2000b. **DOU** em 4.10.2000. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/info_legislacao.asp. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 30 de dezembro de 2010.

BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; SILVA, Silvio Fernandes da. MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Planejamento regional integrado no SUS. In: CARVALHO, Gilson; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MEDEIROS, Joellyngton; SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo;

SILVA, Silvio Fernandes da. **Redes de atenção à saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas, SP: Saberes, 2013.

CARVALHO, Gilson; MEDEIROS, Joellyngton. Redes assistenciais no SUS: financiamento e alocações. In: CARVALHO, Gilson; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MEDEIROS, Joellyngton; SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; SILVA, Sílvia Fernandes da. **Redes de atenção à saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

CASTELLIS, Manuel. **A sociedade em rede**. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**. Porto Alegre, v.4, n.7, p.122-35, 2002.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Microrregiões de saúde**: uma opção do Ceará. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2000.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Coordenadorias Regionais de Saúde**, 4 maio 2010. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em: 6 set. 2014.

_____. Secretaria do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. **Perfil Básico Municipal 2014**. 17p. Ceará 2014a. Disponível em: <www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil-basico-municipal-2014.html> Acesso em: 22 jan. 2015.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde**: uma estratégia de regionalização do SUS. Fortaleza, 2002.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 02/CE – COAP 2012-2013**. Ministério da Saúde, Ceará, Caucaia, 2013a.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Regimento Interno da Câmara Técnica de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria** - Comissão Intergestora Regional. 2ª CRES. Caucaia, 2013b.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará – CIB-CE**. Fortaleza - CE, 2006.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – **Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR**. Ceará, 2014b.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/compromissos/plano-estadual-da-saude>>. Acesso em: 19 out. 2014.

_____. UNISUS WEB. **Sistema de Auto Treinamento UNISUS WEB**. Ceará, 2014c. Disponível em: <www.ihealtce.com.br>. Acesso em: 22 nov. 2014.

CONILL, Eleonor Minho. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Fiocruz, 2007.

CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza; LÁZARO, Cristiane Pinheiro; PEREIRA, Hernane Borges de Barros. **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

FERREIRA, Janice Braga Barros. O processo de descentralização da saúde no estado de São Paulo. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. **Comparativo PDR 2006-2011**. Publicado em: 23 dez. 2011. Disponível em: <www.cirf.fortaleza.ce.gov.br/index.php/pdr-2011>. Acesso em: 14 nov. 2014.

IBGE 2014. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Áreas Territoriais e população dos Estados e Municípios Brasileiros**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. **Histórico e informações sobre os municípios brasileiros**. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 22 jan. 2015.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 out. 2014.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Rev. Cienc. Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LAVRAS, Carmen Cecília de Campos. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LIMA, Débora Cândida Maia de; OLIVEIRA, Lucia Conde de. Acesso aos Serviços de Saúde: espera, sofrimento e incerteza. In: OLIVEIRA, Lucia Conde de; ÁVILA, Maria Marlene Marques; MAIA, Lúcia de Fátima Rocha Bezerra. **Organização dos serviços de saúde no Ceará**: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza: EdUECE, 2012.

MACHADO, Cristiani Vieira; OLIVEIRA, Roberta Gondim de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; COELHO, Ana Paula Santana. O papel das Comissões Intergestores Bipartites na regionalização em saúde. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

MAGALHÃES, Marta Gama de; PINTO, Suely; GUIDORENI, Angela; BARBOSA, Amarildo Martins; FERREIRA, Maria Augusta Monteiro; CANAZZA, Artur Guilherme Alves Pinto e; SILVA, Milene Paula de Souza. Estratégias tecnoassistenciais do SUS-Volta Redonda: construindo territórios e a atenção em saúde. In: PINTO, Suely; FRANCO, Tulio Batista; MAGALHÃES, Marta Gama de; MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier; GUIDORENI, Angela Schächter; CRUZ, Kathleen Tereza da; MERHY, Emerson Elias. **Tecendo redes. Os planos da Educação, Cuidado e Gestão na construção do SUS**: a experiência de Volta Redonda (RJ). São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. As redes de atenção à saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, 2013.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo II. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176p.

MERHY, Emerson Elias *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MESQUITA, Rosélia Maria Soares. **Consensos de Comissão Intergestores Bipartite para a organização do sistema microrregional de saúde**. Fortaleza, 2011. 58 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza, Fortaleza/CE, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLINDA, Beatriz Militão; MIRANDA, Alcides Silva de. Acesso Universal à Atenção Básica em Saúde Bucal: algumas considerações. In: SILVA, M. G. C.; JORG, M. S. B. (Org.). **Saúde pública e seus saberes e práticas**: recortes de dissertações. Fortaleza: EDUECE, 2006, p. 71-77.

