

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE/RN

GRECY BRASIL LEITE VALE DE MORAES

**DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PACIENTES NA REGULAÇÃO DE ALTA
COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN**

MOSSORÓ - RN
2014

GRECY BRASIL LEITE VALE DE MORAES

**DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PACIENTES NA REGULAÇÃO DE ALTA
COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ - RN
2014

GRECY BRASIL LEITE VALE DE MORAES

**DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PACIENTES NA REGULAÇÃO DE ALTA
COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada pela aluna Grecy Brasil Leite Vale de Moraes à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte
Orientador

Prof^a. Esp. Amélia Resende Leite
Membro

Prof^a. Esp. Karla Cartaxo Simões Pedrosa
Membro

“Se você encontrar um caminho sem obstáculos, ele provavelmente não leva a lugar
nenhum”

Frank A. Clark

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem Ele não conseguiria chegar até aqui, que, com toda sua graça, colocou pessoas muito especiais ao meu lado, cada uma com uma tarefa peculiar e um único objetivo: não deixar que eu jamais desistisse.

A minha amada filha Marina. Por você, consegui superar todos os obstáculos. Peço desculpas por todos os dias e noites que não lhe dei a atenção e o carinho necessários, mas saiba que tudo isso valerá a pena.

Aos meus pais, Joalba e Fátima, dedico a vocês essa conquista e agradeço por tudo que vocês fizeram e continuam fazendo por mim. Por me ensinar e mostrar que a humildade é a maior virtude do ser humano e que devemos ajudar às pessoas sempre. Sou eternamente grata a vocês.

Ao meu esposo, Roberto, pela paciência e apoio. Obrigada por me incentivar sempre e por aguentar todos os meus estresses (que não foram poucos).

Aos meus irmãos Gledison, Gledistony e Pedro, pelo companheirismo e apoio incondicional.

A Ivonete (Tetéia), por ser a “Mãe” da minha filha nesses 4 anos. Agradeço imensamente por me substituir quando não pude estar presente. Muito obrigado.

A minha orientadora e amiga Verusa Fernandes Duarte, agradeço pelo apoio, pela paciência a mim concedida e, principalmente, por ter aceitado realizar este trabalho comigo. Agradeço a confiança em mim depositada e aos momentos de aprendizado mútuo durante a minha graduação. Saiba que é uma grande mulher, profissional e MÃE.

À prof.^a, amiga e colega de trabalho, Amélia Resende por aceitar compor minha banca e por contribuir para o meu crescimento. Obrigada de coração pelos ensinamentos.

À prof.^a e amiga Karla Cartaxo, por também aceitar compor minha banca e contribuir para a minha formação. Muito Obrigada.

À minha turma querida e amada (Aline, Eduarda, Karol, Cláudia, Geórgia, Joelma, Thiago, Lorena, Poliana, Priscila, Catarina, Lourdes e Rose), quero agradecer por proporcionar os vários momentos de alegria que compartilhamos durante a nossa graduação. Como sempre dissemos nossa turma foi e será especial. Peço desculpas se algumas vezes magoei alguém, mas saibam que amo todos e que desejo tudo de melhor que a vida puder lhes oferecer. Que a nossa

nova etapa seja de muitas realizações. Só existe uma coisa melhor do que fazer novos amigos: conservar os velhos.

Aos preceptores, quero também aqui deixar o meu agradecimento, que possam ser estendidos a todos que participaram da minha formação em especial a Luana Sousa.

À enfermeira Jaiza Pontes de Lima Holanda, que, com toda sabedoria e dedicação, me ensinou que devemos estar sempre dispostos a ajudar ao próximo e fazer sempre o melhor na nossa profissão.

À Joyce Hayanny e a Ríssia Kelly, quero agradecer pelos momentos inesquecíveis durante nosso estágio e dizer que foi gratificante conhecê-las melhor.

À Natália, Eguimara e Leidivan, pelos maravilhosos momentos no laboratório durante o período das duas monitorias. Saibam que são pessoas muito especiais na minha vida.

À Leodise Cruz, por reconhecer meus valores e me incentivar a crescer profissionalmente. Saiba que és muito especial para mim e que poderá sempre contar comigo.

Aos professores que, ao transferirem seus conhecimentos que muito contribuíram para a minha formação acadêmica (Tatiana, Fausto, Michelline, Joseline, Thiago, Sandra, Lucídio, Wesley, Gisele, Verusa, Karla, Patrícia, Cássia, Amélia, Carlos Augusto, Ilana, Kalídia...), o meu muito obrigado.

RESUMO

Todo brasileiro tem direito à saúde, e a garantia desse direito é dever do Estado, assegurada pela Lei 8.080/90, a qual permite o acesso dos usuários a serviços que visem às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS) que assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime e de boa qualidade a toda a população. Nos dias atuais, crescem as demandas por uma assistência cada vez mais complexa, embora não encontrem igual correspondência no aumento e na qualidade da oferta de serviço. Esta pesquisa teve, pois, como objetivo geral analisar as dificuldades encontradas por pacientes na regulação de alta complexidade no município de Mossoró-RN. Os objetivos específicos visavam caracterizar a situação social dos entrevistados; descrever, na opinião deles, os procedimentos procurados na alta complexidade e analisar a opinião desses entrevistados e suas sugestões para a melhoria da acessibilidade ao serviço. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa. O local do estudo foi a Secretaria Municipal de Mossoró-RN, particularmente a Central de Regulação de Alta Complexidade. A amostra foi composta por 25 (vinte e cinco) usuários do SUS e os dados quantificados foram analisados através da estatística descritiva. Para os dados qualitativos foi utilizada a análise temática de conteúdo. Os resultados apontam que os usuários que buscaram a regulação são predominantemente do sexo feminino, acima de 35 anos, solteiros e com ensino fundamental incompleto. Observou-se que os exames mais solicitados pelos usuários foram as ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas e cirurgias. Quanto às dificuldades encontradas, destacam-se o acesso ao estabelecimento e a demora na realização do exame, fazendo com que o usuário realize o exame solicitado em serviços de saúde particulares, o que gera insatisfação em relação ao SUS. Os entrevistados trazem como sugestões para a acessibilidade ao serviço uma melhoria no transporte público, ressaltando, também, a localização do serviço como algo que não contribui para a efetivação das suas necessidades, agilização na marcação dos exames, fornecimento de informações e comunicação precisa com os profissionais que compõem o serviço de regulação para a efetivação das suas necessidades, bem como a agilização na marcação dos exames, no fornecimento de informações e na comunicação em todos os outros níveis de atenção do SUS, os quais eles usufruem, como a atenção básica, por exemplo. Conclui-se, desta forma, que a regulação de alta complexidade do município de Mossoró-RN apresenta dificuldades em atender as necessidades dos usuários do SUS, gerando uma insatisfação quanto aos serviços disponibilizados. Assim, merece destaque a necessidade de desenvolver algumas melhorias ligadas aos aspectos do serviço em si, bem como de toda a rede de atenção em saúde, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional.

Palavras-chave: Atenção Terciária à Saúde; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Every Brazilian has the right to health care, and the guarantee of this right is the duty of the State, provided by Law 8.080 / 90, which allows the user access to services aimed at prevention, health promotion and recovery, through the Single System Health (SUS) that is committed to provide universal service, full, fair and good quality to the entire population. Nowadays, there are growing demands for increasingly complex care, but find no equal match in the increase and quality of service offered. This research was a general objective to analyse the difficulties encountered by patients in the highly complex regulation in Mossoró -RN. The specific objectives aimed to characterize the social situation of those interviewed; described, in their opinion, the procedures popular in high complexity and analyse the opinion of those interviewed and their suggestions for improving accessibility to the service. This is a descriptive and exploratory research with quantitative and qualitative approach. The study site researched was Mossoro Department of Health, particularly the high complexity Regulation Centre. The sample consisted of 25 (twenty five) users of the SUS and the figures were analysed using descriptive statistics. For qualitative data was used to thematic content analysis. The results show that the individuals seeking the regulation are predominantly female, over 35years old, single and with incomplete primary education. It was observed that the tests most requested by users were MRI's, CT scans and surgeries. As for the difficulties encountered, access to the establishment and the delay in the exam stand out, causing the user to perform the examination required in private health services, which creates dissatisfaction with the SUS. The females interviewed bring as suggestions for service accessibility improvements in public transport , emphasizing also the location of the service as something that does not contribute to the realization of their needs , streamlining the marking of examinations , provision of information and communication needs with professionals who make up the regulation service for the realization of their needs , as well as streamlining the marking of examinations , providing information and communication in all other SUS care levels , which they enjoy , such as primary care , for example. It follows, therefore, that the highly complex regulation of Mossoró -RN presents difficulties in meeting the needs of SUS users' generating dissatisfaction about the services provided. So worth mentioning the need to develop some improvements related to aspects of the service itself, as well as all the health care network : such as access, quality , physical and organizational structure .

Keywords: Attention Tertiary Health Care; Health Services; Health Systems.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização da amostra sequencialmente quanto ao gênero, idade, estado civil e escolaridade.

Gráfico 2 – Procedimentos mais procurados na regulação de alta complexidade.

Gráfico 3 - Outros momentos de utilização dos serviços da regulação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 JUSTIFICATIVA	6
1.2 HIPÓTESE	7
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1 BREVE RELATO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	9
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
3.2.1 Leis Orgânicas de Saúde do SUS	15
3.2.2 O SUS e suas práticas – A Estratégia de Saúde da Família (ESF	19
3.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS ENQUANTO SERVIÇO MUNICIPAL DE REGULAÇÃO.....	21
4 METODOLOGIA	26
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
4.2 LOCAL DA PESQUISA	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	27
4.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	27
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
4.8 FINANCIAMENTO.....	29
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	30
5.1 ANÁLISE DOS DADOS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	32
5.2 ANÁLISE DOS DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA	32
5.2.1 Procedimentos de alta complexidade procurados pelos usuários no serviço de regulação	33
5.2.2 Dificuldades encontradas pelos usuários para marcação de procedimentos de alta complexidade	35
5.2.3 Outros momentos de utilização dos serviços da regulação	36
5.2.4 A realização do exame após a liberação pela regulação	38

5.2.5 Sugestões para a melhoria da marcação dos procedimentos	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES	52
ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, estabeleceu-se o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Como parte do arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS) surge a Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde (LOS), promulgada pelo Ministério da Saúde, que regulamenta o SUS e passa a reger as várias iniciativas institucionais para desenvolvimento de ações em saúde (BRASIL, 2003).

Segundo essa LOS, a saúde não é só a ausência de doenças, mas também determinada por uma série de fatores presentes no dia a dia, tais como: trabalho, educação, lazer, moradia, saneamento básico, meio ambiente, alimentação, etc. Foi criada também uma Lei Complementar, a 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através dos Conselhos e das Conferências de Saúde (BRASIL, 2003).

