

# Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004\*

doi: 10.5123/S1679-49742013000400009

## Characterization of care coordination actions articulated to Primary Health Care in cities in South and Northeast Brazil: 2001-2004

**Marcos Aurélio Matos Lemões**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

**Elaine Thumé**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

**Elaine Tomasi**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

**Alitéia Santiago Dilélio**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

**Carla Luciane dos Santos Borges**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

**Luiz Augusto Facchini**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** descrever as ações de regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Métodos:** foi realizado estudo descritivo com dados coletados por meio de questionários dirigidos aos secretários de saúde e trabalhadores de saúde e de formulários sobre estrutura e processo de trabalho preenchidos pelas equipes de saúde, analisados por região, entre 2001 e 2004. **Resultados:** encontrou-se articulação da atenção primária à saúde com serviços de maior complexidade tecnológica em 7/21 municípios na região Sul e em 11/20 na região Nordeste; as centrais de regulação enfrentavam problemas na adequação da estrutura física e tecnológica; o tempo médio para atendimento especializado variou de nove a 127 dias na região Sul e de 11 a 42 dias na Nordeste. **Conclusão:** foram reveladas fragilidades na regulação assistencial, contribuindo para a discussão sobre a qualificação da rede de serviços no Brasil.

**Palavras-chave:** Regulação e Fiscalização em Saúde; Planejamento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Descentralização; Epidemiologia Descritiva.

### Abstract

**Objective:** describe care coordination in 41 cities with over 100,000 inhabitants in seven states in South and Northeast Brazil. **Methods:** this is a descriptive study. Data were collected through questionnaires applied to health secretaries and health workers and also through questionnaires about work structure and processes filled in by health teams. Data were from 2001-2004 and were analyzed by region. **Results:** primary health care articulation with services of higher complexity was found in 7 cities in the South and 11 in the Northeast. Care coordination units faced physical structure and technology problems. Average waiting time for specialized appointments ranged from 9 to 127 days in the South and 11 to 42 days in the Northeast. **Conclusion:** the study exposes weaknesses in healthcare coordination and contributes to the discussion about qualifying Brazil's public health service network.

**Key words:** Health Care Coordination and Monitoring; Health Planning; Primary Health Care; Decentralization; Epidemiology, Descriptive.

\* Artigo extraído da dissertação de Mestrado em Enfermagem 'Avaliação das ações de regulação da assistência à saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil', apresentada à Universidade Federal de Pelotas – UFPel – no ano de 2011.

**Endereço para correspondência:**

**Marcos Aurélio Matos Lemões** – Rua João Moreira, nº 672, Bairro Vila da Quinta, Rio Grande, RS, Brasil. CEP: 96222-000  
E-mail: enf.lemoes@gmail.com

## Introdução

O processo regulatório em saúde tem por objetivo promover o acesso e o fluxo dos cidadãos aos serviços, coordenar a oferta e subsidiar o controle sobre os prestadores de serviços, assinalando os gargalos assistenciais e administrando conflitos entre serviços públicos e privados.<sup>1</sup> Esse processo regulatório visa à racionalização de custos, utilização de fontes de financiamento e controle dos mercados de saúde para, dessa forma, ampliar ou remanejar a oferta programada da assistência.<sup>2,3,4</sup>

No contexto mundial, a regulação teve início nas áreas econômica e social, acompanhada pelo desenvolvimento de agências para monitoramento e coerção do comércio e a criação de instituições de proteção social.<sup>2</sup> Inicialmente balizada por deliberações governamentais dirigidas ao controle de mercado, ela expandiu sua atuação para novas áreas, entre elas a da Saúde.<sup>5,6</sup>

A regulação assistencial cresceu mais rapidamente em países com sistemas privados de saúde, como por exemplo, os Estados Unidos da América. Apesar disso, as complexidades da regulação da cobertura de saúde ainda eram pouco conhecidas da população norte-americana ao final do século XX.<sup>7</sup>

No Brasil, a regulação assistencial é um tema novo e pouco estudado, especialmente em avaliações abrangentes e articuladas à Atenção Primária à Saúde. Estudo realizado em quatro capitais brasileiras (Florianópolis-SC, Aracaju-SE, Belo Horizonte-MG e Vitória-ES)<sup>8</sup> aponta que estratégias municipais para a regulação da assistência são recentes, com deficiências principalmente na regulação de leitos e internações. Entretanto, destaca-se a expansão de cobertura da Estratégia Saúde da Família como importante impulsionadora da implantação de estruturas de regulação nos municípios brasileiros.