OLIVEIRA, Lucia Conde de. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política**: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no Nordeste brasileiro. Rio de Janeiro, 2006. 259f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regulação em Saúde. In: IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. O futuro do SUS. Editorial. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n. 4. abr., 2012.

_____. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Séries Saúde no Brasil 1. Publicação Online 9.5.2011 < www.thelancet.com>.

PINHEIRO, Poliana Miranda; MEDEIROS, Natasha Teixeira; LUNA, Maria de Fátima Gomes de; BARBOSA, Marisa Maria Alves. Estratégias de Regulação do Acesso aos Serviços no SUS: o complexo regulador. In: OLIVEIRA, Lucia

Conde de; ÁVILA, Maria Marlene Marques; MAIA, Lúcia de Fátima Rocha Bezerra. **Organização dos serviços de saúde no Ceará**: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza: EdUECE, 2012.

PINTO, Suely; FRANCO, Tulio Batista; MAGALHÃES, Marta Gama de; MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier; GUIDORENI, Angela Schachter; CRUZ, Kathleen Tereza da; MERHY, Emerson Elias. **Tecendo Redes. Os planos de educação, cuidado e gestão na construção do SUS**: a experiência de Volta Redonda (RJ). São Paulo: Hucitec, 2012. 391p.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Sílvia Marta. O mix público – privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: os desafios da gestão interfederativa. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos administrativos e financeiros. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2009.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Rede interfederativa de saúde. In: CARVALHO, Gilson; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MEDEIROS, Joellyngton; SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; SILVA, Silvio Fernandes da. **Redes de atenção à saúde**: desafios da regionalização no SUS. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes no SUS: marco legal. In: CARVALHO, Gilson; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MEDEIROS, Joellyngton; SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; SILVA, Silvio Fernandes da. **Redes de atenção à saúde**: desafios da regionalização no SUS. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SILVA, Maria Verônica Sales da; SILVA, Maria Josefina da; SILVA, Lucilane Maria Sales da; NASCIMENTO, Adail Afrânio Marcelino do; DAMASCENO, Ana Kelve Castro. Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. **Rev Saúde Soc**. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 107-116, 2012.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde : desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

_____. Requisitos básicos de implantação de redes de atenção à saúde. In: CARVALHO, Gilson; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MEDEIROS, Joellyngton; SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; SILVA, Silvio Fernandes da. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2013.

_____. Desafios da regionalização e do planejamento integral para construção das redes de atenção à saúde no SUS. In: CARVALHO, Gilson; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MEDEIROS, Joellyngton; SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; SILVA, Silvio Fernandes da. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2013.

_____. Redes de atenção à saúde no SUS: proposta da operacionalização. In: CARVALHO, Gilson; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MEDEIROS, Joellyngton; SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; SILVA, Silvio Fernandes da. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SILVA, Silvio Fernandes da; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: CARVALHO, Gilson; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MEDEIROS, Joellyngton; SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; SILVA, Silvio Fernandes da. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; OUVENERY, Assis Mafort. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TESTA, Mario. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRAVASSOS Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, 20 (supl 2), 2004.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

TROCCOLI, Francisco Torres. Sistema de informação. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Margeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúgia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Descentralização e política de saúde**: origens, contexto e alcance da descentralização. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p. 640-647, out./dez. 2012.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

I – Identificação

Escolaridade _____

Possui pós-graduação _____ especificar _____

Organização onde trabalha atualmente _____

Cargo ocupado _____

Tempo na função _____

II – Perguntas

1. Qual o significado da regionalização da saúde para a organização do SUS e quais os limites e possibilidades dessa regionalização?
2. O que significa regulação do acesso aos serviços de saúde?
3. Como são organizadas a oferta e a demanda por serviços de média complexidade na 2ª RS?
4. Como a programação pactuada integrada (PPI) direciona e/ou organiza a oferta de serviços de média complexidade na 2ª RS?
5. Existe fila de espera para os serviços de média complexidade na 2ª RS?
6. Essa demanda reprimida é discutida na CIR?
7. Como são analisados e solucionados os problemas de acesso ao serviço de média complexidade – consultas e exames especializados – da população da 2ª Região de Saúde do Ceará?
8. Quais os obstáculos e as vantagens da central de regulação do acesso à saúde da população da 2ª Região de Saúde do Ceará?
9. Na sua opinião, qual o poder dos gestores para solucionar os problemas de acesso aos serviços de saúde ?
10. Que sugestões você daria para que o acesso à saúde seja mais eficiente?