Com vista à operacionalização do SUS, o serviço de saúde foi criado para integrar toda a equipe de profissionais, cuja meta principal deve ser uma visão ampla no quesito cuidar, no intuito de proporcionar ao seu usuário um atendimento adequado e de forma correta, buscando suprir as necessidades do paciente naquele momento, como forma de encontrar uma resposta para sua necessidade ou pelo menos uma maneira de aliviar seu sofrimento (BRASIL, 2004).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime e de boa qualidade à sua população. Nos dias atuais, cresce a demanda por uma assistência cada vez mais complexa, que não encontra igual correspondência no aumento (e na qualidade) da oferta de serviço. O enfermeiro percebe que estão crescendo os desafios para que os princípios defendidos pelo SUS se concretizem eficazmente, sob a forma de acesso da população a uma assistência oportuna e adequada às necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

Brasil (2011) afirma que, como estratégia para garantir o acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde, o SUS estabeleceu as centrais

de regulação assistencial, por temas ou áreas assistenciais, como urgência e emergência, obstetrícia e neonatalidade, transplantes, internações etc.

A central de regulação tem, pois, como objetivo básico fazer o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível da melhor maneira possível, observando os princípios instituídos pelo SUS, que é uma instituição federativa criada para mudar o quadro de desigualdade na assistência à saúde da população, e ofertar serviços na atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 2011).

Com esse intuito, o SUS esclarece que é dever de todos os municípios, estados e da União agir para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, atuando com autonomia para a gestão descentralizada dentro de suas esferas ou limites territoriais (BRASIL, 1988).

O SUS apresenta características como unicidade, descentralização e atendimento integral, com primazia para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Nesse contexto, os serviços de saúde devem ser organizados em uma rede de cuidados articulada, com fluxos determinados e regulados, visando acolher as necessidades dos cidadãos, demarcadas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (BRASIL, 2000).

Diante desse contexto, o trabalho de pesquisa a ser desenvolvido tem como problema de pesquisa o seguinte questionamento: quais as dificuldades encontradas por pacientes na regulação da alta complexidade no município de Mossoró-RN?

1.1 JUSTIFICATIVA

A problemática de escolha surgiu em virtude de ser um problema de grande relevância no município, uma vez que há uma grande procura por parte dos usuários para a marcação dos procedimentos complexos e, também, devido à carência de estudos e publicações em relação à temática abordada.

O interesse na pesquisa foi percebido durante a vivência acadêmica nas atividades práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e Enfermagem em Clínica, quando foram observadas as dificuldades da população para a marcação de procedimentos de alta complexidade.

Assim, a proposta abordada contribuirá para aspectos importantes sobre a regulação assistencial voltada para a alta complexidade que subsidiarão as propostas para um estudo de campo na Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde no município de Mossoró-RN.

Essa pesquisa será, portanto, relevante para a formação acadêmica e profissional, uma vez que irá contribuir para ampliar conceitos e proporcionar o conhecimento sobre a regulação de alta complexidade para a população assistida e para a sociedade como um todo e, particularmente, para a gestão municipal haja vista a necessidade de conhecer os possíveis problemas enfrentados pelos usuários do SUS.

1.2 HIPÓTESE

Sabe-se que a regulação de alta complexidade é muito requerida pelos profissionais da saúde, particularmente pelos médicos do SUS. Acredita-se, então, que os usuários encontram dificuldades, como acesso ineficaz a transporte coletivo de boa qualidade e em horários regulares, acessibilidade, agilidade para a marcação dos procedimentos, dificuldade de realizar o procedimento em cidades pactuadas com o município, falta de leitos, consultas insuficientes e falta de informações sobre os direitos que lhes são assistidos.

O fluxo do atendimento ineficaz dificulta a acessibilidade dos usuários, haja vista a rede de atenção que deveria ser articulada e operante não cumprir o seu papel, concorrendo para que o usuário chegue sem as informações necessárias para que suas necessidades sejam contempladas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as dificuldades encontradas por pacientes na regulação de alta complexidade no município de Mossoró-RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação social dos entrevistados;
- Descrever, na opinião dos entrevistados, os procedimentos procurados na alta complexidade;
- Analisar a opinião dos entrevistados e suas sugestões para a melhoria da acessibilidade ao serviço.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE RELATO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Antigamente, a organização dos serviços de saúde no Brasil não dispunha de um modelo de atenção à saúde, gerando uma falta de organização nos recursos financeiros que refletiam diretamente no perfil epidemiológico do Brasil, uma vez que não existia saneamento básico e nem vacinas propiciando, assim, o surgimento de doenças epidêmicas como febre amarela, varíola, cólera, malária, tuberculose, tifo e outras. A população de baixa renda, como os escravos, indígenas e colonos eram as principais vítimas de doenças parasitárias intestinais uma vez que existia a carência de nutrientes (AGUIAR, 2011; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Com a chegada da Família Real, foram criadas as primeiras medidas de saúde pública, que permaneceu sem grandes mudanças até a última década do Império, com a finalidade de impedir o surgimento de novas doenças nas cidades costeiras (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Uma das medidas providenciadas pela Família Real foi o saneamento básico da capital, tendo em vista que o controle da entrada e saída dos navios estrangeiros, a orientação e o tratamento das doenças através de vacinação obrigatória e o isolamento dos doentes em quarentena favorecia a economia, uma vez que a entrada das mercadorias era através dos portos (AGUIAR, 2011).

As ações e os programas de saúde tinham como objetivo controlar as doenças epidêmicas, principalmente nas áreas indispensáveis à economia agrária exportadora. Sendo assim, as ações de saneamento básico e de infraestrutura privilegiavam os espaços de circulação de mercadorias, com ênfase para os portos de Santos e Rio de Janeiro (AGUIAR, 2011).

Com o intuito de estimular o comércio internacional e a política de imigração, em 1902, o presidente Rodrigues Alves lançou o programa de saneamento do Rio de Janeiro e de combate à febre amarela em São Paulo. Para tanto, nomeou Oswaldo Cruz para a diretoria geral da saúde pública, que instituiu as campanhas sanitárias para o combate às epidemias rurais e urbanas. Esse modelo de intervenção enfatizava a centralização das estruturas

administrativas, a concentração do poder e o estilo repressivo de intervenção média. Além dessas medidas – campanhas sanitárias e ações de saneamento básico – foi criado um instituto, chamado de Oswaldo Cruz, para a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas. E a vacinação contra febre amarela tornou-se obrigatória, sendo exigido atestado para realizar matrícula em escolas, empregos públicos, casamentos, viagens, etc. Aqueles que se recusavam eram obrigados a pagar multas, causando assim, o descontentamento das classes operárias, o que gerou a Revolta da vacina (SCOREL; TEIXEIRA, 2012), confirmado por Aguiar (2011, p.85), ao informar que, no período de 10 a 16 de novembro de 1904, houve uma reação popular contra a imposição legal da vacinação contra a varíola. As medidas autoritárias e policiais das campanhas sanitárias comandadas por Oswaldo Cruz para combater as epidemias despertou uma revolta popular (revolta da vacina), liderada por opositores políticos do governo e médicos contrários à vacinação.

A Lei da Vacinação, aprovada em 31 de outubro de 1904, permitia a entrada nas residências de brigadas sanitárias acompanhadas por policiais para a vacinação à força. A revolta popular foi contida e a vacinação tornou-se opcional (GIOVANELLA et al. 2012).

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras, o modelo campanhista desarticulou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, haja vista a agricultura ser a atividade hegemônica econômica da época. Este modelo de atuação foi amplamente utilizado pela Sucam (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública) no combate a diversas endemias (Chagas, Esquistossomose, e outras), sendo esta posteriormente incorporada à Fundação Nacional de Saúde (POLÍGNANO, [2001]).

Em 1923, a Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram financiadas por patrões e trabalhadores e administradas pelo Governo Federal, com o intuito de conceder estatuto legal aos trabalhadores das fábricas, assegurando pensão em caso de acidente ou afastamento do trabalho por doença, bem como uma futura aposentadoria. Todavia a maioria dos brasileiros não era beneficiada, restando apenas os serviços ofertados pelos hospitais filantrópicos que eram mantidos pela Igreja (AGUIAR, 2011).

A partir de 1930, no Governo de Getúlio Vargas, após as inúmeras greves e manifestações da classe operária, foi criado o Ministério do Trabalho e, conseqüentemente, o que acarretou mudanças na Previdência Social, em relação aos serviços de saúde, que passaram a ser entendido com uma concessão, vindo a diminuir consideravelmente as despesas com a assistência médico-hospitalar. Em 1933, houve a criação dos Institutos de Aposentadoria de Pensões (IAPs), entidades organizadas por categorias profissionais e subordinadas ao Governo Federal, que, embora não suprissem a demanda dos serviços de saúde e o acúmulo de reservas financeiras, serviam de patrimônio para o Estado investir no que era de interesse (CUNHA; CUNHA, [2013?]).

Com os IAPs, a assistência à saúde continuava fragmentada e restrita aos trabalhadores assalariados e a assistência médica se dava tanto por meio de serviços próprios como por meio da compra de serviços do setor privado. Os IAPs eram vinculados ao Ministério do Trabalho e divididos por categorias: marítimos (IAPM), comerciários (IAPC), bancários (IAPB), transportes e cargas (IAPETEC) e servidores do Estado (IPASE) (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [2010?]).

Por decisão do Ministério da Saúde (MS), em 1965, houve a unificação dos IAPs e, em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passava a ser responsável pelas aposentadorias, pensões e assistência à saúde dos trabalhadores e de seus familiares, o que até então, era restrito aos trabalhadores (OHARA; SAITO, 2008).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) surgiu em 1974, após o desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tendo como finalidade o atendimento médico aos trabalhadores assalariados de carteira assinada. Esse atendimento se dava através de iniciativa privada e os médicos recebiam por produção de serviços, gerando um atendimento pautado apenas na patologia, esquecendo, assim, de ver o paciente como um ser integral (BRASIL, 2000).

Em 1982, surge o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que objetivava integrar as instituições públicas da saúde, mantidas pelas diferentes esferas de governo, de forma regionalizada e hierarquizada, através de sistemas de referência e contrarreferência com complementação da rede privada. Tinha como metas descentralizar a administração dos recursos; limitar

os mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalizar o uso de procedimentos de custo elevado; e pactuar os critérios racionais para todos os procedimentos (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [2010?]).

Outro dado interessante, também, foi o movimento da reforma sanitária, iniciado pelos profissionais da saúde, que buscavam aperfeiçoar e reorganizar o sistema de saúde vigente, como uma forma de incluir o direito de todos os cidadãos brasileiros a ter uma saúde de qualidade e boas condições de vida (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada na cidade de Brasília em 1986, já se discutiam as prioridades mínimas de saúde necessárias à população, partindo do pressuposto de que cada esfera de governo deveria ser responsável pela gestão de seu sistema, invertendo, assim, o modelo de atenção à saúde para o de promoção à saúde (SCATENA; TANAKA, 2011).