*Destaca-se a expansão de cobertura da Estratégia Saúde da Família como importante impulsionadora da implantação de estruturas de regulação nos municípios brasileiros.*

É escasso o conhecimento sobre as ações de regulação no que concerne à implantação das distintas centrais de regulação existentes e suas estratégias de trabalho, à efetivação da assistência mediante esse

recurso logístico, à articulação da Atenção Primária à Saúde com serviços de maior complexidade tecnológica e ao tempo de espera para atendimento especializado.

Buscando reduzir as lacunas nesse conhecimento, este artigo tem por objetivo caracterizar as ações de regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, pertencentes a sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil.

## Métodos

Este trabalho integra o Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (ELB-Proesf), conduzido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) com lotes designados pelo Ministério da Saúde para essa instituição, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, no período de março a agosto de 2005, com o objetivo de avaliar o desempenho da Atenção Básica em municípios com mais de 100 mil habitantes.<sup>9,10</sup>

Trata-se de um estudo descritivo. A amostra do ELB-Proesf foi constituída por 41 municípios: 21 municípios em dois estados das regiões Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina); e 20 municípios em cinco estados da região Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte).

Em cada município, foi solicitado aos gestores municipais (Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores da Atenção Básica) o preenchimento de instrumentos com informações específicas sobre as questões de regulação. Também em cada município, foi selecionada uma amostra de unidades básicas de saúde (UBS) proporcional ao tamanho da rede básica, na razão de duas unidades de Saúde da Família para uma unidade básica de saúde tradicional, totalizando 240 UBS.<sup>11</sup> As características metodológicas do ELB-Proesf/UFPel estão apresentadas em outras publicações.<sup>9,11</sup>

Para estudar a regulação assistencial e sua articulação com a Atenção Primária à Saúde, realizou-se uma avaliação no âmbito da gestão municipal e dos serviços de atenção básica à saúde na forma de entrevista, também denominada 'análise de papel', de cunho teórico sobre as organizações.<sup>12</sup> Os dados coletados referem-se ao período de 2001 a 2004.

Os dados da gestão municipal foram coletados por meio de um questionário individual enviado ao secretário municipal de saúde, que apontou as portas

de entrada no sistema de saúde, facilidades e dificuldades nos setores de controle, avaliação, auditoria e regulação, e articulação com os serviços de maior complexidade.

Utilizou-se um formulário destinado a captar dados de fonte documental (Pacto da Atenção Básica e Indicadores de Monitoramento da Expansão do PSF em Grandes Centros Urbanos), que abalizou a implantação e as consultas efetivadas a partir das centrais, os serviços para acolhimento de reclamações dos usuários e o tempo médio de espera (em dias) para atendimento em serviços especializados e para recursos diagnósticos e terapêuticos.

Os dados referentes às UBS foram coletados por meio de um formulário sobre a estrutura e o processo de trabalho, preenchido pela equipe de saúde em reuniões, a partir de discussões no grupo sobre os aspectos pertinentes às questões, gerando dados relativos à informatização da rede básica, formas de agendamento – pelo município ou por usuários – para acessar os serviços de maior complexidade, apoio diagnóstico e terapêutico.

Os dados referentes aos trabalhadores de saúde foram obtidos por meio de um questionário individual auto aplicado, que originou informações sobre a utilização de computadores para auxiliar a organização do trabalho.<sup>10</sup> Todos os instrumentos estão disponíveis na página eletrônica <http://www.epidemio-ufpel.org.br/proes/index.htm>

Os recursos diagnósticos e terapêuticos especializados foram classificados segundo média e alta complexidade tecnológica. O acesso à média complexidade foi avaliado pela disponibilidade de profissionais especializados, exames laboratoriais e de imagem. A alta complexidade foi avaliada pelo acesso aos exames de imagem, tratamento para pacientes renais crônicos e oncológicos.<sup>13</sup>

A análise do sistema de acesso regulado da atenção à saúde foi realizada em consonância com os critérios propostos pela Organização Panamericana da Saúde<sup>14</sup> e incluem: existência de sistema eletrônico (informatização das UBS, utilização de computadores nas atividades profissionais e acesso à internet); tipos de centrais implantadas (regulação assistencial, de urgências e emergências; leitos hospitalares; consultas e exames especializados); participação da atenção primária à saúde no agendamento direto para os demais níveis de atenção; além da opinião dos gestores e das equipes

de saúde sobre as centrais de regulação.