APÊNDICE B – Roteiro de observação sistemática

1. Grupo
2. Data da observação
3. Atividade observada
4. Profissionais presentes no momento da observação
5. Atividades desempenhadas pelos profissionais no momento da observação
6. Usuários inseridos na atividade
7. Relação de cada profissional com a resolução de problemas referentes aos usuários, encaminhamentos
8. Episódios no momento e no intervalo das atividades (observar registros, comunicação entre os/as profissionais, comunicação profissional-usuário, profissionais inseridos na orientação do usuário, definição de decisões, outros)
9. Condições de trabalho (ambiente físico/adequação à atividade, instrumentos de trabalho utilizados pelos/as profissionais, técnicas utilizadas)
10. Episódios de conflitos, profissionais inseridos/as, soluções alcançadas, comunicação
11. Situações de apoio na realização da atividade, reciprocidade ocorrida, integração/articulação dos/as profissionais na atividade, elaborações compartilhadas
12. Interrogação das competências específicas, sobreposição de ações, contradições visíveis e outras
13. Satisfações/insatisfações reveladas
14. Apoio institucional
15. Reciprocidade ocorrida referente ao conhecimento específico de cada área envolvida.

APÊNDICE C – Roteiro de análise documental

Município _____

- **Documentos a serem solicitados**

Organograma da Secretaria Estadual de Saúde

Plano Estadual de Saúde

Relatório de Gestão

PPI

Atas das reuniões da Comissão Intergestora da 2ª CRES

Ata da Câmara Técnica da 2ª região de saúde

COAP

Decreto 7.805/2011

Pacto pela Saúde 2006

Política Nacional de Regulação

Normas Operacionais de Assistência à Saúde 2001/2002

- **Organograma**

Cargos e funções

Relação e hierarquização dos cargos

- **Planos estaduais**

Etapas do planejamento

Existência de ações propostas para os problemas identificados

Utilização do Sistema de Informação

Áreas priorizadas

A saúde da família como estratégia de organização da atenção básica

- **Relatórios de gestão**

2ª Região de Saúde do Ceará

Procedimentos de média complexidade realizados

- Consultas médicas especializadas

- Procedimentos ambulatoriais e hospitalares especializados

- Exames especializados, radiodiagnóstico, ultrassonografia

Áreas priorizadas/contempladas pela gestão

Principais ações de média complexidade

Coerência com o planejamento, a agenda e a programação de atividades

Cumprimento da PPI

- **Atas da 2ª CRES**

Reuniões da Comissão Intergestora Regional da 2ª CRES Caucaia

Reuniões da Câmara Técnica - CARA

- **Composição da 2ª região de saúde**

Regularidade de reuniões

Participação dos membros

Pactuações e negociações, projetos, planejamentos e prestação de conta

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ que tem como objetivos analisar a regulação do acesso aos serviços de média complexidade na 2ª região de saúde do Ceará; Descrever a região de saúde, normas e as estruturas de regulação do acesso aos serviços de média complexidade – consultas e exames especializados; Identificar as condições que potencializam ou dificultam o acesso aos serviços de média complexidade – consultas e exames especializados na 2ª região de saúde e apreender possíveis entraves à ampliação do acesso aos serviços de média complexidade – consultas e exames especializados.

Quanto aos riscos, reconhecendo a possibilidade de desconforto, constrangimento que podem ocorrer, a pesquisadora se compromete a tratar com o devido respeito, procurando minimizar qualquer risco que possa ocorrer durante a pesquisa. Quanto aos benefícios, devolvendo os resultados da pesquisa para o grupo pesquisado. Que o conhecimento da realidade possa contribuir para a melhoria dos processos de trabalho.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema acima proposto que deverá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos e esclarecimentos da pesquisa com a mestranda Maria Homéria Leite de Moraes Sampaio pelo telefone (85) 8505-8910 e com a orientadora Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira. O Comitê de Ética da UECE se encontra disponível para esclarecimentos éticos pelo telefone: (85) 3101-9800 – Av. Paranjana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza-Ceará.

Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____
tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE E – Termo de Fiel Depositário

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

ENDEREÇO: Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itapery – Fortaleza/CE

Telefones: (85) 3101-9826/ 3101-9891.

Como parte dos requisitos do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará estou desenvolvendo a pesquisa intitulada ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA 2ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ. Trata-se de um estudo voltado à organização das estratégias de regulação do acesso aos serviços de saúde, com foco na 2ª Região de Saúde do Ceará. Para tanto, o objetivo geral do estudo buscará analisar a regulação do acesso aos serviços de média complexidade na 2ª Região de Saúde do Ceará. Assim, venho solicitar aos setores competentes da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará a autorização para a coleta de dados da pesquisa. Esclareço que: a) os dados e informações coletadas serão utilizados unicamente para os objetivos da pesquisa; b) será assegurado o tratamento dos dados e informações em cumprimento aos requisitos da preservação do anonimato e sigilo do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa aplicáveis ao estudo; c) os resultados da pesquisa serão apresentados à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará no sentido de sua contribuição oportuna para a melhoria da gestão e da atenção no Sistema Único de Saúde do Ceará.