Em 1987, é criado o Sistema Unificado e Descentralização de Saúde (SUDS), que já mostrava estratégias de intervenção no processo político através de princípios como a universalidade na assistência, a equidade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade dos cuidados de saúde, a integração e a regionalização dos serviços de saúde, a descentralização das ações de saúde e a implementação de distritos sanitários. Os recursos financeiros para ampliação das redes de serviços eram repassados pelo Governo que, posteriormente, viria a ser municipalizado após a criação do SUS (FIGUEIREDO, 2007; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [2010?]).

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é uma conquista da população brasileira, pois foi concebido em meios às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2010). Para Souza e Costa (2010, p.510), “a criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos de seus cidadãos”.

Desde a CF de 1988, o Brasil tem consolidado, através do SUS, um modelo de saúde mais abrangente, baseado nos princípios de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. O SUS tem, pois, como princípios basilares a **Universalidade, a Equidade e a Integralidade da atenção à saúde**, devendo ser capaz de assegurar aos brasileiros o acesso universal aos serviços de saúde de forma equânime e integral. (PAIM et al, 2011; TEIXEIRA, 2011, grifo do autor).

A universalidade assegura a toda a população os serviços de saúde, em todos os planos de proteção; a equidade preconiza a situação de risco de vida para qualquer pessoa; e a integralidade da atenção é compreendida como sendo um conjunto de articulações que atuam de forma preventiva e curativa, tanto individual como coletiva, exigindo, para cada caso, uma abordagem de acordo com o nível de necessidades e da complexidade do sistema. Já os princípios organizadores são: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a informação sobre o controle social (AGUIAR, 2011).

Como o SUS está organizado em uma rede articulada e com ações integradas visando à promoção, prevenção e a recuperação da saúde, os níveis de complexidade estão divididos em atenção básica ou primária, atenção secundária ou média complexidade e atenção terciária ou alta complexidade (PIRES, 2010).

A atenção básica ou primária é a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e atua na prevenção e na promoção da saúde dos usuários, a partir de uma abordagem coletiva e multiprofissional, centrada na família e na comunidade, buscando ampliar a resolutividade com o uso de tecnologias leves ou de baixa densidade (BRASIL, 2012a).

Na atenção secundária ou média complexidade, as ações e serviços buscam atender os usuários que não encontram resolutividade na atenção básica para os seus principais problemas e/ou agravos de saúde. As ações ambulatoriais e hospitalares são diferenciadas por haver especialização médica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, adensamento tecnológico e oferta baseada na economia de escala (PIRES, 2010).

As ações que englobam a atenção na média complexidade envolvem cirurgias ambulatoriais especializadas, traumatologia ortopedia, ações

especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia, citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses, órteses e anestesia (BRASIL, 2009).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, de acordo com Brasil (2009, p.33) são:

Assistência ao paciente assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.

Para Brasil (1988), com a promulgação da nova Constituição, foram pactuadas, na Seção II, algumas metas para garantir o acesso da população brasileira às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde como:

- As necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado;
- A assistência médico sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços;
- “Estes serviços devem ser hierarquizados, seguindo parâmetros técnicos, e a sua gestão deve ser descentralizada”.

A Constituição ainda determina que o custeio das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde deverão ser oriundos de recursos governamentais da União, Estados e Municípios, e que essas ações devem ser submetidas a órgãos colegiados oficiais, como os Conselhos de Saúde que são

representados por usuários do Sistema e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

3.2.1 Leis Orgânicas de Saúde do SUS

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei especifica quais os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e o orçamento (BRASIL, 1990).

Para Noronha; Lima; Machado (2012, p.365), as ações e serviços que devem ser prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, como regulamenta a Lei nº 8.080/90, devem incluir:

- atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para a promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;

- serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelo governo (quer seja pelo governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

- ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;

- intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;

- instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

A Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, e regulamenta os Conselhos Nacionais de Saúde estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) (BRASIL, 1990).

Com o surgimento das Leis 8.080/90 e 8.142/90, a implantação do SUS passou a ser regida por meios de Normas Operacionais Básicas (NOB), que determinam que os estados e municípios sejam responsáveis pelos repasses oriundos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde, que devem ser utilizados para os compromissos relacionados à gestão do sistema de saúde (BEZERRA, 2009).

As NOBs são medidas adotadas pelo Ministério da Saúde como mecanismo regulador do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, em resposta às negociações políticas entre os gestores do SUS. Durante a década de 90, foram editadas quatro NOBs que contribuíram para o aprimoramento dos mecanismos de repasse de recursos federais aos estados, municípios e Distrito Federal (BEZERRA, 2009).

A partir da NOB-SUS 01/91, foi criado o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), como forma de agilizar o pagamento aos prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais. Os repasses são feitos através de convênios firmados entre os gestores e os prestadores desses serviços mediante algumas exigências como, por exemplo, a criação dos fundos de saúde, a formação de conselhos de saúde e elaboração de planos de controle e avaliação das ações dos estados e municípios (BRASIL, 1991).

A NOB-SUS 01/92, de 07 de fevereiro de 1992, editada pela Portaria nº 234, emitida pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do MS e pelo INAMPS, reloca os recursos do INAMPS para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), porém mantém as formas de pagamento através do SIH/SUS e SAI/SUS. Os municípios que preenchem os requisitos para o recebimento dos recursos passam a ter autonomia para gerenciar os serviços de saúde (ANDRADE, 2001 apud AGUIAR, 2011).

A NOB 01/93 reafirma o acordo firmado para a implantação do SUS, uma vez que, além de implantar o princípio da municipalização e da descentralização político-administrativa na saúde, ainda determina os níveis de gestão local, dando total autonomia às Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) (BRASIL, 1993).

A NOB 96 representa a descentralização dos recursos federais que são destinados aos estados e municípios, fortalecendo a autonomia dos mesmos e estimulando as mudanças na forma de assistir à população mais necessitada, uma vez que há incentivos como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [2010?]).

Segundo Brasil (2006b), as principais inovações da NOB 96 foram: a. A concepção ampliada de saúde, baseada na Constituição, englobando promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc.; b. O fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada; c. As transferências fundo a fundo, baseadas na população e em valores *per capita* previamente fixados; d. Classificação na habilitação para a gestão, no qual os municípios são classificados em duas categorias: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal.

Em 2001, foi criado outro mecanismo regulador, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAs) que instituiu os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimentos e trouxe a ideia de Redes Assistenciais. Em 2006, determinou-se a criação do Pacto Pela Saúde, um acordo interfederativo com componentes regulatórios do processo de descentralização do SUS. Apesar de não ser uma norma operacional, essa medida conferiu um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária compartilhada (BRASIL, 2006a).

A NOAS-SUS 01/01 cria três grupos estratégicos para contribuir com o processo de regionalização na saúde, visando promover a descentralização com equidade no acesso: A elaboração do PDR e diretrizes para a organização regionalizada da assistência; o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS; e a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2006a).

Aprovada através da Portaria nº 373/GM de 27 de Fevereiro de 2002, a NOAS-SUS 01/2002, dentre outras responsabilidades, cria os mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde (PS) trata-se de um esforço das três esferas de governo (municípios, estados e União) para, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS. Seu objetivo principal é avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado (SCHNEIDER et al. 2009).

O PS surge no cenário brasileiro após inúmeras tentativas de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em busca da consolidação da equidade social. Entre seus objetivos, destacam-se elencar, aperfeiçoar e definir responsabilidades sanitárias e de gestão por meio de três componentes: o pacto pela vida (PV), o pacto em defesa do SUS (PdSus) e o pacto de gestão (PG) (FADEL et al. 2009).

O PV é “o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades, estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira”. As prioridades pactuadas apresentam-se divididas em seis grandes blocos: a saúde do idoso, o controle de câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b).

A partir das prioridades estabelecidas no PV, viu-se a necessidade de se intervir na saúde da população, através de medidas preventivas de saúde como o incentivo a uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, o saneamento básico, a coleta de lixo seletiva dentre outros, buscando uma melhor qualidade de vida dos brasileiros (SCRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

As prioridades são postas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, incumbindo aos estados, regiões e municípios

acordarem as obras indispensáveis para o alcance das metas e dos objetivos propostos. Uma das prioridades pactuadas é a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (LOBO; LIMA; ACIOLI, 2011).

O Pdsus expressa “o compromisso entre os gestores do SUS com o desenvolvimento e a articulação de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública” (Brasil, 2006a). Assim, por meio de iniciativas como a repolitização da saúde, com a retomada das discussões sobre os desafios atuais e futuros do SUS, as novas modalidades de gestão, a ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais em prol da saúde e da cidadania, o controle social e ainda a transparência de seu processo de fiscalização (BRASIL, 2006b).

O PG estabelece “as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde” (BRASIL, 2006b).

As maneiras de colocar em prática os princípios do SUS, da universalidade no acesso aos serviços disponíveis, à igualdade no tratamento entre as pessoas e equidade na distribuição dos serviços são chamadas de diretrizes do SUS. Elas são três:

- Descentralização que é a transferência de serviços de saúde do governo federal para os governos estaduais e alguns serviços dos estados para os municípios;

- O atendimento integral, isto é, os serviços devem realizar ações de atendimento às pessoas para que recuperem a saúde e também previnam a ocorrência de doenças. Isto se denomina de atividades assistenciais e preventivas;

- A participação da comunidade que significa a participação da população usuária para definir as prioridades no atendimento e fiscalizar o emprego de recursos financeiros e não financeiros no SUS (BRASIL, 2011a).

3.2.2 O SUS e suas práticas - A Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Atenção Básica tem como principal característica incluir ações de saúde, individual e coletivamente, que envolva a promoção e a proteção da

saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É a porta de entrada dos usuários aos sistemas de saúde, que são regidos pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011a).

A tarefa de coordenar, em nível local, o incremento da atenção básica com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade do atendimento parece ainda mais complexa, revelando a importância das diversas propostas em curso de regionalização e de criação de consórcios intermunicipais. A integralidade da atenção como princípio do SUS é inquestionável. Mas, sem o fortalecimento da rede básica de serviços e mudança do modelo assistencial, sua implementação e resultados são extremamente incertos (BODSTEIN, 2002).

Criada, em 1994, a ESF serviu para aperfeiçoar e reordenar esse modelo assistencial de saúde, uma vez que não está centrada somente na assistência à doença, e sim em formas de intervir nos fatores que possam vir prejudicar a qualidade de vida dos usuários. A atenção básica atua como parte fundamental nesse processo de promover as melhorias imediatas em prol da saúde da população, pois busca facilitar o acesso aos serviços de saúde (REVISTA SAÚDE PÚBLICA, 2000).

Para Faria et al (2010), a ESF é uma transformação no modelo de assistência à saúde, uma vez que estabelece uma maior resolutividade dos problemas relacionados às famílias assistidas.

A operacionalização da Estratégia Saúde da Família vai de encontro às mudanças do paradigma na área da saúde, tendo como modelo ações de promoção, proteção da saúde e prevenção das doenças e atenção integral às pessoas através dos programas (SANTOS, 2009).