Para as questões fechadas (pré-codificadas), foram criados bancos de dados usando-se o programa Epi Info 6.04b.<sup>15</sup> As questões abertas que identificaram a implementação do setor de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação e a adequação das centrais para acolhimento e ordenação das necessidades de saúde do município pelos gestores, foram digitadas em programa de edição de textos. A partir das respostas obtidas, foram identificadas unidades de informação contendo as facilidades e dificuldades descritas, para análise descritivo-exploratória.<sup>16</sup>

A região (Sul ou Nordeste) foi utilizada como variável de estratificação. As análises descritivas incluíram a distribuição das proporções e médias.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas, sob o número 045/2004, em 13 de setembro de 2004.

## Resultados

Participaram do estudo 4.749 trabalhadores de saúde, 1.730 no Sul e 3.019 no Nordeste.

A totalidade dos gestores identificou os serviços de Atenção Primária à Saúde como porta de entrada de usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente do modelo assistencial. Os serviços de pronto-atendimento, urgência e emergência também foram identificados como porta de entrada no sistema de saúde por 13 dos gestores na região Sul e dez na região Nordeste. Além desses serviços, o uso dos ambulatórios distritais de especialidades foi referido por dez dos gestores no Sul e dez no Nordeste. Em ambas as regiões, oito dos gestores identificaram como porta de entrada, os ambulatórios localizados em hospitais.

A disponibilidade de centrais de leitos para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos usuários foi informada por 28 gestores (Sul=12; Nordeste=16); três dos municípios na região Sul e cinco na região Nordeste haviam instalado esse serviço. A existência de centrais de consultas especializadas foi informada por 32 gestores (Sul=16; Nordeste=16) e sua presença alcançava 15 dos municípios na região Sul e 12 na região Nordeste. A implantação de centrais de exames foi informada por 30 gestores (Sul=14; Nordeste=16), com presença em 12 dos municípios na região Sul e nove na região Nordeste. A questão sobre centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi

respondida por 27 gestores (Sul=12; Nordeste=15) e sua existência foi identificada em três dos municípios na região Sul e em sete na região Nordeste.

Sobre a informatização da rede básica (Sul=113 UBS; Nordeste=115 UBS), foi identificada a disponibilidade e a utilização de tecnologia de informação para auxiliar na organização do trabalho. Um terço (34%) das UBS possuía, no mínimo, um computador, sendo a proporção maior nas UBS da região Sul (Sul=40%; Nordeste=29%). Apenas 25% das UBS possuíam impressora (Sul=32%; Nordeste=18%). A conexão com a internet foi identificada em apenas 11% das UBS, com maior proporção na região Sul (Sul=17%; Nordeste=5%).

Do total de trabalhadores de saúde (n=4.749), apenas 22% referiram o uso de computadores para apoiar a prática profissional, com diferenças regionais (Sul=31%; Nordeste=16%). Ao investigar o local de uso do computador, foi verificado que 13% dos trabalhadores utilizavam esses equipamentos somente em casa (Sul=18%; Nordeste=11%), 6% somente na UBS (Sul=9%; Nordeste=4%) e 2% em casa e na UBS (Sul=4%; Nordeste=1%).

Em relação à existência de serviços para acolhimento de reclamações dos usuários, identificou-se que os serviços de ouvidoria ou similar estavam disponíveis nas secretarias municipais de saúde (Sul=11 municípios; Nordeste= oito municípios). A participação do Conselho Municipal de Saúde no acolhimento de reclamações foi referida por quatro dos gestores na região Sul e seis na região Nordeste. Além disso, dois dos municípios da região Sul e dois da região Nordeste não possuíam qualquer tipo de serviço com essa finalidade.

A proporção de consultas efetivadas por central de agendamento no total de 15 municípios (seis municípios no Sul e nove no Nordeste) atingiu, na amostra do Sul, 15% das consultas em 2001, chegando a 28% em 2004. Nos municípios do Nordeste, 75% das consultas foram agendadas a partir das centrais, em 2001, diminuindo para 70% em 2004.

Nos 28 municípios respondentes para essa questão (12 no Sul e 16 no Nordeste), não foram relatadas internações efetivadas a partir das centrais de leitos nos municípios do Sul, tanto em 2001 como em 2004. Nos municípios do Nordeste, 30% das hospitalizações de 2001 foram realizadas a partir das centrais de leitos, aumentando para 48% em 2004.

Na região Sul, sete do total de 21 gestores confirmaram a existência de articulação da Atenção Primária à Saúde com os serviços de maior complexidade. Essa proporção foi de 11 entre o total de 20 gestores na região Nordeste.

O agendamento para os serviços de maior complexidade foi comentado por 31 gestores (Sul=15; Nordeste=16), sendo confirmado por 15 dos gestores no Sul e 15 no Nordeste. O agendamento realizado a partir da UBS foi uma realidade para 11 dos municípios da região Sul e oito da região Nordeste.