Caso necessário, mais esclarecimentos poderão ser obtidos mediante o contato com a coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UECE ou com a própria pesquisadora.

Assumo perante a SESA – CE a responsabilidade pelo presente Termo.

Fortaleza, 03 de fevereiro de 2014.

Lineu Ferreira Jucá

(Superintendente de Apoio à Gestão da Rede de Unidades de Saúde – CE)

Assinatura dos pesquisadores:

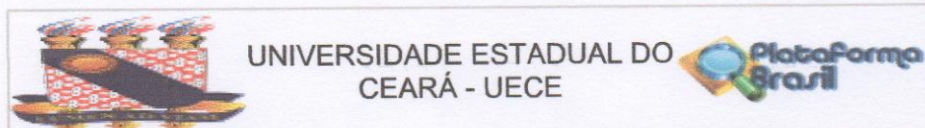
Professora Dra. Lucia Conde de Oliveira (orientadora)

Fone: (85) 8898-6690

Maria Homéria Leite de Moraes Sampaio

Fone: (85) 8505-8910

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética - Universidade Estadual do Ceará**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estratégias de regulação do acesso aos serviços de saúde na 2ª Região de Saúde do Ceará

Pesquisador: MARIA HOMÉRIA LEITE DE MORAIS SAMPAIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27659914.3.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 630.913

Data da Relatoria: 09/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Será um estudo do caso da regulação assistencial da 2ª Região de Saúde do Ceará. A pesquisa será realizada na segunda quinzena de abril a julho de 2014 na 2ª Região de Saúde do Ceará. A população dessa região é de 564.060 habitantes, distribuída nos dez municípios: Apuiarés, Caucaia, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante, São Luiz do Curu, Tejuissuoca. Destaca-se Caucaia, por ser sede da 2ª Região de Saúde e por ter a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), a qual compõe a Macrorregião de Fortaleza. Os sujeitos da pesquisa serão os gestores, secretários, membros da câmara técnica e coordenador da central de regulação regional. O critério de inclusão é ter experiência de no mínimo seis meses no exercício das referidas funções. Os critérios de exclusão são os sujeitos que faltarem pelo menos três reuniões consecutivas da Comissão Intergestora Regional (CIR). O estudo utilizará o arranjo das três técnicas de coleta de dados: a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e a análise documental. O entrevistado concordando, as entrevistas serão gravadas. Em seguida serão transcritas na íntegra e analisadas, resguardando as identidades dos sujeitos participantes. A análise documental será realizada em leis, decretos, portarias, planos de saúde, regimentos, atas, resoluções e outros. Será elaborado um roteiro de análise documental.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 630.913

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a regulação do acesso aos serviços de média complexidade na 2ª região de saúde do Ceará.

Objetivos Secundários:

- Descrever a região de saúde, normas e as estruturas de regulação do acesso aos serviços de média complexidade consultas e exames especializados.
- Identificar as condições que potencializam ou dificultam o acesso aos serviços de média complexidade consultas e exames especializados na 2ª região.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos, reconhecendo a possibilidade de desconforto, constrangimento que podem ocorrer, a pesquisadora se compromete a tratar com o devido respeito, procurando minimizar qualquer risco que possa ocorrer durante a pesquisa.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, devolvendo os resultados da pesquisa para o grupo pesquisado. Que o conhecimento da realidade possa contribuir para a melhoria dos processos de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa factível e que trará benefícios ao Serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada pelo pesquisador responsável e pelo representante da instituição proponente.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com linguagem adequada e atendendo a Resolução em vigor.
- Termo de Fiel Depositário conforme legislação.
- Riscos e benefícios apresentados claramente.
- Em anexo carta de Anuência assinada pelo superintendente da Gestão da Rede de Unidades de Saúde do estado do Ceará e da coordenadora do Programa de pós-Graduação em saúde coletiva.
- Em anexo os documentos de coleta dos dados: roteiro de observação sistemática e entrevista semiestruturada.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

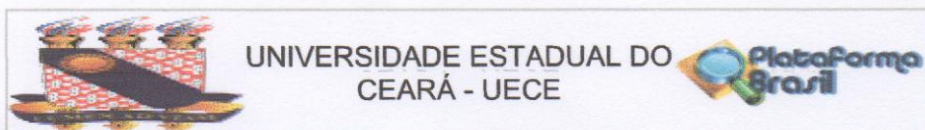
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 630.913

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto atende a Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 29 de Abril de 2014

Ana Carina Stelko Pereira

Assinador por:

Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br