As equipes da ESF são responsáveis por acompanhar um determinado número de famílias, em área geográfica delimitada, atuando em ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação das doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde das respectivas famílias. As equipes devem ser compostas por, no mínimo, um médico generalista ou da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes

Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser complementadas por equipes de saúde bucal composta por um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário e/ou de um técnico de higiene dental (BRASIL, 2007b).

As equipes atuam realizando o cadastramento domiciliar e a análise situacional das famílias assistidas, de forma pactuada, buscando encontrar soluções para os problemas de saúde, e desenvolvendo atividades de acordo com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2007b).

O seu financiamento vem através da NOB 01/96 do Ministério da Saúde, e o pagamento é em função da cobertura populacional, e não por produção de serviços. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, mil famílias, residir no município em que atua, e os ACSs devem residir em sua área de atuação, pois são esses profissionais que possuem um maior vínculo com as famílias assistidas (REVISTA SAÚDE PÚBLICA, 2000).

3.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS ENQUANTO SERVIÇO MUNICIPAL DE REGULAÇÃO

No SUS, apesar dos resultados obtidos, ainda existem algumas contradições e barreiras socioculturais, políticas e econômicas que impedem a consolidação do sistema, como: a não regulação pelo Estado; a desigualdade no acesso da população ao sistema; a falta de estrutura dos hospitais, que, na maioria dos municípios, são de pequeno porte e com recursos humanos e tecnológicos pouco qualificados; redes assistenciais fragmentadas; falhas no atendimento na atenção básica e no mecanismo regulador (PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

Em relação a nossa realidade estadual, consta que o Estado do Rio Grande do Norte apresenta uma área geográfica de 52.796,791 e encontra-se político e administrativamente dividido em 167 municípios, dos quais 50,90% possuem população menor que 10.000 habitantes. Sua rede assistencial possui 3.150 estabelecimentos de saúde registrados no CNES sendo 47,56% de natureza pública e 52,44% de natureza privada e filantrópica. Na atenção hospitalar estão cadastrados 107 estabelecimentos (82 gerais e 25 especializados), dos quais 63(58,88%) são de natureza pública (53 gerais e 10

especializados) e 04 hospitais dia de natureza privada (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

A portaria nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS está organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e tem como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A portaria supracitada, em seu Art. 6º, § 3º, diz que os processos de autorização de procedimentos, como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o

acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência baseado nos processos de programação assistencial.

A Regulação Assistencial ou regulação do acesso à assistência, segundo Gonçalves et al ([2011?] p.06), pode ser definida como “um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado”.

O principal objetivo da regulação da assistência é prover a equidade no acesso aos serviços de saúde garantindo, assim, a integralidade da assistência e a adequação assistencial que atenda de forma adequada às necessidades imediatas do usuário. Esse processo deve ser programado, devendo-se avaliar os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência (BRASIL, 2007a).

A Portaria nº 1.268 de 14 de Novembro de 2013, no seu Art. 2º, exclui o termo CENTRAL DE REGULAÇÃO, redefinindo sua descrição para CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO, que consiste no estabelecimento de saúde responsável por receber, qualificar e ordenar a demanda por ações e serviços de saúde de referência, com base em protocolos de regulação, disponibilizando o acesso à alternativa assistencial mais adequada e oportuna à necessidade do usuário.

A mesma portaria, em seu art. 3º, caput 2º, 4º e 5º, define também os serviços de regulação ambulatorial, nacional e estadual de alta complexidade como sendo:

-§2º REGULAÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE o serviço de regulação do acesso às consultas, exames e procedimentos vinculados à alta complexidade, executados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal.

- §4º Define-se como REGULAÇÃO NACIONAL DE ALTA COMPLEXIDADE o serviço de saúde responsável pela coordenação da referência interestadual de usuários do SUS para procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos de alta complexidade nas clínicas de oncologia, cardiologia, gastroenterologia: cirurgia bariátrica, neurologia, traumatologia e demais clínicas e procedimentos que forem estabelecidos em portarias

específicas para a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC).

- §5º Define-se como REGULAÇÃO ESTADUAL DE ALTA COMPLEXIDADE o serviço estadual de saúde responsável pela regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos de alta complexidade nas clínicas de oncologia, cardiologia, gastroenterologia: cirurgia bariátrica, neurologia, traumatologia ortopedia e demais clínicas e procedimentos que forem estabelecidos em portarias específicas para a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), quando a oferta do estado for insuficiente ou ausente e quando se tratar de unidade executante.

A Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC) foi criada através da Portaria GM/MS n. 2.309/2001, publicada pelo Ministério da Saúde, em atendimento às solicitações dos gestores para a organização da porta de entrada do sistema de saúde naquelas situações em que, no território do estado, não existisse disponibilidade do serviço ou fosse insuficiente para atendimento da necessidade do usuário. Os gestores também se preocupavam com a necessidade de regular o fluxo dos pacientes que precisavam receber procedimentos de alta complexidade, onerosos aos orçamentos de estados e municípios (BRASIL, 2011a).

Segundo a NOAS, a estruturação das ações de regulação assistencial deve ocorrer por meio da implantação de complexos reguladores, entendidos como uma ou mais centrais de regulação, que por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames, de leitos, de equipamentos, etc (BRASIL, 2006c).

Os serviços de Alta Complexidade têm sido descentralizados na medida em que as redes regionais estão sendo implantadas, deslocando-se o atendimento de Natal e Mossoró, para os municípios sede das demais regiões, determinando uma maior facilidade de acesso dos usuários. A instalação dos Colegiados Gestores Regionais, por outro lado, tem facilitado o processo de regionalização da atenção, mas tem esbarrado na baixa resolutividade de grande parte das unidades de referência do interior do Estado (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

Segundo os dados disponibilizados pelo RIO GRANDE DO NORTE (2012), os procedimentos de alta complexidade mais regulados pelo Estado estão apresentados na tabela abaixo:

Alta Complexidade	Produção/Mês	Produção Regulada	% Regulado
Cardiologia	270	270	100
Medicina Nuclear	1.041	1.041	100
Radiologia intervencionista	326	321??	100
Radiologia não intervencionista	9.590	9.590	100
TRS	1.202	1.202	100
Quimioterapia	3.936	3.936	100
Radioterapia	399	399	100
OUTROS	176	176	100
	16.940	16.935	

Fonte: RIO GRANDE DO NORTE, 2012

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva exploratória com abordagem quantiqualitativa.

Para Gil (2010), a pesquisa tem o objetivo de proporcionar ao pesquisador as respostas dadas aos problemas que estão sendo pesquisados, descrevendo as características de forma fidedigna. Ou ainda, segundo Marconi e Lakatos (2010), descobrir novos fenômenos ou relação entre eles.

A pesquisa descritiva tem por objetivo descrever e analisar as características das relações resultantes de um determinado fenômeno, população ou de uma experiência. Essas pesquisas quando associadas as do tipo exploratórias, são as preferidas pelos pesquisadores e as solicitadas pelas instituições educacionais, uma vez que permite uma maior aproximação entre o pesquisador e o tema pesquisado (RICHARDSON, 2010).

A pesquisa quantitativa é utilizada para descrever as características de determinadas situações, medindo numericamente as hipóteses que são questionadas no problema pesquisado. As informações são colhidas através de questionários estruturados, com perguntas claras e objetivas, o que garante a uniformidade de entendimento dos entrevistados (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa tem a melhor resposta quando se deseja investigar grupos ou uma determinada população, e sua finalidade é transformar as ideias de um modelo teórico para uma eficiência prática podendo ou não, o pesquisador influenciar ou ser influenciado pelo fenômeno pesquisado.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde está localizada a Central de Regulação de alta complexidade, situada à Rua Pedro Alves Cabral, s/n, Bairro Aeroporto, Mossoró-RN. O local foi escolhido

por ser o único onde os usuários podem realizar a marcação dos procedimentos de alta complexidade.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O termo população se define como um conjunto de elementos que possuem determinadas características, já a amostra é o subconjunto da população (RICHARDSON, 2010).

A população do presente estudo foi composta por usuários do SUS escolhidos de forma aleatória, haja vista os critérios de inclusão ser: idade acima de 22 anos, que se encontrem presentes na central de regulação de alta complexidade durante a coleta de dados; estarem em plena condição de saúde mental, que aceitem participar da pesquisa e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

A amostra foi composta por 25 (vinte e cinco) usuários dos SUS, que buscavam o serviço no momento da coleta de dados.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi aplicado um formulário (APÊNDICE B), composto de perguntas que se adéquam à temática com vistas a possibilitar-nos perceber AS DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PACIENTES NA REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN.

O formulário foi preenchido pelo entrevistador no momento da pesquisa, sendo composto por um roteiro de perguntas fundamentais e determinantes para a investigação social em que as informações são obtidas diretamente do entrevistado (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O Projeto de Pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e após a sua aprovação, a Unidade escolhida foi visitada pela pesquisadora associada que informou à

direção da Unidade os objetivos da pesquisa, bem como buscou a autorização da Diretora do Departamento de Regulação para a realização da mesma.

Em seguida, foi realizado o contato com a população pretendida (a partir do seu comparecimento à Unidade) e a pesquisadora associada, para a coleta dos dados propriamente dita, durante os meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2014.

A coleta foi realizada na Central de Regulação para melhor conveniência dos pesquisados. Os usuários foram informados sobre os objetivos e finalidades da pesquisa e os primeiros 25 (vinte e cinco), que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando participar do estudo.

Os dados foram coletados através de um formulário composto por perguntas abertas e fechadas que, segundo Gil (2010), pode ser entendido como “um conjunto de questões respondidas por escrito pelo pesquisado”. O formulário é preenchido pelo entrevistador no momento da pesquisa, sendo composto por um roteiro de perguntas fundamentais e determinantes para a investigação social em que as informações são obtidas diretamente do entrevistado (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantificados foram analisados através da estatística descritiva, portanto foram utilizadas literaturas variadas com recursos que possibilitaram avaliar determinada relação ou problema. Foram apresentados na forma de gráficos e em seguida discutidos conforme literatura consultada (GIL, 2010).

Para os dados qualitativos foi utilizada a análise temática de conteúdo que, segundo Bardin (2009, p.40), pode ser definida como:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Ainda segundo Bardin (2009, p.121), as fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos: A pré-análise: que objetiva a sistematização para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação).

Os formulários foram aplicados pela pesquisadora associada e posteriormente analisados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada obedecendo aos princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Obedeceu, também, à Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que permite a tais profissionais realizar pesquisa com seres humanos, bem como orientá-los quanto ao seu comportamento no seu campo de pesquisa, respeitando todas as formas éticas na sua legalidade (COFEN, 2007).