A responsabilidade pelo agendamento estava a cargo dos profissionais da ESF (Sul= cinco; Nordeste= dez) ou do próprio usuário, diretamente no setor de interesse (Sul= sete; Nordeste= dez) ou através de telefone (Sul= um; Nordeste= dois).

Entre as estratégias utilizadas, foram citadas: fila única, conforme data de registro da demanda (Sul= oito; Nordeste= oito); protocolos para acolhimento de urgências (Sul= sete; Nordeste= três); e protocolos para cuidado de demanda mais prevalente (Sul= três; Nordeste= dois).

O tempo médio de espera para atendimento médico especializado variou de nove a 127 dias na região Sul e, na região Nordeste, de 11 a 42 dias. Na região Sul, o tempo médio de espera inferior a 14 dias foi observado para as especialidades de pediatria e odontologia; e entre 15 e 30 dias, para as especialidades de gineco-obstetrícia e nutrição. Para as demais especialidades, o tempo médio de espera foi superior a 30 dias. Os principais gargalos foram as áreas de neurologia, nefrologia, angiologia e fisioterapia (Figura 1).

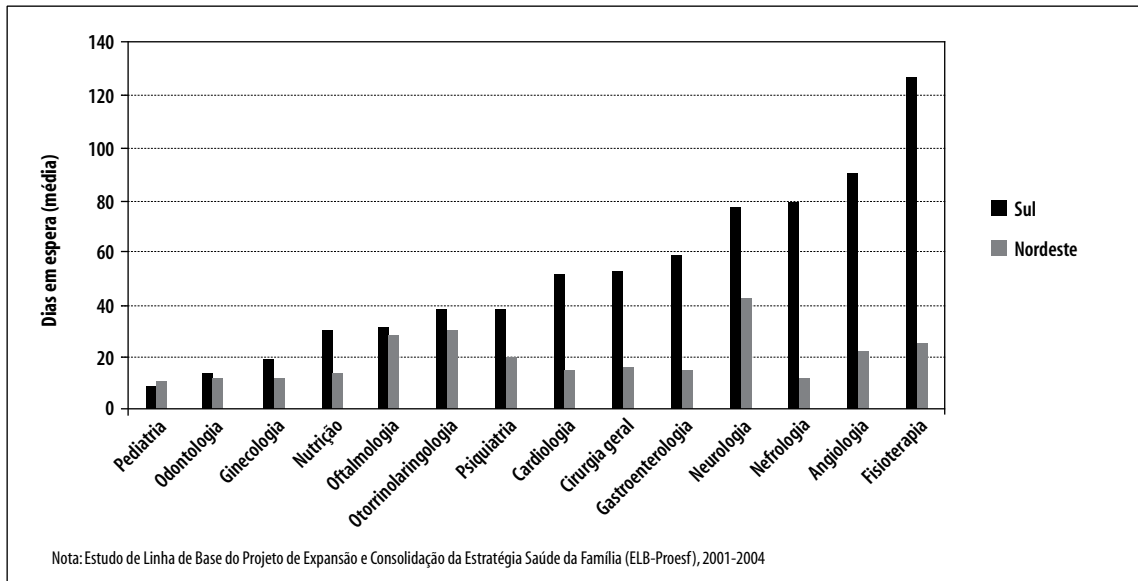
Na região Nordeste, o tempo médio de espera inferior a 14 dias foi referido para as especialidades de pediatria, gineco-obstetrícia, nefrologia, odontologia e nutrição; e entre 15 e 30 dias, para cardiologia, gastroenterologia, cirurgia geral, angiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, fisioterapia e psiquiatria. O maior tempo de espera foi na área de neurologia, com média de 42 dias para atendimento (Figura 1).

Na região Sul, o tempo médio de espera para recursos de média e alta complexidade variou de dez a 122 dias e, na região Nordeste, de sete a 67 dias.

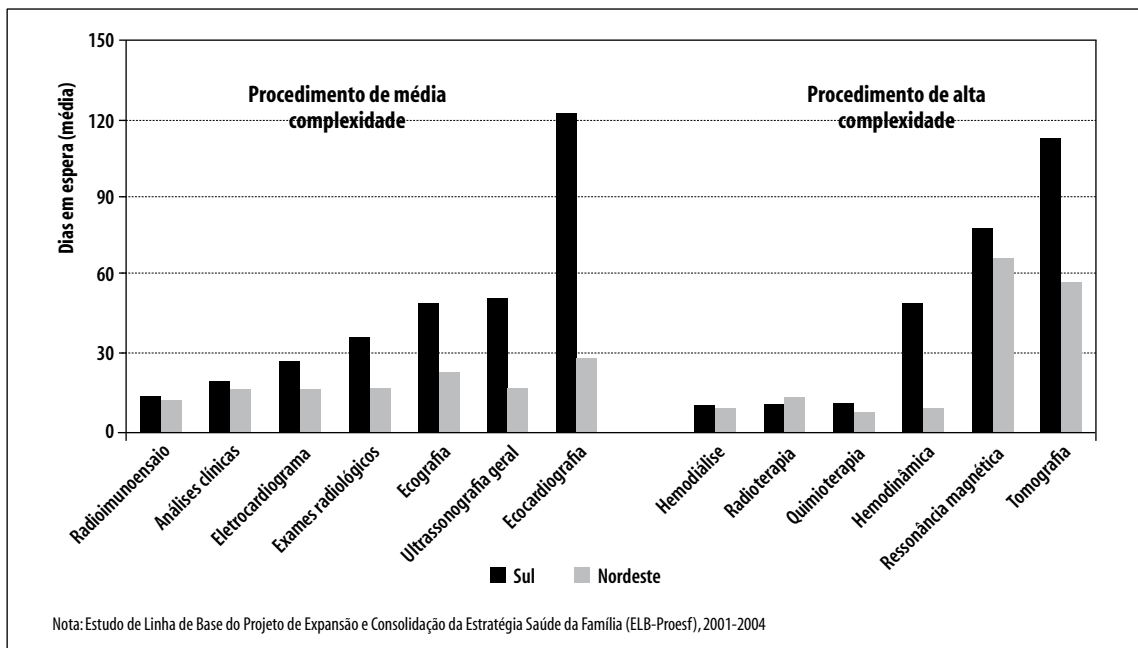
O tempo médio de espera inferior a 14 dias foi referido para a realização de radioimunoensaio, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, em ambas as macrorregiões. O acesso à hemodinâmica na região Nordeste também foi inferior a 14 dias (Figura 2).

Na região Sul, o tempo médio de espera para a realização de eletrocardiograma e exames de análise clínica variou de 15 a 30 dias, situação igual para a região Nordeste. Os demais exames e recursos terapêuticos

apresentaram um tempo médio de espera superior a 30 dias, sendo que para a realização de ecocardiografia, ressonância magnética e tomografia, o tempo médio foi superior a 60 dias (Figura 2).



**Figura 1 – Tempo médio de espera (em dias) por atendimento especializado nas macrorregiões Sul e Nordeste. Brasil, 2001 a 2004**



**Figura 2 – Tempo médio de espera (em dias) pelo acesso a recursos de média e alta complexidade nas macrorregiões Sul e Nordeste. Brasil, 2001 a 2004**

Na região Nordeste, os exames radiológicos, de ultrassonografia, eletrocardiografia, ecografia e ecocardiografia apresentaram um tempo médio de espera entre 15 e 30 dias; e em torno de 60 dias, para a realização de tomografia e ressonância magnética (Figura 2).

Considerando-se a adequação das centrais para acolhimento e ordenação das necessidades de saúde do município, os gestores da região Sul reconheceram a necessidade de investimentos na informatização, na contratação de profissionais e na adequação da área física. Foram mencionados entraves no funcionamento das centrais, falhas nos planos de regionalização, fluxos precários nas referências, agendamento centralizado em coordenações regionais de saúde sob responsabilidade do usuário e demora na marcação de consultas, que resultavam em baixa efetividade da regulação e gargalos assistenciais.

No Nordeste, os gestores identificaram que as centrais para acolhimento e ordenação facilitavam a realização do atendimento humanizado, com redução das filas de espera para o agendamento, e favoreciam os usuários da área rural. A falta de informatização das UBS e das centrais dificultava o fluxo de usuários, a organização da assistência e o reconhecimento da rede assistencial disponível. Os gestores também destacaram a disponibilidade de profissional capacitado para realizar encaminhamentos, a utilização de protocolos assistenciais e a garantia de traslado aos serviços de referência como facilitadores na regulação.

No Sul, em relação ao setor de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação, os gestores identificaram como facilidades a centralização das atividades em um setor, a maior colaboração entre a rede de saúde e a gestão para o adequado funcionamento dos serviços. Entre as dificuldades, os gestores indicaram a implantação incipiente desse setor, ocasionando problemas no controle, ausência de auditoria, uso limitado de técnicas e tecnologias de informação e deficiências na capacitação específica dos trabalhadores para as atividades do setor.

No Nordeste, os gestores identificaram como facilidades o funcionamento satisfatório do setor, a capacitação e experiência do pessoal, a gestão democrática e a articulação com os diversos serviços de saúde. Entre as dificuldades, houve destaque para a escassez de recursos humanos com dedicação integral,

inadequação de estrutura física, recursos materiais e capacitação para as atividades do setor.