Este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE, seguindo os trâmites legais, orientações e normas para que assim fosse realizada a coleta dos dados.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas do projeto de pesquisa foram de total responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) disponibilizou todo o seu acervo bibliográfico, assim como a orientadora e a banca examinadora.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

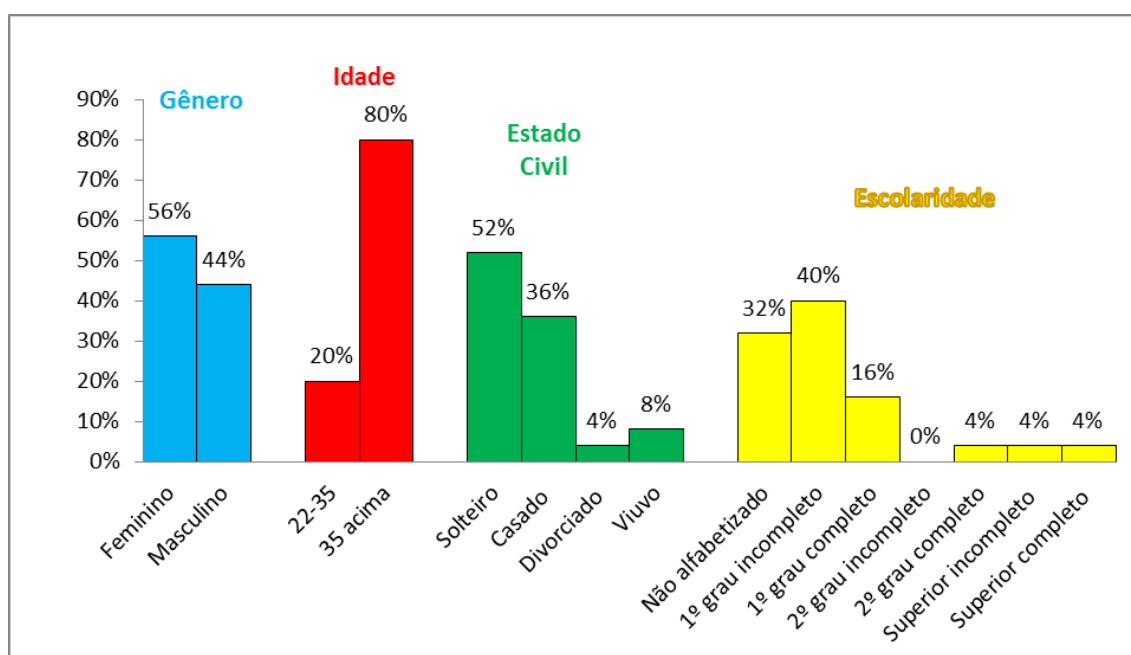
Abaixo seguem os resultados da pesquisa. Na primeira parte, serão apresentados a análise dos dados quantitativos e, posteriormente os dados qualitativos.

5.1 ANÁLISE DOS DADOS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A coleta dos dados quantitativos foi realizada através de um formulário (APÊNDICE B) e apresentado por meio de gráfico único em colunas, onde é possível identificar os aspectos pessoais dos usuários entrevistados como: gênero, idade, estado civil e escolaridade. Para Bardin (2009), quantificar as informações coletadas em categorias atribui à investigação o que ambos têm em comum.

Os dados coletados foram analisados e interpretados da seguinte forma:

Gráfico 1 – Caracterização da amostra sequencialmente quanto ao gênero, idade, estado civil e escolaridade.



FONTE: PESQUISA DE CAMPO, FACENE-RN 2014

Foram entrevistados 25 usuários da Central de Regulação. De acordo com o gênero, 56% dos entrevistados são do sexo feminino e de 44% do sexo masculino.

Estudos feitos por Machin et al (2011) mostra que as mulheres são as que mais procuram os serviços de saúde por uma questão cultural de ser mais frágil e sensível, enquanto que os homens são mais viris e tendem a reprimir as necessidades de cuidado com a saúde. Às mulheres atribuem-se a prática preventiva; enquanto que aos homens, à curativa.

De acordo com Gomes; Nascimento; Araújo (2007, p.571)

Os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento. Além disso, o mercado de trabalho geralmente não garante formalmente a adoção de tal prática, portanto, o homem em dado momento pode ser prejudicado e sentir seu papel de provedor ameaçado (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Apesar de a pesquisa mostrar pouca diferença em relação à busca pelo serviço de alta complexidade, sabe-se que a mulher é quem está mais presente nos serviços de saúde, seja para ela mesma, para um filho, o marido ou até mesmo um vizinho.

De acordo com a idade, 80% dos participantes da pesquisa têm de 35 anos acima, sendo apenas 20% com idade entre 22 e 35 anos.

Tavares et al (2013), mostra que a prevalência das doenças crônico-degenerativas e o envelhecimento biológico, faz com que os usuários utilizem mais os serviços de saúde exigindo mais recursos dos Governos. Brasil (2012b) complementa afirmando que essa prevalência “causa impacto nos serviços de saúde que não dispõe de infraestrutura humana e material capaz de atender tal demanda”.

Em relação ao estado civil, 52% dos entrevistados são solteiros; 36% casados; 4% divorciados e 8% viúvos.

Em relação à escolaridade, 32% dos entrevistados não são alfabetizados; 40% tem o 1º grau incompleto; 16% tem o 1º grau completo; 4% tem o 2º grau completo e, apenas, 4% tem o curso superior completo e 4% tem o superior incompleto.

Outras pesquisas que tratam da procura por serviços de saúde corroboram com este resultado, apontando que os usuários de menor e média escolaridade são os que têm maior representatividade quando investigados acerca dos serviços de saúde (SILVA et al, 2011).

Esses dados nos permitem pensar que o quadro de saúde dos indivíduos e a sua procura nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS são influenciados pelas suas características socioeconômicas, o que afeta a vida dos indivíduos como um todo, expondo-o a contextos deficientes, desgastantes e geradores de doenças, evidenciando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (SCHWARTZ et al, 2010).

Uma pesquisa realizada por Gouveia et al (2009), corrobora com os resultados da pesquisa, uma vez que mostra o predomínio dos usuários do SUS com o 1º grau incompleto (63,9%) na busca pelos serviços de saúde.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA

Foi realizada uma análise qualitativa, utilizando a metodologia da análise de conteúdo e categorização proposta por Bardin, com o objetivo de proporcionar um melhor entendimento sobre os dados coletados. A análise foi dividida em cinco categorias: A - Procedimentos de alta complexidade procurados pelos usuários no serviço de regulação; B - Dificuldades encontradas pelos usuários para marcação de procedimentos de alta complexidade; C - Outros momentos de utilização dos serviços da regulação; D- A realização do exame após a liberação pela regulação e E - Sugestões para a melhoria da marcação dos procedimentos.

Através das categorias supracitadas, foi desenvolvida a análise dos dados, que está exposta da seguinte forma: fala dos entrevistados na íntegra, opinião da pesquisadora e citações de autores.

No intuito de garantir o sigilo dos usuários entrevistados, foram utilizados os seguintes codinomes: U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U8, U9, U10, U11, U12, U13, U14, U15, U16, U17, U18, U19, U20, U21, U22, U23, U24, U25.

CATEGORIA DA ANÁLISE:

5.2.1 Procedimentos de alta complexidade procurados pelos usuários no serviço de regulação

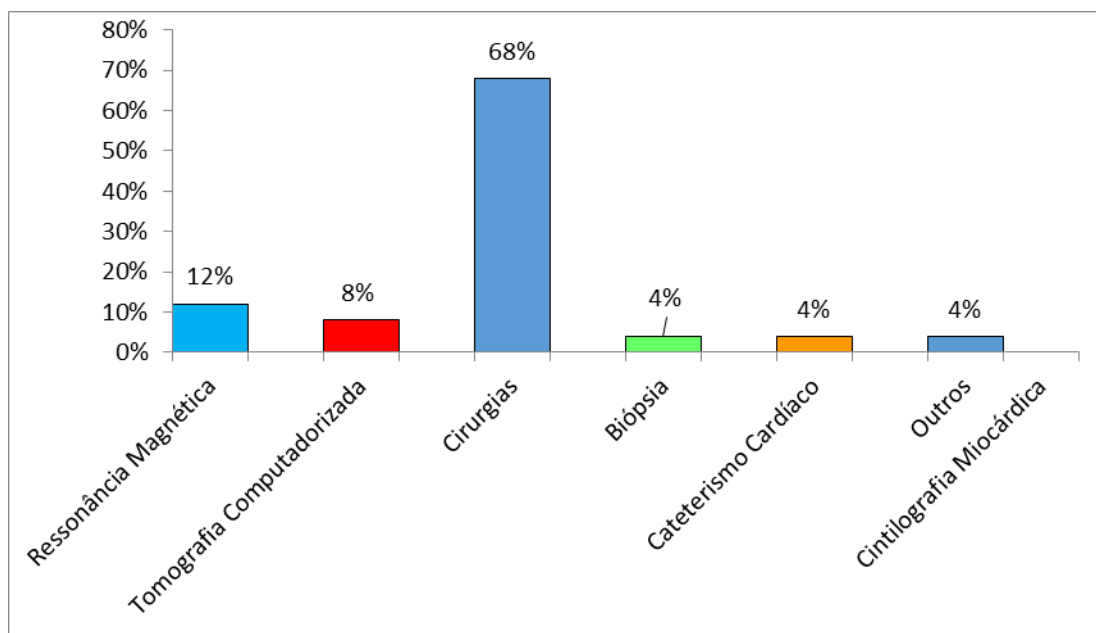
A regulação em saúde no SUS é um direito de todos os usuários e deve ser garantida pelo Estado. Está contemplada no Pacto pela Saúde, sendo definida como Política Nacional que deve garantir aos cidadãos brasileiros acesso equânime, universal e atenção integral para sua assistência (BRASIL, 2007a)

O Estado pode, integral ou parcialmente, assumir as funções de prestação de serviços de saúde, de regulação e de financiamento das ações e serviços de saúde. Entretanto, é bom frisarmos que a prestação desses serviços é diferente de outros bens e serviços. Regulação pode ser compreendida como:

“Uma ação complexa que compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos pontos de atenção à saúde ambulatoriais e hospitalares” (BRASIL, 2011, p. 17).

Portanto, é necessário que o sistema de regulação seja eficiente e capaz de atender as demandas da população, a fim de que se garanta o atendimento de forma integral.

Gráfico 2 - Procedimentos mais procurados na regulação de alta complexidade



FONTE: PESQUISA DE CAMPO, FACENE-RN 2014

Observa-se, no gráfico, que os procedimentos mais procurados na Regulação de Alta Complexidade são as ressonâncias magnéticas (12%), as tomografias computadorizadas (8%) e as cirurgias (68%).

Gomes et al (2014, p.32) traz que algumas dimensões políticas estão referenciadas na discussão desse fenômeno relacionado à procura da população por procedimentos de alta complexidade, podendo citar entre eles, os interesses econômicos associados à pressão para incorporação tecnológica, a integralidade da assistência terapêutica, o fortalecimento das iniquidades e a sinalização das deficiências e gargalos da assistência à saúde no país.

Esses “gargalos” estão relacionados à falta de profissionais habilitados, prestadores e equipamentos que sejam suficientes para contemplar as necessidades dos usuários do SUS.

5.2.2 Dificuldades encontradas pelos usuários para marcação de procedimentos de alta complexidade

Ao questionar os usuários sobre as dificuldades encontradas para realizar a marcação do procedimento solicitado, 72% (Usuários 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25) afirmaram não encontrar nenhuma dificuldade, uma vez que, para solicitar os exames, o paciente deve dirigir-se à Central de Regulação (CR) munido da solicitação médica, exames anteriores, xerox de RG, CPF, cartão nacional de saúde (CNS) e comprovante de residência.

O serviço de alta complexidade, em Mossoró-RN, atualmente está sob gestão do Estado, que é quem contrata os serviços. O município atua como intermediador entre o paciente e o prestador de serviço.

Com a documentação necessária, dar-se entrada na solicitação através do Sistema Integrado de Gerenciamento de Usuários do SUS (SIGUS), que permite a identificação do usuário, para posterior autorização do exame pelo médico autorizador. O procedimento solicitado só será realizado após a liberação da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

Os Usuários 1, 2, 8 e 9 afirmam, respectivamente, que:

“A dificuldade é só pra vir marcar. E também tem que esperar muito porque daqui que libere...”

“A dificuldade foi só para chegar aqui. Pra poder “vim” as estagiárias do posto fizeram um cota pra pagar o táxi.”

“A dificuldade é ter que vir pra esse fim de mundo! Pra marcar aqui é rápido...”

“Pra marcar não é ruim. O ruim é pra gente fazer o exame.”

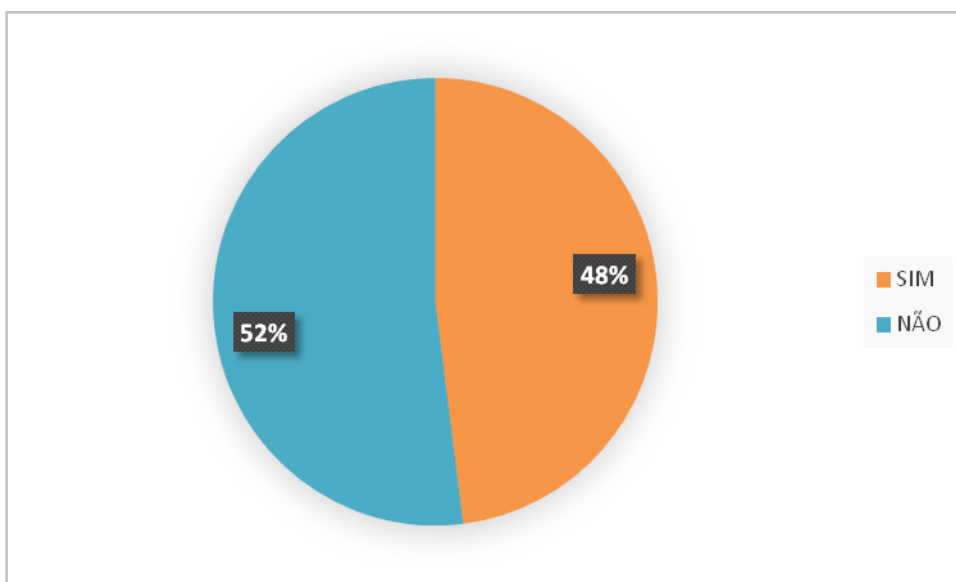
Como podemos perceber, as falas acima são bastante semelhantes, evidenciando que as dificuldades encontradas estão relacionadas ao acesso ao

estabelecimento, sendo que a maioria dos usuários enfatizam a demora para a realização do exame.

Pontes et al (2010, p.576), ressalta que “o acesso aos serviços de saúde proporcionado pelo SUS contribui de forma significativa para sua satisfação, especialmente os de alta complexidade”.

5.2.3 Outros momentos de utilização dos serviços da regulação

Gráfico 3 - Outros momentos de utilização dos serviços da regulação



FONTE: PESQUISA DE CAMPO, FACENE-RN 2014

Podemos observar que existe um equilíbrio entre os usuários que acessam o serviço pela primeira vez (52%) e os casos recorrentes (48%). Essa recorrência pode estar relacionada à possibilidade de doenças crônicas, uma vez que os usuários realizam os procedimentos e, com o tempo, necessitam retornar para realizá-los.

Segundo o relatório de equipamentos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (ANEXO A), na cidade de Mossoró-RN

existem, atualmente, 08 aparelhos de Tomografia Computadorizada e 04 aparelhos de Ressonância Magnética.

Os dados do SIGUS, de 01 de Janeiro de 2014 até o dia 01 de Novembro do mesmo ano (ANEXO B), mostram que foram realizados 6.221 procedimentos de alta complexidade, totalizando um valor de R\$ 1.318.953,75 (Um milhão trezentos e dezoito mil reais, novecentos e cinquenta e três reais e setenta e cinco centavos).

5.2.4 A realização do exame após a liberação pela regulação

Ao serem questionados sobre essa categoria, 52% dos usuários (2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 18, 21, 23, 24 e 25) afirmaram ser a primeira vez que buscam o serviço de alta complexidade, ficando evidenciado a crescente demanda pelos serviços de alto custo, que pode estar relacionada com a falta de critério dos médicos da atenção primária à saúde na solicitação desses procedimentos, já que existem exames menos complexos como Raio-X e ultrassonografia (USG), que são decisivos para suspeição e/ou diagnóstico de patologias sensíveis aos mesmos, ao invés de partir para os exames mais complexos e, conseqüentemente, mais onerosos para o município.

Em consequência do aumento dos procedimentos de alto custo, vem a demora para a realização do procedimento gerando revolta por parte dos usuários que esperam muito tempo pela liberação como mostram as falas abaixo:

U1:

“... Quase 1 ano. Isso revolta sabe? “Nóis” paga os impostos e quando precisa é essa demora.”

U9:

“Demorou bastante. Quando eu fiz o médico disse que num prestava mais e pediu outra. O pior é que só ganho um salário e tenho que me sujeitar a fazer pelo SUS.”

U13:

“A ressonância demorou 7 meses e foi mal feita. Não serviu para a cirurgia e tive que fazer outra particular.”

Além do incômodo e da ansiedade gerados pela espera por um exame, a demora, muitas vezes, pode levar ao agravamento da patologia que levou o usuário a buscar o serviço de saúde. Devido a essa demora muitos usuários, mesmo sem condições financeiras, optam por procurar realizar o exame solicitado em serviços de saúde particulares, o que gera insatisfação em relação ao SUS.

Para Clares et al (2011, p.5) as insatisfações “podem ser entendidas não como uma falha ou incompetência da gerência, mas como um possível excesso de demanda por algumas especialidades do serviço”.

Evangelista, Barreto e Guerra (2008, p.767) afirmam que, com o aumento dos procedimentos de alta complexidade e o crescimento desigual na oferta dos serviços, médicos-hospitalares especializados “aumentam os desafios para que a equidade seja concretizada, com o acesso da população a uma assistência de forma adequada, oportuna e de acordo com suas necessidades”.

O mercado é incapaz de produzir equidade, por isso, incapaz também de atuar como autoridade no sistema de saúde. Portanto, o setor saúde precisa de algum grau de intervenção estatal. Apesar do papel inalienável do gestor dos recursos públicos, que é garantir a alocação com eficiência e equidade dos recursos disponíveis, não está afastada a possibilidade da ação ineficiente e injusta do Estado (BRASIL, 2011b).

Particularmente em Mossoró, esse excesso de demanda se dá em virtude do aumento de pacientes oncológicos que necessitam que o procedimento seja liberado mais rápido para iniciar o tratamento quimioterápico ou radioterápico, como relata os usuários U22 e U4:

“Não [...] houve uma agilidade maior porque o paciente estava com câncer.”

“Demorou não graças a Deus! Com 1 semana liberou.”

Realmente existe uma triagem do médico autorizador com base nos exames apresentados, durante a solicitação dos procedimentos, em que os pacientes no atendimento.

Em decorrência da falta de um bom critério de solicitação dos exames de alta complexidade, uma vez que esses pacientes não vão se enquadrar como prioritários, e ainda em função do crescimento da demanda de pacientes oncológicos, há o aumento da fila de espera na regulação.

U20:

“Demorou e muito! Passei 6 meses só rodando feito besta... Já ia entrar na justiça quando saiu.”

U5:

“3 meses. Acho isso um absurdo! Devia ser liberado logo!”

U16:

“Faz mais de 1 ano que minha ressonância está aqui.”

A longa espera faz com que os usuários busquem a judicialização para acelerar o processo de liberação do procedimento, ocasionando forte impacto no orçamento do município, que é obrigado a cumprir a lei (GOMES et al, 2014).

5.2.5 Sugestões para a melhoria da marcação dos procedimentos.

A acessibilidade aos serviços de saúde, assim como um bom relacionamento entre os usuários e os profissionais de saúde propiciam uma maior satisfação em relação aos serviços de saúde ofertados e, conseqüentemente, a horizontalidade do cuidado, refletindo diretamente na qualidade dos serviços prestados (CLARES et al, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, a regulação tem que manter o usuário o mais próximo possível de sua origem. Quem tem que circular dentro do sistema é a informação e não o paciente. Sendo assim, a regulação torna-se efetiva a partir do momento em que a informação passar a fluir em todo o sistema de saúde (BRASIL, 2011a).

Essa efetividade poderá tornar-se realidade a partir do momento em que a gestão municipal dotar os serviços de saúde de estrutura física adequada, recursos humanos mais criteriosos, sistema de informatização eficiente, de modo que o médico das UBSs possa realizar o cadastro dos pacientes no sistema.

U2:

“...queria que a médica ou a enfermeira do posto marcasse meus exames porque eu sou analfabeta...sou pobre né minha filha!...”

U4:

“Que o médico mesmo possa marcar...É muito difícil pra mim[...]”

Dentre as questões relatadas pelos usuários, a questão da precariedade do transporte público na cidade foi bastante citada, como está evidenciado nas falas a seguir:

U5

“...Depender de ônibus é muito ruim. Queria que liberasse mais rápido o exame porque quem é pobre e tá doente não pode esperar muito não...”

U17

“...eu acho muito longe. Deveria fazer em outros locais também. É horrível chegar até aqui...”

U10

“...Eu tô gostando do atendimento. Só acho muito distante da minha casa [...]. Lá não passa ônibus.”

U12

“Tá melhorando mas precisa melhorar muito mais. Onde eu moro é difícil passar ônibus...Aqui é muito longe.”

A falta de transporte público na cidade de Mossoró é um problema que se arrasta há muitos anos. Uma reportagem aponta que o transporte público na cidade está acabando e mostra que há 10 anos a cidade contava com uma frota de 24 ônibus e atualmente existem apenas 10 ônibus em circulação (JORNAL DE FATO, 2014).

A escassez no transporte público contribui para a insatisfação dos usuários, pois os impede de realizar suas atividades diárias com mais agilidade.

U9

“...Que seja liberado logo meu exame porque eu tô numa situação muito difícil...O telefone daqui a gente morre de ligar e não atende ou está ocupado. Não tem quem dê uma informação direito...”