## Discussão

O artigo descreve as ações de regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, situados em sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Apesar de sua relevância para o ordenamento do acesso aos serviços, a regulação assistencial ainda era incipiente nos municípios estudados, especialmente na Região Sul. O estudo aponta a existência de gargalos assistenciais a envolver as consultas com especialidades médicas e exames de média e alta complexidade tecnológica, podendo expressar a grande dificuldade enfrentada pelos municípios em contratuar e desenvolver sua rede de serviços ofertados pelo SUS, resultando em maior tempo de espera dos usuários pelas consultas necessárias, possível agravamento de suas patologias e internações, e mais ônus ao sistema público de saúde.

Os gestores municipais identificaram os serviços de atenção primária à saúde, de pronto-atendimento e de urgência e emergência como porta de entrada no SUS, corroborando os resultados de outros estudos.<sup>6,17,18</sup> Entretanto, os gestores de 57% dos municípios de ambas as regiões também mencionaram o acesso direto ao SUS por meio de ambulatórios localizados em hospitais e de ambulatórios regionais de especialidades. Este achado evidencia a dificuldade dos municípios em realizar uma regulação criteriosa de modo a organizar a rede assistencial orientada pela Atenção Primária à Saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.<sup>6,19</sup>

Diante da hierarquização e orientação dos fluxos assistenciais, a diversidade de portas de entrada fragiliza os sistemas municipais, dificultando a regulação do cuidado dispensado à população.<sup>18</sup> No Decreto Presidencial nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, são apresentados diversos serviços como porta de entrada, embora seu artigo 11 afirme que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária.<sup>20</sup>

Os achados também evidenciaram que o processo de implantação de centrais de regulação era todavia incipiente em ambas as regiões, além de enfrentar problemas na adequação da estrutura física e tec-

nológica. A implantação de centrais de regulação é um dos componentes destacados no processo de gestão descentralizada, pois possibilita a organização de demandas de usuários e a alocação de recursos necessários para favorecer o acesso aos serviços.<sup>21</sup>

A escassa regulação na oferta de leitos em hospitais contratados pelo sistema público, que também atendem os usuários de planos de saúde e privados, favorece a ineficiência e irracionalidade no uso dos serviços. Um mesmo usuário hospitalizado pode ser fonte de receita para o hospital via SUS, plano de saúde e desembolso direto de recurso, o que poderia explicar, ainda que parcialmente, a dificuldade de implantação e efetividade das centrais de regulação de leitos nos municípios estudados.<sup>22</sup>

As centrais de consultas especializadas estavam implantadas em 15 municípios da região Sul e em 12 municípios da região Nordeste, seguidas das centrais para realização de exames, instaladas em 12 municípios da região Sul e em 9 municípios da região Nordeste. Apesar disso, as ações de regulação não foram suficientes para resolver os gargalos assistenciais, decorrentes da escassa oferta pública em algumas especialidades e da resistência dos prestadores de serviços privados de saúde, contratados pelo SUS, a se submeterem a um controle de sua atuação.<sup>19</sup>

No período de 2001 a 2004, observou-se um aumento no percentual de consultas realizadas a partir de centrais de agendamento. Este achado coincide com um período de reorganização do SUS, marcado por expansão dos municípios em gestão plena do sistema municipal e implementação das normas operacionais de assistência à saúde. Em termos práticos, seus resultados foram a organização de serviços de regulação em saúde, criação das macrorregionais de saúde, definição dos municípios-polo e pactuações entre gestores municipais para ordenar a oferta de serviços de média e alta complexidade nas regiões, entre outros aspectos.<sup>23</sup>

A precariedade na informatização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, agravada pelo baixo percentual de UBS com acesso à internet, é um problema a ser enfrentado para a efetiva organização da regulação assistencial. Além de comprometer a articulação das UBS com os serviços de maior complexidade, essa situação reforça o isolamento dos serviços de atenção primária nos sistemas municipais/regionais; e afeta a capacidade de coordenar o fluxo dos usuários na rede

de assistência, principalmente se considerarmos que a maioria dos municípios estudados constituem referência para os municípios de pequeno e médio porte.<sup>6,17,19</sup>

Portanto, recomenda-se o investimento em tecnologias e capacitação que fortaleçam a habilidade coordenadora da Atenção Primária à Saúde, com ferramentas renovadas de regulação e instrumentos gerenciais adequados, para garantir a continuidade da atenção.<sup>24</sup>

A maioria dos gestores referiu a existência de fila única para organizar o acesso, desconsiderando a singularidade de cada caso. Na região Sul, o agendamento a partir da UBS foi observado em 71% dos casos, enquanto na região Nordeste, essa proporção foi de 53%. Entretanto, se considerarmos o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família, essa proporção cai para 31% na região Sul e se eleva a 64% na região Nordeste, destacando a participação deste modelo no encaminhamento para serviços de maior complexidade. Independentemente da macrorregião, os usuários tiveram papel ativo na busca da integralidade da assistência. Mesmo em municípios com agendamento centralizado, ainda há necessidade de ajustes para conceber uma ordem adequada de prioridades das solicitações recorrentes às agendas disponíveis.<sup>25</sup>

Na maioria das especialidades investigadas, o tempo de espera dos usuários foi superior na região Sul, em comparação à região Nordeste. O menor tempo de espera foi para as especialidades de pediatra, gineco-obstetrícia e odontologia. O acesso a neurologistas foi destaque negativo em ambas as regiões. O tempo é um componente importante para verificar a adequada estruturação do sistema frente às necessidades de referenciamento para um nível especializado: a espera prolongada compromete a integralidade da assistência.<sup>26</sup> No SUS, o longo tempo de espera, mesmo para demandas frequentes, tende a imprimir uma imagem depreciativa do atendimento oferecido à população que utiliza seus serviços,<sup>27</sup> ao desconsiderar o perfil epidemiológico, o “tempo oportuno”<sup>28</sup> e o manejo adequado dos problemas de saúde.<sup>29</sup>

A região Nordeste apresentava maior agilidade no acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos especializados, em alguns casos quatro vezes mais rapidamente que na região Sul, como por exemplo, nos exames de ecocardiografia e hemodinâmica. Este achado precisaria ser melhor explorado, considerando-se a relação

entre a oferta de serviços e a densidade demográfica, o perfil epidemiológico e os recursos disponíveis em cada macrorregião.<sup>5</sup>

O tempo de espera para a realização de exames ou procedimentos terapêuticos indica mais sobre a remuneração dos procedimentos e do interesse dos prestadores, do que sobre as necessidades de saúde dos usuários do sistema. Um exemplo disso é o menor tempo médio de espera para procedimentos considerados de alta complexidade tecnológica.<sup>6,19</sup>

Outra evidência da limitação dos municípios na regulação dos serviços é a falta de estruturas e estratégias efetivas para acolhimento e encaminhamento das demandas dos usuários. Geralmente, esses dispositivos eram centralizados em secretarias municipais de saúde e nos conselhos municipais de saúde, limitando as possibilidades de colaboração dos usuários na avaliação dos serviços disponíveis, seja por ter que se deslocar ao setor, seja por desconhecimento das formas de controle social e sua importância no SUS.

Os achados do presente estudo reforçam a necessidade de investimentos na estrutura e no processo de trabalho. São questões importantes no momento em que se amplia, no Brasil, a discussão sobre a qualificação da rede de serviços prestados à população.

A baixa proporção de respostas dos gestores sobre o tema da regulação assistencial e o ano de coleta de dados constituem limitações do presente estudo, motivo pelo qual foram pesquisados todos os municípios referentes à amostra do ELB-Proesf, para a geração de dados consistentes.

A utilização de tecnologias de informação e uso da internet nas ações dos trabalhadores das UBS são questões que podem ter sofrido mudanças consideráveis, dada a redução dos valores de mercado de algumas tecnologias. Frente aos resultados encontrados neste estudo, espera-se que os investimentos feitos nos últimos anos tenham minimizado a fragilidade na regulação do acesso ao sistema de saúde, ampliando as centrais com densidade tecnológica adequada e a articulação das UBS com os serviços da rede assistencial.

Ainda assim, há necessidade de fortalecer os investimentos em todos os níveis do sistema de regulação assistencial, incluindo a adequação da estrutura física, equipamentos, recursos humanos e participação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde nas capacitações.<sup>28</sup> Uma resposta governamental a essa

deficiência pode estar no Programa Mais Saúde, que propõe complexos reguladores para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde em municípios com mais de 100 mil habitantes. A utilização do sistema de regulação informatizado (SISREG) e a implantação do Cartão Nacional de Saúde poderão subsidiar a avaliação das políticas públicas e qualificar o acesso aos serviços, garantindo a integralidade da atenção em tempo oportuno.<sup>28</sup>

Ao caracterizar as ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde, é possível identificar fragilidades na implantação e ampliação das centrais de regulação – não obstante os investimentos feitos na qualificação, adequação e articulação das Centrais de Regulação às redes de saúde. O processo regulatório descrito demonstrou deficiências no âmbito de sua organização, comprometendo a resolubilidade de sua demanda e a resolução dos casos de forma eficiente, ao desconsiderar a rede assistencial e a dificuldade dos trabalhadores da Saúde em identificar as necessidades mais amplas de saúde da população.

Apesar do tempo transcorrido entre a coleta de dados e a redação do manuscrito, percebe-se a relação, com os resultados deste estudo, dos recursos de regulação assistencial descritos na Portaria GM/MS nº 1.559 – de instituição da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, SUS –, que só foi publicada em 1º de agosto de 2008.<sup>29</sup>

Estudo mais recente<sup>30</sup> aponta alguns dados semelhantes aos apresentados neste artigo. Entre eles, a ausência de regulação e de fluxos de usuários no SUS, um importante entrave à garantia de cuidado integral e completude do processo de integração da rede assistencial.

Recomenda-se que futuros estudos, à semelhança do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – ELB-Proesf –, investiguem a situação atual da regulação assistencial diante da expansão da Estratégia Saúde da Família e da tentativa de organização da rede de serviços, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde, incluindo municípios de todos os portes populacionais, em todas as regiões do país. Esses estudos poderão identificar as possíveis inovações surgidas durante a implementação de políticas de organização dos fluxos de usuários do SUS, além de apontar as dificuldades enfrentadas por gestores na



regionalização da saúde, na adequação entre oferta e demanda de serviços e na ordenação de usuários dentro da rede assistencial.

### Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde, Banco Mundial e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Edital 23/2006, processo nº 409463/2006-0), pelo apoio financeiro.

### Referências

1. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Cienc Saude Coletiva*. 2004 abr-jun;9(2):433-44.
2. Menicucci TMG. Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2005.
3. Almeida C, Travassos C, Porto S, Baptista T. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 1999.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de implantação de complexos reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Coelho RC. Estado, governo e mercado. Brasília: Capes; 2009.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção. Redes Regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção à Saúde- TEIAS. A Estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes: proposta de documento substitutivo. Documento Base [Internet]. 2009 [citado 2011 fev 3]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento\\_redes\\_versao\\_out2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento_redes_versao_out2010.pdf)
7. Gabel JR. Job-based health insurance, 1977-1998: the accidental system under scrutiny. *Health Aff (Millwood)*. 1999 Nov-Dec;18(6):62-74.
8. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa: Aracaju. Rio de Janeiro: ENSP/DAPS/ NUPES; 2009. 458 p.
9. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2006 jul-set;11(3):669-81.
10. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica*. 2008 jan;24(Supl. 1):S159-72.
11. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 409 p.
12. L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(1):265-74.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 248 p.
14. Mendes EV, coordenador. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. 120 p. (Navegadorsus; 1)
15. Centers for Disease Control and Prevention. Division of public health surveillance and informatics. *Epi Info: versão 6.04b*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1998.
16. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
17. Tasca R, coordenador. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS.

### Contribuição dos autores

Lemões MAM, Facchini LA, Thumé E e Dilélio AS contribuíram na concepção do artigo, análise e interpretação de dados.

Tomasi E e Borges CLS contribuíram na redação final do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

- Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 113 p. (Navegadorsus; 1)
18. Conil EM, Fausto MCR. 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. In: Documento técnico do III intercâmbio: fortalecimento de la integración de la atención primaria con otros niveles de atención del proyecto eurosocial salud; 2007.
  19. Santos NR. Ética social e os rumos do Sistema Único de Saúde. Mundo Saude (Impr) (1995). 2004 jul-set;28(3):239-45.
  20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 29 jun. 2011. Seção 1.
  21. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
  22. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Cienc Saude Coletiva. 2008 set-out;13(5):1431-40.
  23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar). 2. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
  24. Saltman RB, Rico A, Boerma GW. Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde reforma organizacional na atenção primária europeia: reforma organizacional na atenção primária europeia. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas; 2006.
  25. Silva MEM. O processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação: proposta de um modelo baseado em análise multi-critério [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
  26. Artmann E, Rivera FJU. Regionalização em saúde e mix público-privado [Internet]. 2003 [citado 2010 out 26]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\\_AS\\_05\\_EArtmann\\_RegionalizacaoEmSaude.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf)
  27. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social-Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001. p. 65-112.
  28. Ministério da Saúde (BR). Regulação no SUS [Internet]. 2003 [citado 2011 abr 4]. Disponível em: [http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/reg\\_control01.htm](http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/reg_control01.htm)
  29. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, p. 48, 4 ago. 2008. Seção 1.
  30. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saude Publica. 2010 fev;26(2):286-98.

Recebido em 26/02/2013  
Aprovado em 11/11/2013