U20

“...Eu acho aqui muito distante...não tenho condições de ficar rodando...é um absurdo!”

U21

“...Eu acho aqui muito longe...”

U13

“Que seja marcado logo porque a pessoa com câncer não pode esperar...Moro na zona rural e gasta muito pra vir marcar...”

U8

“Que melhore as informações. Aqui na secretaria tem gente que nem sabe onde fica essa regulação...Tô cansado e fraco por causa do câncer. Acho que deveria ter outro lugar mais perto para marcar.”

U7

“O que eu sugiro é que a gente receba informações melhores...nada resolve...Se eu não precisasse não me sujeitava a essa humilhação...”

U1:

“...Aqui é longe demais da minha casa e tem que ficar sempre vindo pra saber se marcou porque esse telefone parece que é de enfeite...”

U16

“...Quero que melhore. Que o Ministério Público tome as providências...”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação em saúde no SUS é um direito de todos os usuários e deve ser garantida pelo Estado, devendo garantir aos cidadãos brasileiros acesso equânime, universal e integral para sua assistência em todos os níveis de atenção, mas sabemos que a realidade não é bem assim.

Este estudo possibilitou analisar as dificuldades encontradas por pacientes na regulação de alta complexidade no município de Mossoró-RN, caracterizando a situação social dos entrevistados, descrevendo, na opinião dos mesmos, os procedimentos procurados na alta complexidade e analisar suas sugestões para a melhoria da acessibilidade ao serviço.

Quanto a situação social dos entrevistados foi caracterizada como predominantemente do sexo feminino, acima de 35 anos, solteiro e com ensino fundamental incompleto, seguindo a tendência de outros estudos que também avaliam este aspecto.

Quanto aos procedimentos procurados na alta complexidade, observou-se que predominaram as ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas e cirurgias, o que demonstra a relação deste resultado com outros fenômenos observados em nível nacional. Isso demonstra a cultura arraigada da população em relação a um modelo curativista, biologicista e centrado na doença e na tecnologia.

Observa-se também que as dificuldades encontradas pelos usuários do serviço de regulação de alta complexidade estão relacionadas ao acesso ao estabelecimento, embora a maioria enfatiza a demora em realizar o exame. Chamou-nos a atenção o fato de que, devido a essa demora enfatizada pelos usuários, muitos deles, mesmo sem condições financeiras, optam por realizar o exame solicitado em serviços de saúde particulares, o que gera insatisfação em relação ao SUS.

Sobre a opinião dos entrevistados acerca das sugestões para a melhoria da acessibilidade do serviço, muitos enfatizaram que é importante que haja uma melhoria no transporte público, já que isso implica em uma dificuldade de acesso à regulação de alta complexidade. Ressaltam, também, a localização do serviço como algo que não contribui para a efetivação das suas necessidades.

Sugeriram, também, para que os exames sejam providenciados de maneira mais rápida, devido as suas necessidades serem consideradas urgentes. Suas falas também refletem uma necessidade de informações e uma comunicação mais precisa entre os profissionais que compõem o serviço de regulação e todos os outros níveis de atenção do SUS, os quais eles usufruem, como a atenção básica, por exemplo.

Pretende-se encaminhar os resultados desta pesquisa para publicação na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança da Facene/Famene, como também, divulgar entre a equipe da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, instituição onde os dados foram coletados.

Pode-se perceber, ao finalizar este trabalho, que a regulação de alta complexidade do município de Mossoró-RN, apresenta dificuldades em atender as necessidades da demanda gerada pelos usuários do SUS, gerando uma insatisfação quanto aos serviços disponibilizados pelo SUS.

Assim destacamos a necessidade de a regulação de alta complexidade do Município de Mossoró desenvolver algumas melhorias ligadas aos aspectos do serviço em si e também de toda a rede de atenção em saúde, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos inerentes à relação médico-paciente, entre outros.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide N. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011, 189p.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BEZERRA, Cícero I. L. **Sistema Único de Saúde (SUS): Revisão para concursos**. João Pessoa, 2009.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n.3, p.401-412, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232002000300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 Mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12Abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012a. 110p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012b. (v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 04 de Abr de 2014.

BRASIL. **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011b. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4). Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf> Acesso em: 20 Out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde no SUS**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos - 2008-2011**. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 138p. (SérieC. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 21 maio 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **Entendendo o SUS**. 2006a. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 14 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS**. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 68p. (SérieC. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente/Desktop/MONOGRAFIA/BRASIL,%202004.pdf>>. Acesso em 26 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/.../326983.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2014.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de Maio de 2003**. Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 18 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. 2. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 43p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). **Norma Operacional Básica SUS1/91**. Resolução 273/91. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de julho de 1991. Seção 14, p.216-219, 1991.

CLARES, Jorge W. B.; SILVA, Lucilane M. S. da; DOURADO, Hanna H. M.; LIMA, Leilson L. de. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, 2011: 604-9. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a17.pdf>> Acesso em 20 Out 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em:

<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 12 abr. 2014.

CUNHA, João P. P.; CUNHA, Rosani E. **Sistema Único de Saúde: princípios**, v.1,p.1-17, [2012?]. Disponível em: <w3.ufsm.br/ivap/SUS.doc>. Acesso em: 09 mar.2014.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, cap.3, p.279-322.

EVANGELISTA, Patrícia A.; BARRETO, Sandhy M.; GUERRA, Henrique L. Central de Regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.767-776, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400006> Acesso em: 02 Nov 2014.

FADEL, Cristina B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.2,p.445-456, 2009. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/2410/241016443007.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

FARIA, Horácio P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**.2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, COOPMED, 2010.72p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

FIGUEIREDO, Nélia M. A. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**.São Paulo: Yendis, 2007.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF): comentado**. Goiânia: AB, 2008.

GIL, Antônio C. **Como Elaborar Projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2012.1110p.

GOMES, Fernanda F. C.; CHERCHIGLIA, Mariângela L.; MACHADO, Carlos D.; SANTOS, Viviane C. dos; ACURCIO, Francisco A.; ANDRADE, Eli I. G. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1: 31-43, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176812>>. Acesso em 25 Out 2014.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine F. do; ARAÚJO, Fábio C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.565-574, mar. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015>. Acesso em: 2 Nov 2014.

GONÇALVES, Ingrid M. et al. Avanços e resultados da regulação do acesso aos serviços de saúde no SUS de Minas Gerais. In: **Congresso Consad de Gestão Pública**, 3, 2010, Brasília. Anais... Brasília: CONSAD, 2010.

GOUVEIA, Giselle C.; SOUZA, Wayner V. de; LUNA, Carlos F.; SOUZA-JÚNIOR, Paulo R. B. de; SZWARCOWALD, Célia L. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.3, p.281-96, 2009.

JORNAL DE FATO: Sindicato aponta que o transporte público em Mossoró está acabando. Mossoró, 30 abr. 2014. Disponível em:

<<http://www.defato.com/noticias/34601/sindicato-aponta-que-transporte-pablico-em-mossora-esta-acabando>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

LOBO, Fernanda S.; LIMA, Ísis F. dos S.; ACIOLI, Karen L. B. O Pacto pela Saúde. In: AGUIAR, Zenaide N. **SUS: Sistema Único de Saúde**, antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

MACHIN, Rosana; COUTO, Márcia T.; SILVA, Geórgia S. N. da; SCHRAIBER, Lilia B.; GOMES, Romeu; FIGUEIREDO, Wagner S; VALENÇA, Otávio A; PINHEIRO, Thiago F. Concepção de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4503-4512, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200023&script=sci_arttext > Acesso em 02 Nov 2014.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NORONHA, José C. de; LIMA, Luciana D. de; MACHADO, Cristiani V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2012.1110p.

OHARA, Elisabete C. C.; SAITO, Raquel X. S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2008.

PAIM, Jaimilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. (Série: Saúde no Brasil, v.1). Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

PIRES, Maria Raquel G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p.1009-1019, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/007.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2014.

POLIGNAMO, Marcos V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. [2001]. 35p. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/Ces/arquivos/2165/livros>. Acesso em: 25 abr. 2014.

PONTES, Ana Paula M. de; CESSO, Rachel G. D.; OLIVEIRA, Denize C. de; GOMES, Antônio M. T. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 574-80, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000400012&script=sci_arttext> Acesso em 02 Nov 2014.

PRADO, Sonia R. L. A.; FUJIMORI, Elizabeth; CIANCIARULLO, Tamara I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.3.p.399-407, jul/set 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a04v16n3>. Acesso em: 25 abr. 2014.

REIS, Denizi O.; ARAÚJO, Eliane C. de; CECÍLIO, Luiz C. O. **Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde. Módulo político gestor. Especialização em saúde da família**, [2010?]. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/unidad_e_4.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2014.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. Departamento de Atenção Básica- Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Saúde da Família**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RIO GRANDE DO NORTE (Estado). SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP. **Proposta de ampliação e/ou implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde do estado do Rio Grande do Norte, CNES 5672465**. Natal, 2012.

SANTOS, Maria Cristina H. Atenção Básica. In: KAWAMOTO, Emilia E.; SANTOS, Maria Cristina H.; MATTOS, Thalita M. (Org.). **Enfermagem Comunitária**. 2. ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 2009.

SCATENA, João H. G; TANAKA, Oswaldo Y. Os Instrumentos Normatizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São

Paulo, v. 10, n. 2, p.47-74, 2001. Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2014.

SCHNEIDER, Alessandra et al. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** 2.ed. rev.atual. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2009. Disponível em:
<200.18.45.28/sites/residência/images/disciplinas/Pacto_pela_saude_possibilidades_realidade_2ed.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2014.

SCHWARTZ, Talita D.; FERREIRA, Josilda T. B.; MACIEL, Ethel L. N.; LIMA, Rita de Cássia D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, n.15, v.4: 2145-2154, 2010.

SCRAIBER, Lilia B; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.7-17, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2014.

SILVA, Zilda P.; RIBEIRO, Manoel C. S. dos; BARATA, Rita B.; ALMEIDA, Márcia F. de. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.16, v.9: 3807-3816, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000016&script=sci_arttext> Acesso em 02 Nov 2014.

SOUZA, Geórgia C. A; COSTA, Iris C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2014.

TAVARES, Keila O.; SCALCO, Janaína C.; VIEIRA, Lyziana; SILVA, Joseane R. da; BASTOS, Carmem Célia C. B. Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n.3, p.105-118. Disponível em:
<<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8979>>. Acesso em 13 Nov 2014.

TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do sistema único de saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em 02 Nov 2014.

APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada como **AS DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PACIENTES NA REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN** está sendo desenvolvida por Greycy Brasil Leite Vale de Moraes, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró sob a orientação da pesquisadora responsável professora e especialista Verusa Fernandes Duarte. A pesquisa apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar as dificuldades encontradas por pacientes na regulação de alta complexidade no município de Mossoró-RN. E os seguintes objetivos específicos: Caracterizar a situação social dos entrevistados; Descrever na opinião dos entrevistados os procedimentos procurados na alta complexidade; Analisar na opinião dos entrevistados as sugestões para a melhoria da acessibilidade do serviço.

A escolha sobre o tema regulação de alta complexidade deu-se em virtude de ser um problema de grande relevância no município, uma vez que há uma grande procura por parte dos usuários para a marcação dos procedimentos complexos e, também, devido à carência de estudos e publicações em relação à problemática escolhida.

Essa pesquisa será relevante para a formação acadêmica e profissional, por que visa contribuir para ampliar conceitos e proporcionar o conhecimento sobre a regulação de alta complexidade para a população assistida e a sociedade como um todo e, principalmente, para a gestão municipal haja vista a necessidade de conhecer conteúdo referente à temática abordada.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. As atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia-a-dia e em momento algum causam constrangimento à pessoa pesquisada. No entanto, os benefícios da pesquisa contribuirão para a ampliação do conhecimento frente à temática abordada entre outros.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da pesquisa. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário. Os usuários responderão as perguntas relacionadas à regulação de alta complexidade e os dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a

nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o usuário não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora responsável¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição para a realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o (s) objetivo (s), justificativas, direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE¹.

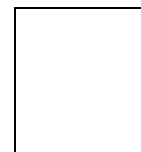
Estou ciente de que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/ 2014

Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte²

Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa/Testemunha



¹**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com

²Pesquisadora Responsável: Verusa Fernandes Duarte

Endereço profissional do Pesquisador:Rua Neide Maria da Silva, 128,Residencial Verona,apt.101,Dix-Sept Rosado, CEP: 59.609-440

E-mail do pesquisador: verusafd@facenemossoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

FORMULÁRIO

Parte I- Caracterização da Amostra

a) Gênero

 masculino feminino

b) Idade:

 22 anos a 35 anos 35 anos acima

c) Estado Civil:

 solteiro casado divorciado viúvo

d) Escolaridade:

 Não alfabetizado 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo Superior completo Superior incompleto**Parte II- Questões relacionadas à temática**

a) Qual o procedimento que fez o(a) senhor(a) procurar o serviço de regulação de alta complexidade?

 Ressonância Magnética Tomografia Computadorizada Quimioterapia Cirurgias Qual? _____ Biopsia

() Cateterismo Cardíaco

Outros:

b) Que dificuldades o(a) senhor(a) encontrou para a marcação do procedimento solicitado pelo médico?

c) O(a) senhor(a) em outro momento precisou utilizar o serviço de regulação de alta complexidade?

() Sim () não

Qual?

d) Após a liberação do procedimento pela regulação quanto tempo o (a) senhor (a) demorou para realizá-lo?

e) O(a) senhor(a) sugere algo para a melhoria na marcação dos procedimentos?

ANEXOS

ANEXO A – Relatório de equipamentos de saúde no município de Mossoró-RN

MINISTÉRIO DA SAÚDE	15/11/2014
SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

RELATÓRIO DE EQUIPAMENTOS

ESTADO:RIO GRANDE DO NORTE

MUNICIPIO:MOSSORO

Equipamento	Existentes	Em Uso
<u>EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA</u>		
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES	3	3
EMISSOES OTOACÚSTICAS EVOCADAS POR PRODUTO DE DISTORÇÃO	2	2
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO AUTOMATICO	1	1
POT EVOCADO AUD TRONCO ENCEF DE CURTA, MEDIA E LONGA LATENCIA	2	2
AUDIOMETRO DE UM CANAL	2	2
AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS	3	3
IMITANCIOMETRO	4	4
IMITANCIOMETRO MULTIFREQUENCIAL	3	3
CABINE ACUSTICA	4	4
SISTEMA DE CAMPO LIVRE	2	2
SISTEMA COMPLETO DE REFORÇO VISUAL(VRA)	2	2
GANHO DE INSERCAO	1	1
HI-PRO	2	2
TOTAL	31	31
<u>EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</u>		
Gama Camara	1	1
Mamografo com Comando Simples	2	2
Mamografo com Estereotaxia	2	2
Raio X ate 100 mA	4	4
Raio X de 100 a 500 mA	20	17
Raio X mais de 500mA	4	4
Raio X Dentario	9	9
Raio X com Fluoroscopia	1	1
Raio X para Densitometria Ossea	3	3
Raio X para Hemodinamica	2	2
Tomógrafo Computadorizado	8	8
Ressonancia Magnetica	4	4
Ultrassom Doppler Colorido	13	13
Ultrassom Ecografo	8	8
Ultrassom Convencional	13	12
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	3	3

MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO	2	2
TOTAL	99	95
<u>EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA</u>		
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	101	80
Grupo Gerador	11	11
Usina de Oxigenio	4	4
TOTAL	116	95
<u>EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA</u>		
Equipo Odontologico	153	150
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	17	16
TOTAL	170	166
<u>EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA</u>		
Bomba de Infusao	214	174
Berço Aquecido	23	23
Bilirrubinometro	1	1
Desfibrilador	38	37
Equipamento de Fototerapia	6	6
Incubadora	20	20
Marcapasso Temporario	14	14
Monitor de ECG	67	63
Monitor de Presso Invasivo	22	22
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	41	41
Reanimador Pulmonar/AMBU	126	118
Respirador/Ventilador	96	94
TOTAL	668	613
<u>EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS</u>		
Eletrocardiografo	47	42
Eletroencefalografo	7	7
TOTAL	54	49
<u>EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS</u>		
Endoscopia das Vias Respiratorias	9	7
Endoscopia das Vias Urinarias	5	4
Endoscopia Digestivo	14	14
Laparoscopia/Vídeo	6	6
Microscopia Cirurgico	6	6
TOTAL	40	37
<u>OUTROS EQUIPAMENTOS</u>		
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	28	27
Aparelho de Eletroestimulacao	33	33
Bomba de Infusao de Hemoderivados	25	25
Equipamentos de Aferese	2	2
Equipamento de Circulacao Extracorporea	8	8
Equipamento para Hemodialise	15	15
Forno de Bier	9	9
TOTAL	120	119

ANEXO B – Procedimentos de alta complexidade realizados entre 01 de Janeiro e 01 de Novembro de 2014 segundo o Sistema Integrado de Gerenciamento de Usuários do SUS - SIGUS

151125M

SISUB - ANEXO RESERVA LITE - 151125M-05242

COD PROC	PROCEDIMENTO	QTDE	VALOR(R\$)
0207010613	ANGIOERENOGRAMA CEFALICA	17	4.569,75
0207100200	ANGIOERENOGRAMA DE CORONARIAS	1	1,00
0702100813	CATETER DE LONGA PERMANENCIA E HEMODIALISE	6	2.411,70
0211000816	CATETERISMO GUDEANO	210	120.091,20
0208090829	CINTLOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DIAPOCINTLOGRAFIA)	2	132,48
0208100818	CINTLOGRAFIA DE HODAGARIO E AVALIACAO DA RESERVA EM SITUACAO DE ESTRESSE (MIMO 3 PROJECCOES)	350	140.250,18
0208090830	CINTLOGRAFIA DE HODAGARIO E AVALIACAO DA RESERVA EM SITUACAO DE REPOUZO (MIMO 3 PROJECCOES)	348	137.139,08
0208090818	CINTLOGRAFIA DE OSSOS Q/ OU S/ FLUIDO SANGUINICO (CORPO INTERO)	403	70.860,07
0208030818	CINTLOGRAFIA DE PAVILHONIDES	10	3.245,43
0208030829	CINTLOGRAFIA DE TROQUEL Q/ OU S/ CAPTACAO	22	1.700,18
0208021112	CINTLOGRAFIA E PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	21	3.842,68
0208030812	CINTLOGRAFIA E PESQUISA DO CORPO INTERO	2	677,48
0208040820	CINTLOGRAFIA RENOVENDOSGRAFIA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	66	1.881,83
0410010030	COEFICAO DE FISTULA ARTERIO-VEIOSA E HEMODIALISE	23	5.675,48
0204000208	DEMOGOMETRIA ORTICA QUO-ENERGETICA DE COLUMA (VERTEBRAS LOMBARES)	108	8.612,00
0205010004	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFRONICA	4	860,00
0205040102	ESTUDO RENAL DINAMICO Q/ OU S/ DIURETICO	30	5.452,50
0205010107	HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	801	150.515,73
0410010048	IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA E HEMODIALISE	7	67,80
0206080842	LINFOCINTLOGRAFIA	13	1.837,28
0206030102	LITOTRIPSIA EXTRA-CORPORA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIÃO RENAL)	32	5.504,80
0206030110	LITOTRIPSIA EXTRA-CORPORA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIÕES RENAS)	1	152,50
0206030120	LITOTRIPSIA EXTRA-CORPORA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIÃO RENAL)	68	9.378,00
0207030214	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	78	20.862,60
0207010201	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	3	308,25
0207030202	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE	134	38.012,50
0207010204	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUMA CERVICAL	80	21.508,80
0207010208	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUMA LOMBO-SACRA	270	72.562,50
0207010209	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUMA TORACICA	83	14.243,70
0207010204	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	234	80.168,20
0207020001	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE	2	637,50
0207020004	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIACAO DE POSSIVEIS COMPLICACOES DE IMPLANTE DE PROTESE - RESTRIITA A OS CASOS DE IMPLANTE UNILATERAL DE PROTESE	6	2.150,00
0207030202	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	190	53.481,20
0207030207	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	90	15.087,00
0207010212	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCA	24	6.480,00
0207020008	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	5	1.343,75
0207030008	RESSONANCIA MAGNETICA DE VASO SCLIPES	6	2.150,00
0208030818	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN	876	70.890,88
0208030829	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	22	1.808,60
0208030818	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	8	620,50
0208100812	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA CERVICAL Q/ OU S/ CONTRASTE	31	2.680,58
0208100829	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA LOMBO-SACRA Q/ OU S/ CONTRASTE	108	10.918,80
0208100828	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA TORACICA Q/ OU S/ CONTRASTE	32	3.778,32
0208100814	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SODS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	108	8.126,50
0208100817	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	563	60.821,24
0208100812	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE HIGADO	69	7.728,70

11/11/2014

S I G U S - ANIELA RESENDE LEITE - 11/11/2014 06:52:42

0209020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	1	88,75
0209010090	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	3	299,30
0209020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	480	65.749,62
0209010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	380	37.027,20
TOTAL		8621	1.316.983,78



Anália Resende Leite
Avenida ...
...
...



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/13 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1º Reunião Extraordinária realizada em 16 de Julho 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PACIENTES NA REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN", protocolo número: 78/14, CAAE:3256904.2.0000.5179 e Parecer do CEP:740.099, Pesquisadora responsável: **Verusa Fernandes Duarte** e das Pesquisadoras associadas: **Greycy Brasil Leite Vale de Moraes, Sandra Sely Silveira Maia e Amélia Resende Leite.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2014, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 06 de Agosto de 2014

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.
 Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.

Rosa Rita da Conceição Marques

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE