UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

ESTRATÉGIA DE EQÜIDADE – um estudo da acessibilidade aos exames de média e alta complexidade no SUS – Goiás.

GRACE MACHADO

Goiânia – Goiás
Dezembro de 2006

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

ESTRATÉGIA DE EQÜIDADE – um estudo da acessibilidade aos exames de média e alta complexidade no SUS – Goiás.

GRACE MACHADO

ORIENTADORA PROFª. DRª ELINE JONAS
CO-ORIENTADORA PROFª DRª IRMTRAUT ARACI PFRIMER

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia – Goiás
Dezembro de 2006

À minha querida mãe, por sua dedicação com a educação e disciplina na minha vida e pela sua perseverança e fé no viver, exemplo de mulher virtuosa para mim e seus netos.

Aos meus filhos amados, Guilherme, Natália e Salma, que sempre me incentivaram nos meus projetos de trabalho e estudo, por me amarem incondicionalmente e pela maturidade com que enfrentam todas as adversidades.

AGRADECIMENTOS

À Profª Dra. Eline Jonas, minha orientadora, por seu estímulo e dedicação em todas as horas. E ainda, pela sua postura ética profissional e diante da vida, exemplo para todos que a conhecem.

À Profª Dra. Irmtraut Araci Pfrimer, co-orientadora, pela confiança e seriedade dedicadas ao meu projeto, incentivando-me a dedicar ao aperfeiçoamento do trabalho.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, Dr. Paulo Rassi, pela confiança e aprovação do projeto de pesquisa nas unidades propostas sob sua gestão.

Ao Diretor do Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, à época da autorização, Dr. Antônio Marques Guise, pela receptividade e disponibilidade dos documentos e servidores ao meu dispor durante a realização da pesquisa.

Ao Chefe do Setor de Alto Custo/Alta Complexidade, Marcos Aurélio Brito, pelo tempo e dedicação à mim dispensados para levantar dados, aplicar o Formulário e realizar as entrevistas necessárias para levantamento dos dados necessários à este estudo.

À Diretora do Departamento de Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Dra. Maria Cláudia Honorato, pela autorização e confiança para aplicação dos formulários e entrevistas no setor de Vale-Exame sob sua gerência.

Á Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico na qual está subordinado o Setor de Check-in/Vale-exame, Dra. Sueli Alves Cardoso Gomide, por sua disponibilidade em informar e esclarecer sobre o funcionamento do setor.

À todos os funcionários dos Setores de Alto Custo/Alta Complexidade e do Check-in/Vale-exames, pela compreensão, paciência e apoio nos momentos de entrevistas com os pacientes, bem como pelas informações e dados por eles fornecidos.

RESUMO

Este trabalho apresenta resultados de um estudo de caso quantitativo e qualitativo sobre a acessibilidade dos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS que buscaram autorização de seus exames de média e alta complexidade nos setores de Check-in/Vale Exame e de Alto Custo/Alta Complexidade da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Para a identificação do perfil sócio-econômico, das dificuldades de acesso quanto ao processo de autorização e também para a realização dos exames pós-autorização, foram utilizados formulários com questões fechadas para os dois setores citados. Foram realizadas entrevistas a partir de um roteiro pré-definido junto a funcionários dos setores estudados e vinte pacientes. Foram cruzadas as informações referentes à autorização e realização dos exames requisitados e as dificuldades encontradas pelos pacientes para realizar determinados tipos de exames. Os resultados apresentados indicam que existem facilidades para realização de exames de Patologia Clínica de média complexidade e de exames de Cardiologia na alta complexidade, pelo fato dos prestadores de serviços do SUS selecionarem procedimentos de baixo custo na execução (patologia clínica) ou de maior valor pago por procedimento (colocação de próteses cardíacas e cirurgias cardíacas de alta complexidade). Conclui pela necessidade de assegurar ao cidadão o acesso integral aos serviços de saúde com o propósito de uma atenção justa e eficaz.

Descritores: acessibilidade, equidade, integralidade e universalidade.

ABSTRACT

This study presents results of a quantitative and qualitative case study about the accessibility of patients of the System of Health Public – SUS that require authorization to the medium and high exams at the Sector of Check-in/Ticket Exam and at the Sector of High Complexity/High Cost of the Secretary Municipal of Health of Goiânia. To identify the social-profile, the difficulties to access the authorization process and, also, to fulfill the post-authorization exams, have been used blank forms with closed questions for both mentioned sectors. Interviews have been made from a pre-defined itinerary used for the employees and twenty patients of the studied sectors. Information about the authorization and fulfillment of required exams and the difficulties funded by the patients to fulfill certain kinds of exams were crossed. The present results point for facilities to fulfill medium-complexity exams of Clinical Pathology and high-complexity exams of cardiology, for the companies that provide service for SUS select low-cost procedure when it comes to companies that provide service for SUS. It concludes that there is a need to ensure to the citizen the full access of the health service with the purpose of a fair and effective attention.

Describers: accessibility, equality, integrality and universality.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS ix

LISTA DE FIGURAS xi

LISTA DE SIGLAS xii

APRESENTAÇÃO 1

INTRODUÇÃO 2

1. ACESSIBILIDADE COMO ESTRATÉGIA DE EQUIDADE 8

1.1 Acessibilidade, disponibilidade e obstáculos 8
1.2 Possíveis domínios do conceito de acessibilidade 10
1.3 A acessibilidade entre dois extremos: disponibilidade de recursos para a saúde e a utilização dos serviços de saúde 14

2. O SUS E A PROMOÇÃO DA ACESSIBILIDADE COMO MECANISMO DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA A DEMOCRATIZAÇÃO 20

2.1 Perspectivas de redução das desigualdades na saúde 20
2.2 Descentralização do SUS – premissa constitucional e condição de cidadania 25
2.3 A Regulação da Saúde na perspectiva da implantação dos Pactos Pela Saúde 29
2.3.1 O Pacto pela Saúde 2006 31
2.3.2 Diretrizes para a gestão do SUS 34
2.3.3 Responsabilidades sanitárias do Pacto pela Vida 37
2.3.4 A Política Nacional de Regulação e a promoção da acessibilidade 38

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO 41

3.1 Acessibilidade na Média Complexidade – unidades da Secretaria Municipal de Saúde com liberação de Check-in/Vale exame 41
3.1.1 Estrutura e funcionamento do Setor de Check-in/Vale-exame 44

3.1.2 Estrutura do serviço e condições de trabalho na visão dos funcionários da Média Complexidade 47
3.1.3 A prestação de serviços na visão dos pacientes da Média Complexidade/ Check-in 51
3.2 Acessibilidade na Alta Complexidade - estrutura e funcionamento do Setor de Alta Complexidade/ Alto Custo 63
3.2.1 A prestação de serviços na visão dos pacientes da Alta Complexidade/ Alto Custo 67
3.2.2 Estrutura do serviço e condições de trabalho na visão dos funcionários da Alta Complexidade 76

CONSIDERAÇÕES FINAIS 84

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 89

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA 92

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Apêndice B – Formulários aplicados no Setor de Alto Custo/ Alta Complexidade.

Apêndice C – Formulários aplicados no Setor de Vale – Exames/ Check-in.

Apêndice D – Roteiro das entrevistas com os funcionários.

Apêndice E – Roteiro das entrevistas com os pacientes.

ANEXOS

Anexo 1 – Comprovante de aprovação do Projeto de Pesquisa pela Comissão de Ética e Pesquisa – CEP/SISNEP – Protocolo nº 0298.

Anexo 2 – Autorização do Gabinete do Secretário Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/Departamento de Recursos Humanos – Encaminhamento de Pesquisa para o Departamento de Controle e Avaliação/Setor de Alta Complexidade e o Departamento de Rede Básica/Setor de Vale-exame.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Unidades e valores programados (em reais) das unidades que liberam Check-in em Goiânia (agosto/2006). 42
Tabela 2 – Valores liberados para exames de Média Complexidade pela Divisão de Apoio Diagnóstico (junho a agosto/2006). 43
Tabela 3 – Pacientes distribuídos por idade e tempo gasto entre a obtenção da requisição dos exames/ localização do setor de autorização (julho a agosto/2006). 51
Tabela 4 – Pacientes da média complexidade distribuídos segundo a faixa etária e sexo (julho a agosto/2006). 52
Tabela 5 – Pacientes da média complexidade distribuídos segundo a procedência e sexo (julho a agosto/2006). 53
Tabela 6 – Pacientes da média complexidade distribuídos por renda individual e sexo (julho a agosto/2006). 54
Tabela 7 – Pacientes da média complexidade distribuídos por renda familiar e sexo (julho a agosto/2006). 55
Tabela 8 – Pacientes distribuídos segundo o motivo para não autorizar exame no CHECK-IN por tempo gasto entre a obtenção da requisição dos exames/localização do setor de autorização (julho a agosto/2006). 58
Tabela 9 – Pacientes distribuídos por exame solicitado por tempo gasto entre a obtenção da requisição dos exames / localização do setor de autorização (julho a agosto/2006). 59
Tabela 10 – Pacientes distribuídos por idade e tempo gasto entre a obtenção do pedido dos exames / autorização dos exames (maio a junho/2006). 68
Tabela 11 – Pacientes da alta complexidade distribuídos segundo a faixa etária e sexo (maio a junho/2006). 69
Tabela 12 – Pacientes da alta complexidade distribuídos segundo a procedência e sexo (maio a junho/2006). 69
Tabela 13 – Pacientes da alta complexidade distribuídos por renda individual e sexo (maio a junho/2006). 70

Tabela 14 – Pacientes da alta complexidade distribuídos por renda familiar e sexo (maio a junho/2006). 71
Tabela 15 – Pacientes da alta complexidade distribuídos segundo exame solicitado por tempo gasto entre a obtenção do pedido dos exames/autorização dos exames (maio a junho/2006). 75
Tabela 16 – Procedimentos de Alta Complexidade de acordo com o total de pedidos para autorização cadastrados, pedidos negados, pedidos autorizados e os cadastrados de outras localidades (maio a junho /2006). 81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do Sistema de Autorização de Exames de Média Complexidade/encaminhamento do usuário 46
Figura 2 – Fluxograma do Sistema de Autorização de Exames de Média Complexidade/fluxo do prestador 47
Figura 3 – Pacientes da média complexidade de acordo com a faixa etária pesquisados no período de julho a agosto/2006. 52
Figura 4 – Pacientes da média complexidade segundo a renda individual pesquisados no período de julho a agosto/2006. 55
Figura 5 – Tipo de ocupação dos pacientes da média complexidade pesquisados no período de julho a agosto/2006. 56
Figura 6 – Nível de instrução dos pacientes da média complexidade pesquisados no período de julho a agosto/2006. 57
Figura 7 – Tipos de exames de média complexidade solicitados de julho a agosto/2006. 60
Figura 8 – Fluxograma do Sistema de Autorização de Exames de Alta Complexidade/encaminhamento do usuário 66
Figura 9 – Fluxograma do Sistema de Autorização de Exames de Alta Complexidade/fluxo do prestador 67
Figura 10 – Número de pacientes da alta complexidade segundo a idade pesquisados no período de maio a junho/2006. 68
Figura 11– Pacientes de alta complexidade segundo a renda individual pesquisados no período de maio a junho/2006. 71
Figura 12 – Tipo de ocupação dos pacientes da alta complexidade pesquisados no período de maio a junho/2006. 73
Figura 13 – Nível de instrução dos pacientes da alta complexidade pesquisados no período de maio a junho/2006. 74
Figura 14 – Tipos de exames de alta complexidade pesquisados no período de maio a junho/2006 75
Figura 15. Procedimentos de Alta Complexidade segundo dados do Setor de Alto Custo no período de maio a junho/2006 82

LISTA DE SIGLAS

AC – Alta Complexidade

AIH – Autorização da Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade

CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CERAC – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade

CIAMS – Centro Integrado de Atenção Médica e Sanitária

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CID – Código Internacional de Doenças

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMRAC – Central Municipal de Regulação de Alta Complexidade

COMDATA – Companhia de Processamento de Dados do Município de Goiânia

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

CNS – Cartão Nacional de Saúde

CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo

CRDT – Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS

DERAC – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

EC – 29 – Emenda Constitucional nº. 29

ECG – Eletro Cardiograma

EEG – Eletro Encefalograma

FAC – Funcionário da Alta Complexidade

FVE – Funcionário do Vale Exame

GM – Gabinete do Ministro

HDT – Hospital de Doenças Tropicais

HGG – Hospital Geral de Goiânia

HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Proteína C Reativa

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

RNA – Ácido Ribonucléico

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SECONCI – Serviço Social da Indústria e da Construção do Estado de Goiás

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistemas de Informações Hospitalares

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPLAN – Superintendência de Planejamento

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TRS – Terapia Renal Substitutiva

UABSF – Unidade de Atenção Básica de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VE – Vale Exame

APRESENTAÇÃO

A escolha do tema “acessibilidade” se deu no intuito de constatar ou não a dificuldade com que os pacientes/usuários do Sistema Único de Saúde – SUS obtém os exames ambulatoriais de média e alta complexidade ambulatorial por representarem no universo do SUS, o maior número de procedimentos, em diagnóstico e terapêutica, solicitados, e os maiores valores pagos por serviços ambulatoriais, no caso da alta complexidade.

A acessibilidade é mais abrangente do que a oferta e a mera disponibilidade de serviços e recursos em um determinado momento e lugar para responder às necessidades de saúde de uma determinada população, afirmam Travassos e Martins (2004), e desta forma, de importância para explicar as variações no uso de serviços de saúde de determinados grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante e estratégica nos estudos sobre a eqüidade nos sistemas de saúde pública.

O Sistema Único de Saúde – SUS foi criado no Brasil pela Constituição Federal de 1988, com o propósito de proporcionar saúde a todos os seus cidadãos, e, portanto, ser universal; de fornecer à população brasileira atenção à saúde desde a prevenção, promoção, assistência e reabilitação, isto é, ser integral, e por último, o SUS se propôs ser equânime, um princípio que se propõe ao atendimento de forma distinta às distintas necessidades da população. Nessa perspectiva o SUS tem se empenhado na redução das desigualdades na saúde num processo contínuo, desde a sua criação até a atualidade.

O presente estudo descreve e analisa a utilização dos serviços de saúde, no nível secundário (média complexidade) e terciário (alta complexidade) da atenção ambulatorial em Goiânia, sendo este município referência para os pacientes do estado de Goiás e outros estados, principalmente no que diz respeito à alta complexidade ambulatorial.

Tanto na média quanto na alta complexidade o presente estudo constatou que as dificuldades de acesso não são necessariamente relacionadas ao processo de autorização prévia dos dois grupos de exames estudados, mas principalmente relacionadas à realização dos exames. Essas dificuldades são devidas ao tempo de espera para realizar os exames de média complexidade (ultra-sonografias, eletro-encefalogramas, eletro-neuromiografias, mamografias) e de alta complexidade (tomografias, ressonâncias, cintilografias, ressonância magnética).

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, o conceito de saúde foi sendo modificado, passando a adquirir uma conotação ampla e complexa no que se refere a ter saúde, enfatizando aspectos individuais, ambientais, sócio-econômicos e culturais que passaram, também a interferir nessa condição de ser saudável. Essa nova proposta, chamada de Atenção à Saúde é formada pelo conjunto de ações que foram levadas a efeito pelo Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento às demandas pessoais e das exigências ambientais, e compreende três grandes campos: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas no setor Saúde.

Desde a habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal de Goiânia, em fevereiro de 1998, bem como da descentralização da saúde no município, através da implantação e estruturação dos Distritos Sanitários, constata-se um aumento crescente na demanda por atendimento a essas unidades, tanto da população residente, quanto pela população do entorno de Goiânia, e ainda aquela proveniente de municípios mais distantes da capital. Ocorre ainda um fluxo importante de pacientes de outros estados brasileiros que vem para Goiânia na busca por atendimento, principalmente na alta complexidade.

A atenção de Média Complexidade compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, que demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país. (BRASIL, 2004) Na atenção da Alta Complexidade os procedimentos exigem incorporação de altas tecnologias e alto custo e que não são ofertados por todas as unidades da federação. (BRASIL, 2004) No caso deste estudo a demanda avaliada foi com relação aos exames de média e alta complexidade ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS, que prescindem de autorização prévia para sua realização.

Os exames de média complexidade ambulatoriais são autorizados previamente mediante a apresentação do pedido médico do(s) exame(s) em folha de receituário do SUS. Esses pedidos são autorizados por meio da emissão do check-in ou vale-exame, aonde constam: a data da autorização, o nome do paciente, o nome da mãe e o(s) tipo(s) de exame(s) autorizado(s). Com relação aos exames ambulatoriais de alta

complexidade, não há emissão de check-in/vale-exame. A autorização para a alta complexidade ambulatorial se dá mediante a apresentação do Laudo Médico próprio para exames de alta complexidade, totalmente preenchido com os dados do paciente, o exame/procedimento solicitado, justificativa clínica para o procedimento solicitado, o Código Internacional de Doenças – CID-10, o CPF e o carimbo do médico. Para a autorização do pedido de exames de alta complexidade é imprescindível a apresentação do Cartão SUS do paciente. A autorização é deferida pela assinatura e carimbo dos médicos da(s) Comissão de Alta Complexidade (em cardiologia, neurologia ou ortopedia).

Os procedimentos de Média Complexidade podem ser ambulatoriais e hospitalares, os ambulatoriais objetos deste trabalho são: exames de Patologia Clínica, Radiodiagnóstico (RX, Mamografias), Ultrasonográficos, Anátomo-patológicos, Cito-patológicos e Fisioterapia. Os procedimentos de Alta Complexidade também são de dois tipos: ambulatoriais e hospitalares. Os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade são os que fazem parte da Tabela SIA-SUS.[1]

Apesar da concentração marcante de serviços ambulatoriais de diagnósticos na capital, há sérias limitações para o acesso à realização desses exames nos dois níveis de atendimento (média e alta complexidade), tanto para a população própria como para a de outros municípios, seja devido à alta demanda por exames complementares; à escassez ou até a total inexistência de oferta de determinados exames; e ainda à falta de uma referência programada e pactuada dos municípios do interior do estado com Goiânia, através de um instrumento de Programação Pactuada e Integrada – PPI.

---

[1] Detecção pela técnica biomolecular do ácido ribonucléico – RNA e genotipagem do HCV (vírus da hepatite C) por meio de biologia molecular; Tomografia Computadorizada incluindo as de coluna cervical, dorsal, lombar, de crânio, tórax, abdômen superior, face ou seios da face, mastóides ou ouvidos, pelve, pescoço, segmentos e articulações; Ressonância Magnética; Medicina Nuclear que compreende as cintilografias, procedimentos com uso de radioisótopos, estudo renal dinâmico e outros; Terapia Renal Substitutiva – TRS que compreende a hemodiálise (este procedimento não é objeto deste estudo); Quimioterapia e Radioterapia no tratamento ambulatorial de pacientes com câncer (estes procedimentos também não são objetos deste estudo); Estudos Hemodinâmicos realizados em regime ambulatorial compreendem os cateterismos de câmaras cardíacas, aortografias, cineangiografias, cineangiocoronariografias e estudos de metabolismo cardíaco; Medicamentos Excepcionais, de uso em pacientes caracterizados como crônicos, de alto custo e consumidos em nível ambulatorial (este procedimento também não é parte do estudo em questão); Órteses e Próteses ambulatoriais para portadores de deficiências auditivas, oculares e de locomoção (este item também não faz parte deste estudo) e Densitometria Óssea.
Os procedimentos hospitalares, que também não são objetos desta pesquisa, porém para efeito didático descreveremos suas áreas de abrangência: cardiologia, ortopedia (prótese total de quadril, fixação de coluna, etc.), oncologia (radioterapia cirúrgica, quimioterapia e iodoterapia em pacientes internados), neurocirurgias, cirurgias de epilepsia e exploração diagnóstica da epilepsia, gastroenterologia (cirurgias de gastroplastias para obesidade mórbida).

A maior facilidade na realização de exames de alta tecnologia em saúde se deve à existência de maiores investimentos nessa área, tanto para a estruturação desses serviços (facilidades de financiamentos e recursos estratégicos) quanto para a manutenção dos mesmos por meio de altos valores pagos por procedimento de acordo com a Tabela do SUS, o que por conseqüência facilita o acesso aos exames de maior complexidade e maior custo. Por outro lado, a falta desses mesmos investimentos em saúde no nível da média complexidade e a falta de estruturação e organização de serviços em municípios menores e até na região metropolitana da capital contribuem para o agravamento desse quadro de desequilíbrio entre a demanda e a oferta na média complexidade e por conseqüência compromete o atendimento à população do estado de Goiás.

Diante desse quadro de dificuldade de acesso aos exames e terapêuticas complementares à resolução da falta de saúde integral da população é que nos propusemos a avaliar, a existência ou não de impedimentos para o atendimento integral aos cidadãos goianos, no que se refere aos exames de média e alta complexidade.

Neste sentido é que o estudo da acessibilidade se torna relevante, seja devido à sua atualidade, bem como à falta de estudos de medição e qualificação do acesso dos usuários/pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, tanto no nível secundário de atenção/média complexidade, quanto no de maior complexidade ou nível terciário de atenção à saúde.

O desenvolvimento deste trabalho teve como ponto de partida três princípios básicos, conforme a Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 196 a 199, sendo esse o primeiro momento da história do Brasil em que a saúde aparece como direito de cidadania, cabendo ao Estado sua viabilização. A regulamentação dos princípios constitucionais dá-se através das Leis Orgânicas da Saúde: 8.080/90 e 8.142/90. Os princípios doutrinários do SUS: eqüidade, integralidade e universalidade, com ênfase na acessibilidade aos serviços de saúde, como instrumento de equidade e considerada atualmente como o ponto crítico, tanto para a saúde nacional, quanto para o caso de Goiás, e todo o arcabouço legal, entretanto, não é suficiente para garantir a implantação efetiva do SUS, que se contrapõe ao ideário do Estado mínimo.

O presente trabalho constituiu no levantamento da demanda de usuários do SUS que tiveram ou não acesso aos exames de média e alta complexidade ambulatorial, e pôde identificar falha tanto no sistema de autorização dos exames, nos dois setores estudados, quanto na acessibilidade dos pacientes para realização dos exames nos

serviços próprios e/ou conveniados ao SUS.

O objetivo geral foi analisar o acesso da população de Goiás aos serviços secundários (média complexidade) e terciários (alta complexidade) no nível ambulatorial de assistência à saúde do município de Goiânia e identificar elementos para contribuir com subsídios para políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da população de Goiás. Os objetivos específicos foram: identificar a demanda para realização de exames complementares de média e alta complexidade ambulatorial; levantar os grupos de exames solicitados conforme a Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS[2]; identificar as dificuldades existentes no acesso aos serviços ambulatoriais secundários (média complexidade) e terciários (alta complexidade); estabelecer a relação entre a demanda e a oferta de serviços ambulatoriais de média e alta complexidade na rede pública, filantrópica e privada conveniada ao SUS; identificar a procedência da demanda aos serviços de média e alta complexidade para a rede instalada pública, filantrópica e privada conveniada ao SUS; detectar a existência de dificuldades no exercício das funções dos funcionários dos dois setores pesquisados; e indicar eixos referenciais para subsidiar medidas saneadoras para o atendimento dos serviços de média e alta complexidade ambulatoriais.

Trata-se de um estudo de caso do tipo quali-quantitativo sobre a demanda de exames ambulatoriais de média e alta complexidade por parte da população do estado de Goiás, considerando a capital, Goiânia, como referência de demanda representativa de outros municípios do Estado. O levantamento de dados foi realizado no período de maio a agosto de 2006 com aplicação de formulários a 100 usuários do SUS que demandaram os citados exames, sendo 50 no Setor de Média Complexidade (Check-in/Vale-exame) e 50 no Setor de Alta Complexidade/Alto Custo. Foram realizadas também junto a esses pacientes, entrevistas abertas, com o objetivo de obter uma avaliação subjetiva dos usuários incluindo críticas e sugestões quanto ao atendimento do SUS, sendo que a cada quatro pacientes que responderam aos Formulários um respondeu à entrevista aberta e gravada, perfazendo um total de 20 entrevistas para os dois Setores.

O levantamento das informações nos dois setores pesquisados, também foi realizado junto aos funcionários, com a finalidade de conhecer o funcionamento dos setores e as dificuldades encontradas para a realização de suas funções, num total de 30

[2] Disponível no site: www.datasus.gov.br

entrevistas sendo 17 no Setor de Média Complexidade (Check-in): 12 funcionários no atendimento direto ao público, uma assistente social e os quatro biomédicos da chefia da Divisão de Apoio e Diagnóstico. No Setor de Alta Complexidade/Alto Custo, do total de 15 funcionários foram entrevistados 13, pois dois deles não consentiram com a entrevista (um atendente e um médico). Os que consentiram com a entrevista foram 6 atendentes, o chefe do setor e os médicos das Comissões de especialistas (três Cardiologistas, dois Neurologistas e um Ortopedia).

O Formulário I foi aplicado aos pacientes usuários do SUS no Setor de Alta Complexidade/Alto Custo para 50 pacientes e o Formulário II aos pacientes da Média Complexidade (Check-in/Vale-exame) também para 50 pacientes, continham questões fechadas que permitiram definir o perfil sócio-econômico dos pacientes tendo como variáveis: sexo, idade, profissão, salário individual e renda da família, nível escolar, município de procedência, bairro em que reside, se possui convênio privado de saúde e o grau de satisfação com o atendimento na rede básica e no setor de autorização. As questões possibilitaram também identificar as dificuldades de acesso quanto ao processo de autorização bem como para a realização dos exames pós-autorização.

A aplicação dos formulários foi realizada individualmente com cada paciente ou o acompanhante responsável no caso de menores de idade ou ainda com parentes dos pacientes que estavam de posse do pedido de exame e dos devidos documentos comprobatórios. A abordagem foi feita na recepção dos setores e a escolha dos entrevistados foi feita no Setor de Alta Complexidade/Alto Custo com os pacientes que já tinham entregado o pedido de exames (laudo médico), mas aguardavam o resultado da avaliação da comissão de especialistas (cardiologia, neurologia e ortopedia). A abordagem aos pacientes da Média Complexidade (Check-in) foi de acordo com a seqüência da fila de espera na recepção do setor, a primeira antes da entrega do pedido de exame para o atendente, e outra após o atendimento no setor para constatar a autorização ou não do pedido. As entrevistas abertas foram realizadas na média complexidade da mesma forma daquelas do Setor de Alta Complexidade.

As entrevistas realizadas com os pacientes e com os funcionários foram gravadas, transcritas e avaliadas de acordo com a proposta do estudo e as informações cruzadas com os dados obtidos através dos formulários. No total foram realizadas 20 entrevistas, sendo dez no Setor de Alta Complexidade/Alto Custo e dez no Setor de emissão de Check-in/Vale exame. As entrevistas foram codificadas na seqüência de realização das mesmas e de acordo com o setor onde foi realizada: as entrevistas

realizadas no Setor de Alta Complexidade/Alto Custo receberam a codificação: AC1, AC2, AC3....AC10 e no Setor de Check-in /Vale-exame a codificação: VE1, VE2, VE3.....VE10.

Quanto aos funcionários, as entrevistas podem ser identificadas como: FVE1, FVE2, FVE3.....FVE17 para os funcionários do Setor de Média Complexidade (Check-in/Vale-exame) e FAC1, FAC2, FAC3.....FAC13 para os funcionários do Setor de Alta Complexidade/Alto Custo.

Consideramos para levantamento dos dados os exames de média e alta complexidade no nível ambulatorial que exigem autorização prévia no município de Goiânia (como gestora da assistência de serviços prestados no município pelo SUS), junto a todos os pacientes que buscavam autorização de seus exames e que se encontravam nas salas de espera dos setores autorizadores, durante todos os dias de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 09h30min, no período de maio a agosto de 2006, sendo maio e junho no Setor de Alta Complexidade/Alto Custo e julho e agosto no Setor de Média Complexidade/Check-in.

O projeto deste estudo foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás e aprovado de acordo com a Resolução 196 do Ministério da Saúde, de 1996, e com Protocolo no SISNEP nº. 0298/2006. Foi também aprovado pelo Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde e pelos Diretores dos Departamentos de Rede Básica e de Controle e Avaliação, que são responsáveis, respectivamente, pelos dois setores pesquisados, de Média Complexidade (Check-in/Vale Exame) e de Alta Complexidade/Alto Custo.

Como preconizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UCG, antes de iniciar a aplicação dos formulários e da realização das entrevistas, cada paciente ou funcionário leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados sobre o estudo a ser realizado, bem como de seus objetivos. Foi garantido o sigilo das informações e a não identificação dos usuários do SUS e dos funcionários, bem como a garantia de que não haveria prejuízo do seu atendimento no SUS.

Os resultados deste estudo serão encaminhados ao Gestor do SUS em Goiânia no sentido de contribuir como subsídio de possíveis medidas que facilitem o acesso aos procedimentos ou ações referentes a oferta e a demanda por serviços de média e alta complexidade ambulatoriais no Estado de Goiás na perspectiva da democratização e humanização do atendimento aos usuários do SUS.

CAPÍTULO 1

ACESSIBILIDADE COMO ESTRATÉGIA DE EQUIDADE

A acessibilidade como tema e objeto deste estudo é mais abrangente e complexa do que a oferta e a mera disponibilidade de serviços e recursos que possam atender às necessidades de saúde de uma determinada população, e desta forma, de importância para explicar as variações no uso de serviços de saúde de determinados grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante e estratégica nos estudos sobre a eqüidade nos sistemas de saúde, neste caso, o público.

Embora a acessibilidade seja um conceito relacionado com o de cobertura, não é equivalente. A cobertura está relacionada com a magnitude da oferta das ações e serviços ou em que medida os recursos existentes são suficientes para atender às necessidades da população-alvo. Por outro lado, a acessibilidade tem sido definida como uma relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde. Os recursos de poder podem ser de natureza econômica, social e cultural. Já os obstáculos podem ser geográficos (distância, transporte), organizacionais (existência de filas, tempo de espera injustificável, natureza do acolhimento) e econômicos. (VIEIRA-DA-SILVA, 2004)

O conceito de eqüidade equivale a um instrumento de justiça, e quer dizer que devemos tratar desigualmente os desiguais e priorizar para a intervenção sanitária grupos sociais com maiores necessidades em saúde.

1.1 **Acessibilidade, Disponibilidade e Obstáculos**

O acesso pode ser confundido com a utilização de serviços quando só se quer analisar a obtenção do cuidado pelo indivíduo que dele necessita. Quando existem dificuldades importantes para essa utilização, o conceito de acessibilidade relacionado aos obstáculos existentes à obtenção dos serviços, por parte dos usuários, passa a ter

grande valor, como é o caso do Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998, 5 milhões de pessoas referiram ter necessitado, mas não procuraram um serviço de saúde, alegando principalmente falta de recursos financeiros (obstáculo econômico). Estimativas desse mesmo estudo indicam que 755.521 pessoas que procuraram atendimento não foram atendidas por motivos diversos: ou não conseguiram vaga ou senha (obstáculos organizacionais ou de oferta), ou não havia serviço especializado (oferta), ou não havia médico atendendo ou esperaram muito e desistiram (obstáculos organizacionais). Além disso, o acesso a consultas médicas aumenta expressivamente com a renda (recursos de poder econômico). (IBGE, 2000). Esses dados revelam o sofrimento dos usuários muitas vezes obrigados a aguardar em longas filas nas portas dos serviços de saúde. Por outro lado, o tempo de espera para o acesso a procedimentos especializados pode interferir com o próprio efeito do cuidado se o mesmo não é feito tempestivamente.

Um dos problemas da acessibilidade diz respeito à definição, em particular aos vários termos como “disponibilidade” e “acesso”. Na prática, acesso, disponibilidade e aceitabilidade termos são muito difíceis de distinguir. Uma tendência mais difundida é usar indistintivamente “acesso” e “acessibilidade”. O Glossário Temático Economia da Saúde registra que Acessibilidade aos serviços de saúde é uma “possibilidade econômica ou geográfica, ou legal, ou cultural, ou organizativa que uma população possui para ser atendida em um serviço de saúde”. (BRASIL, 2005, p.15).

Outro problema se refere à ambigüidade inerente ao considerar a acessibilidade como sendo a propriedade dos recursos para a atenção à saúde ou da população de usuários potenciais dos serviços. Uma das poucas análises conceituais que é conseqüente a este respeito se reflete na definição que faz Donabedian (1973), que indica explicitamente que a acessibilidade é uma característica dos recursos de atenção à saúde. Com efeito, no modelo de Donabedian (1973) a acessibilidade constitui um “fator mediador” entre a capacidade de produzir serviços e a produção ou o consumo real desses serviços. Fundamentando-se nestas considerações, Donabedian (1973) oferece a definição da acessibilidade como algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em certo lugar e no momento dado e compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o uso por parte dos clientes potenciais. Distingue ainda, duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica, e indica que essas dimensões se inter-relacionam.

Não obstante, outros autores combinam os atributos dos recursos e os da população em seus conceitos de acessibilidade. Por exemplo, Salkever (1976 *apud* FRENK, 1992) fala de dois aspectos da acessibilidade: acessibilidade financeira, definida como a capacidade individual para custear a atenção à saúde e acessibilidade física, que Salkever define, como "os custos de transporte, tempo e busca" que supõe o processo de procurar-se a atenção. Segundo esta definição, "acessibilidade financeira" parece referir-se a uma característica do paciente e não dos recursos de saúde. Por exemplo, ainda que os serviços de saúde sejam muito baratos, um indivíduo poderia não ser capaz de custeá-los por ter outras necessidades que sejam prioridades no gasto do seu dinheiro, ou ainda de não ter acessibilidade física.

De maneira similar, Aday e Andersen (1974) tratam de especificar "indicadores de processo" do acesso que refletem as características tanto do sistema de saúde como da população de risco. O enfoque principal desses autores é justapor uma série de características supostamente associadas com a acessibilidade, sem referir-se explicitamente ao assunto mais abstrato e fundamental de "se a acessibilidade tem a ver com uma propriedade dos recursos da atenção à saúde", com uma característica da população ou com algum tipo de relação entre a primeira e a segunda.

Uma alternativa teoricamente mais atrativa é considerar a acessibilidade com o grau de ajuste entre as características da população e as dos recursos de atenção à saúde. O primeiro em colaborar com esta idéia foi Donabedian (1973). Mais tarde Penchansky e Thomas (1981) a adotaram e está também implícita na definição que Bashshur (1982 *apud* FRENK, 1992), concebe da acessibilidade como "a relação funcional entre a população e as instalações e recursos médicos, a qual reflete a existência diferencial quer seja de obstáculos, impedimentos e dificuldades ou de fatores facilitadores para os beneficiários da atenção". O enfoque do "grau de ajuste", de Donabedian (1973) representa um rito importante na conceituação da acessibilidade, posto que a diferença da maioria dos tratados sobre este tema tem uma proposta específica acerca das relações abstratas às quais se tem que referir o conceito.

1.2 Possíveis domínios do conceito de acessibilidade

Um tema estreitamente relacionado com este é o do alcance do conceito de acessibilidade. Para ilustrar apresentamos uma sucessão esquemática de acontecimentos desde o momento em que surge a atenção à saúde até o momento em que se inicia ou se

continua a utilização de serviços. Alguns autores se ocupam unicamente dos alcances restringidos da acessibilidade. Neste caso se presume que existe certa necessidade de atenção à saúde e que a pessoa deseja tal atenção. Dada a necessidade e o desejo da atenção, a análise se centra então nos fatores que obstaculizam ou facilitam os processo de busca e obtenção da mesma. Uma ampliação simples deste enfoque é incluir, no domínio da acessibilidade, não somente o contato inicial com o sistema de atenção, senão também os contatos continuados ao longo de um episódio. No entanto, uma ruptura conceitual importante surge quando as causas de desejo de atenção se consideram também como parte do alcance da acessibilidade. Este enfoque ampliado abrange, sob a sigla da acessibilidade, fenômenos tais como as crenças relativas à saúde, a confiança no sistema de atenção médica e a tolerância à dor ou à incapacidade, as quais determinam o desejo de atenção. Debaixo deste enfoque, o estudo da acessibilidade se torna idêntico ao dos determinantes da utilização de serviços.

É provável que boa parte da confusão que caracteriza a conceituação de acessibilidade se deva ao fato de que na literatura a respeito se emprega indiscriminadamente os três alcances do conceito. Os autores que preferem o termo "acesso" ao de "acessibilidade" tendem também a pronunciar-se em favor do domínio mais amplo e a analisar tanto as características dos recursos para a saúde como as da população. Por exemplo, Aday & Andersen (1974) priorizam o termo acesso ressaltando que, a melhor maneira de se medir o acesso é mediante observações de comportamento das pessoas, quer dizer, do uso que realmente fazem dos serviços de saúde.

Mais especificamente Andersen (1995 *apud* TRAVASSOS & MARTINS, 2004), no seu clássico modelo de utilização de serviços de saúde, o acesso é apresentado como um dos elementos do sistema de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que diz respeito à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento, ou seja, à integralidade em todos os níveis de atenção à saúde. Para Andersen, a avaliação da eqüidade do acesso vale-se de fatores individuais capacitantes (os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde) na explicação do uso de serviços de saúde. Para este autor, a presença de outros preditores do uso, além da necessidade de saúde e dos fatores demográficos, denota uma situação de iniqüidade. Aponta ainda que, a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospitalar e ambulatorial)

e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso.

É difícil discernir, nesta afirmação, o que é que permite distinguir exatamente entre o estudo do acesso e o da utilização. Por outro lado, os autores que preferem a palavra "acessibilidade" são também, no geral, quem a consideram como uma característica dos recursos de atenção à saúde, ou do "ajuste" entre estes e as características correspondentes da população e que concentram sua atenção no domínio restringido ou, quando muito, no intermediário.

Contudo, estas distinções estão muito distantes da perfeição. Por exemplo, Chen (1978 *apud* FRENK 1992) tem proposto um índice formado por um conjunto de variáveis, a saber: tempo de deslocamento do paciente à fonte de atenção, tempo de espera para obtenção de uma consulta, e tempo na sala de espera, ao que provavelmente a maioria dos autores se referiria ao termo "acessibilidade". No entanto, Chen o chama de "índice de acesso". Por outro lado, quando se empregam um enfoque do grau de ajuste, Penchansky e Thomas (1981) limitam o significado de "acessibilidade" estritamente aos aspectos de implicação, mas subordinam este conceito a uma definição muito ampla de "acesso" que abarca, além disso, uma ampla gama de conceitos, e identificam várias dimensões que compõem o conceito de acesso, tais como: disponibilidade (volume e tipo de serviços); acessibilidade (dimensão do acesso); acolhimento (organização para receber clientes e capacidade destes para se adaptarem a essa organização); custeabilidade (financiamento dos serviços); e aceitabilidade (atitudes dos pacientes e dos profissionais de saúde).

Enquanto a proposta de Penchansky e Thomas (1981) amplia a abrangência do conceito de acesso, outros autores não concordam com essa conceituação, como por exemplo, Frenk (1985 *apud* TRAVASSOS e MARTINS, 2004) que prefere manter o conceito em um domínio mais estreito; Donabedian (1990 *apud* TRAVASSOS e MARTINS, 2004) que prefere denominar de qualidade, a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e denominar de eqüidade, o domínio mais amplo do desempenho dos serviços de saúde.

Na avaliação da qualidade da atenção à saúde e de seu desempenho é oportuno descrever a sistematização elaborada por Donabedian (1988 apud VIEIRA-DA-SILVA) que classifica três tipos de abordagens para caracterizar a prática da atenção à saúde. Essas propostas de abordagem estão fundamentadas na tríade: estrutura – processo – resultados. A estrutura diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o

processo a tudo aquilo que medeia à relação profissional-usuário; e os resultados estariam relacionados tanto com o produto das ações (consultas, exames, visitas) quanto coma modificação no estado de saúde de indivíduos e da população.

Como se tem visto nas considerações anteriores, o problema fundamental no estudo da acessibilidade tem sido o uso de diversos termos relacionados, cada um com suas próprias variantes de significado. Em conseqüência, a impressão geral que nos deixa a literatura acerca deste tema é a de uma rede intrincada de palavras e significados. O problema não é estritamente semântico. Também revela dificuldades conceituais de fundo. Contudo, em diversas correntes de estudo se tem dado avanços substanciais na concepção da "acessibilidade".

De forma semelhante à maioria dos conceitos das ciências sociais, o estudo da "acessibilidade" deve considerar seus limites de espaço e tempo. Longe de ser atemporal e universal o conceito de acessibilidade está restrito a certa maneira de conceber e concretizar as funções de aliviar a dor, enfrentar a enfermidade e promover o bem estar. Dizer que algo é acessível vale tanto quanto dizer que está fora do indivíduo, o qual tem que desejá-lo, buscá-lo, e finalmente alcançá-lo. Portanto, tem sentido falar de "acessibilidade" só quando as funções mencionadas, ao menos em seus principais componentes, não se deixam ao próprio indivíduo, senão que se delega a certa pessoa ou organização. É muito provável que os dois: razões extremas – ater-se meramente às capacidades internas do indivíduo ou por completo aos recursos externos – nunca tenham existido de forma pura ou bruta. Pelo contrário, a regra parece ter certo grau de mistura, ainda que com notáveis variações de tempo e lugar.

Não obstante, pelo menos no sentido normativo, vários autores, como Ivan Illich (1976 *apud* FRENK, 1992) assim como os partidários mais radicais do auto cuidado à saúde têm-se pronunciado pelo primeiro dos extremos, enquanto que o segundo se expressa nos esquemas para a "polícia médica" durante o século dezessete e, em época mais recente, em certos modelos da medicina socializada. Em todo caso, a distinção é conceitualmente útil tanto para indicar a conotação externa associada com a palavra "acessibilidade" como para a importância de estudar a acessibilidade, e depende que previamente se conceituem mais profundamente as funções de tratamento da enfermidade e a manutenção da saúde. Além disso, ainda com nossas formas atuais de conceber e realizar ditas funções – baseadas predominantemente na delegação externa – a importância relativa dos diversos componentes da acessibilidade varia de acordo com os modelos específicos para organizar e financiar os serviços de saúde.

Uma vez estabelecida a relatividade temporal e espacial do conceito de acessibilidade, o problema seguinte é definir o conjunto de fenômenos aos quais se aplica o conceito, dentro dos modos contemporâneos de organização das funções da atenção à saúde. O conceito de acessibilidade é simplesmente um recurso mental para apreender a essência de uma realidade que em si mesma é uma totalidade complexa e indivisível.

Em seu nível mais geral, este problema da diferenciação se relaciona diretamente com a definição do domínio da acessibilidade acima considerado. Consideramos que a maneira mais proveitosa de analisar a acessibilidade é restringir seu conceito ao domínio mais estreito possível, o da busca da atenção e início da atenção. A decisão concernente a incluir ou não a continuação da atenção dentro do conceito de acessibilidade provavelmente seja a menos problemática. Ainda que pareça que os fenômenos relacionados com a continuação da atenção são propriamente do domínio da "continuidade" como já se indicou, a distinção entre os domínios estreito e intermediário é, em grande medida, questão de detalhes. O problema principal é de eleger o domínio estreito e amplo. Parece que nada se ganha por ampliar o domínio da acessibilidade para concluir os processos culturais, de atitude, cognósticos e de condutas inerentes ao desejo de atenção. Todos estes são objetos legítimos de análises, igual a um estudo das necessidades de saúde, mas caem abaixo da marca geral, dos determinantes da utilização, dos quais a acessibilidade é só uma. Portanto, Frenk (1992) sugere que o domínio da acessibilidade se restrinja ao processo de buscar e receber atenção.

Contudo, é claro que, ainda dentro deste domínio restrito, existem outros conceitos que devam diferenciar-se do de acessibilidade. Certamente, pode-se conceber o "buscar e obter atenção" como uma gama de fenômenos pertencentes ao processo de atenção à saúde.

1.3 A acessibilidade entre dois extremos: disponibilidade de recursos para a saúde e a utilização dos serviços de saúde

Em um extremo está o fenômeno da disponibilidade, que constitui a presença física dos recursos para a saúde. Ao analisar a disponibilidade de recursos convém ter em conta os fatores que afetam a produtividade dos mesmos, para que o aspecto importante do recurso já não seja sua simples presença física, senão, nas palavras de Donabedian, "sua capacidade para produzir serviços". Assim o termo "disponibilidade"

neste sentido ampliado, é mais apropriado para referirmos à presença dos recursos da atenção à saúde considerando a produtividade, quer dizer, sua capacidade para produzir serviços.

Assim como a disponibilidade de recursos representa um extremo do processo de busca e obtenção da atenção, utilizar os serviços vem a ser o outro extremo, e final do processo. Desta forma, a utilização representa o consumo real dos serviços. Parece razoável supor que entre certa capacidade para produzir serviços e o uso dos mesmos existe um conjunto de fenômenos intermediários: em outras palavras, que a disponibilidade não implica utilização.

Para compreender a natureza desta zona intermediária Frenk (1992) introduz um novo conceito: o de “resistência” e definiu resistência como o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção, os quais se originam nos recursos para a saúde. Entre os obstáculos dissuasivos estão os custos dos serviços, a conjunção das fontes de atenção à saúde e certas características das formas em que se organizam os recursos, tais como as demoras que geram para obter uma consulta ou para receber atenção em saúde.

De acordo com essa lógica, o conceito de “resistência” se refere a obstáculos distintos da falta de capacidade de produzir serviços, já que o nível de capacidade está compreendido no conceito de “disponibilidade”. De fato, a noção de “resistência” serve para modificar o conceito de “disponibilidade”. Com efeito, podemos considerar “a disponibilidade efetiva” dos recursos como sua disponibilidade corrigida segundo a resistência que opõem à busca e obtenção de serviços. Esta distinção parece ser importante, pois se pode argumentar que, na medida em que apresentam obstáculos extremos para seu uso, certos recursos não estão totalmente disponíveis. Portanto, convêm ajustar a quantidade de recursos disponíveis, em função de sua resistência.

Deve-se ter claro que “disponibilidade”, “resistência” e “disponibilidade efetiva” são conceitos que se referem às características dos recursos de atenção à saúde. Quando o termo “acesso” denotar a capacidade de um cliente ou grupo de clientes para buscar e obter atenção, está se referindo a uma característica da população de usuários potenciais ou reais dos serviços.

Um termo alternativo é o de “poder de utilização”, análogo ao de “poder de compra”, que se usa para designar a capacidade de uma pessoa ou grupo de pessoas para adquirir algum bem ou serviço. O “poder de utilização”, usado em lugar de “acesso” significa o conjunto de características da população que permitem a esta buscar e obter atenção. “Poder de utilização” e “resistência” são conceitos complementares. Da mesma

forma como o preço do serviço constitui um obstáculo para o usuário, os ingressos das pessoas representam um poder específico para superar dito obstáculo. O mesmo tipo de complementariedade existe entre o obstáculo que representa o tempo que gasta para chegar até a fonte de serviços, por um lado, e os recursos de transporte da população, pelo outro.

De maneira análoga, o tempo livre constitui uma capacidade que contrapõe os efeitos negativos do tempo que se investe na sala de espera. Assim, a resistência, como característica dos recursos de atenção à saúde, tem sua contrapartida no poder de utilização, como característica da população. Deve advertir-se que o sentido da distinção se inverteria se o sistema de saúde se organizasse de modo que os recursos se mobilizassem até a população. Em tais circunstâncias, a resistência seria uma característica da população, e o poder uma propriedade dos recursos. Quando, por exemplo, este for o caso de alguns serviços preventivos, o sistema de saúde se organiza fundamentalmente em torno à mobilidade, e não dos recursos.

As considerações anteriores apontam até uma relação complementar entre o conjunto de recursos de atenção à saúde e a população de usuários reais ou potenciais. O conceito de acessibilidade reflete a complementariedade da equação: população – recursos. Esta concepção da acessibilidade é, com efeito, uma elaboração da idéia de "grau de ajuste" proposta por Donabedian (1973). Por um lado, Donabedian (1973) delimita seu conceito de acessibilidade excluindo as etapas de percepção de problemas de saúde (necessidades) e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. Por outro lado, avança na abrangência do conceito de acesso para além da porta de entrada nos serviços, considerando que a acessibilidade indica o grau de (des) ajuste entre as necessidades do pacientes e os serviços e recursos utilizados. Neste sentido a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas considera também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo Frenk (1992) o enfoque do "grau de ajuste" com o domínio estreito da acessibilidade resulta na seguinte definição formal: "Acessibilidade é o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população, no processo de busca e obtenção da atenção". Com relação aos conceitos anteriormente apresentados, pode-se ver a "acessibilidade" como a relação funcional entre os conjuntos de obstáculos à busca e obtenção da atenção (resistência) e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos (poder de utilização).

Se passarmos da teoria ao terreno mais prático das políticas de saúde, é conveniente supor que somente os obstáculos originados nos recursos são variáveis em curto prazo, enquanto que as características da população permanecem relativamente fixas. Em geral, os obstáculos tais como o preço dos serviços, o tempo de deslocamento e a espera se prestam mais às políticas específicas de saúde do que as características sociais e econômicas mais amplas da população, tais como o ingresso, os recursos de transporte ou o tempo livre. Contudo, se deve ter em conta que esta distinção é um tanto arbitrária, pois a capacidade da população não é estritamente independente do nível dos obstáculos.

Desta forma, uma redução dos preços dos serviços aumentará indiretamente o ingresso disponível permitindo que o dinheiro investido em serviços possa destinar-se a outros usos. Mesmo assim, quando se reduz o tempo de transporte dos usuários reutilizando as instalações ou proporcionalmente veículos para tal fim, este representará um aumento no poder de transporte da população. Se as pessoas passam menos tempo na sala de espera, seu tempo livre será maior. Apesar destas correlações, pode ser útil, para os fins da política de saúde, considerar fixo o poder da população e variáveis os obstáculos próprios dos recursos, em curto prazo. Além disso, esta distinção implica que a análises da acessibilidade se centra nas características dos recursos na medida em que estas se adaptam às características da população. Estas análises podem ajudar a reduzir a importância que certos programas – assinalamos no campo da educação para a saúde – outorgam para constatar que o público se conforme aos atuais modos de organização dos recursos para a atenção à saúde.

Para elaborar uma tipologia de obstáculos podem se usar diferentes dimensões. Os obstáculos podem ser classificados de acordo com a força com que se opõem à busca e obtenção de serviços ou de maneira alternativa segundo constituam características permanentes ou provisionais de certa forma de organização dos recursos para a saúde. Uma classificação baseada na fonte dos obstáculos foi proposta por Frenk (1992) e dividida em três categorias principais. A primeira inclui os obstáculos ecológicos, os quais se originam na localização das fontes de atenção à saúde, com suas repercussões de distâncias e tempos de transporte. A segunda categoria, obstáculos financeiros se referem aos preços que cobra o provedor. Finalmente, a terceira categoria está representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de atenção à saúde, ou seja, os obstáculos organizacionais.

Quanto aos obstáculos organizacionais, por sua vez, pode subdividir-se em obstáculos organizacionais na entrada e obstáculos no interior de um estabelecimento de saúde. Os obstáculos de entrada estão representados pelas propriedades da organização dos recursos que obstaculizam o contato inicial com o sistema de atenção à saúde, tais como as demoras para obter uma consulta. Já os obstáculos no interior de um estabelecimento de saúde se referem às características organizativas que interferem com a recepção oportuna de atenção uma vez que o paciente está dentro de um estabelecimento de saúde, por exemplo, o tempo de espera para ser consultado ou obter serviços de diagnóstico. Por outro lado, se empregamos o domínio intermediário da acessibilidade, podemos pensar em obstáculos que se apresentam à saída, ou seja, os obstáculos para que continue a atenção.

É preciso aclarar alguns aspectos da classificação proposta. Em primeiro lugar, as categorias estão mais ou menos estruturadas de modo seqüencial. Se os obstáculos fundamentais de localização são superados e de financiamento, então podemos enfrentar os que se originam na organização dos recursos de atenção à saúde. Nestes, os obstáculos aparecerão primeiro à entrada e logo no interior das instalações de saúde. Este enfoque implica que os obstáculos não se limitam ao contato inicial com os recursos para a saúde.

Em segundo lugar, a classificação enfoca as condições que se interpõe entre a disponibilidade do recurso e sua utilização. A este respeito, é importante insistir novamente em que a falta de capacidade para produzir serviços não se considera um obstáculo em si mesmo. Como vimos antes, de acordo com Frenk (1992), o nível da capacidade é o domínio do conceito de disponibilidade, que deve distinguir-se do de acessibilidade.

É claro que a mera classificação dos obstáculos não basta para produzir um planejamento conceitual completo. Por exemplo, há que se considerar que nem todos os obstáculos têm a mesma importância. Portanto, se faz necessário pensar em um sistema para integrar pesos relativos aos diversos tipos de obstáculos. A noção de resistência pode então considerar-se como uma soma ponderada de obstáculos, no entanto, nossa tipologia não permite integrar *a priori* os fatores de ponderação. Com efeito, a importância relativa de cada obstáculo variará de acordo com o modo de organização do sistema de atenção à saúde. Por exemplo, enquanto que em uma situação de mercado livre os obstáculos financeiros podem ser de importância cardinal, em um sistema com cobertura universal da seguridade social podem ocupar um lugar secundário. De

maneira análoga, em um serviço nacional de saúde complementar regionalizado, os obstáculos ecológicos podem ser quase insignificantes, enquanto que os obstáculos organizacionais ocuparão o posto de maior importância. Além disso, os estados ou regiões de um país podem variar consideravelmente quanto à importância relativa dos obstáculos à busca e obtenção de serviços.

Em suma, essa formulação do conceito de "acessibilidade" trata de captar a essência da noção de "grau de ajuste" entre as características dos recursos para a saúde e as características correspondentes da população, no processo de busca e obtenção de serviços. As características relevantes dos recursos de atenção à saúde se refletem no conceito de "resistência", entendido como a soma ponderada dos obstáculos à busca e obtenção de serviços que se originam nos ditos recursos. Paralelamente, as características relevantes da população se expressam no conceito de "poder de utilização", que é a soma ponderada dos poderes específicos da população para superar obstáculos à busca e obtenção de serviços. Nenhum destes dois componentes basta para definir o grau de acessibilidade em uma área geográfica dada. Qualquer aumento de preço ou de tempo de espera representa um aumento de obstáculos. Mas, com respeito à análise da acessibilidade, tal aumento não terá significado até que se compare com o nível de ingressos ou a quantidade de tempo livre da população. Certas medidas de acessibilidade, como o "índice de acesso" de Chen (1978 *apud* FRENK, 1992), não consideram esta relação cardinal. Em contraste, a formulação proposta por Frenk (1992) estabelece claramente que a "acessibilidade" somente pode entender-se como a relação funcional entre "resistência" e "poder de utilização", relação que reflete o "grau de ajuste" entre os recursos e a população.

Trata-se finalmente de avançar no tema da acessibilidade além da conceituação e abordar aspectos normativos e operacionais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO 2

O SUS E A PROMOÇÃO DA ACESSIBILIDADE COMO MECANISMO DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA A DEMOCRATIZAÇÃO

A opção por tratar do acesso como resposta ao desafio de incluir uma população excluída e a ênfase na acessibilidade é oportuna haja vista sua intrínseca relação com os três princípios constitucionais do SUS. O acesso foi conceituado por Donabedian (1990 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), como a "capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente". Desta forma, o estudo da acessibilidade permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população, em termos de ações de saúde, e a oferta de recursos para satisfazê-las.

2.1 Perspectivas de redução das desigualdades na saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS em nosso país é reconhecido como um sistema que foi criado com princípios pretensiosos de universalidade, eqüidade e integralidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988), bem como, os grandes avanços do sistema ocorridos na última década, que também incluem a ampliação da extensão, o acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção básica como na de maior complexidade, acompanhado de um processo de descentralização importante, tornando os municípios os principais atores do sistema público (BARATA *et al*, 2004).

Assim, o SUS se tornou, desde o seu surgimento, um dos sistemas de saúde pública de maior cobertura do mundo e sua efetivação implicou na organização de uma ampla rede de serviços e ações de saúde, abrangendo todos os níveis de complexidade.

O sucesso da implementação da descentralização e municipalização, princípios organizacionais que criaram desde o início a conformação do sistema, não fez desaparecer as desigualdades e iniqüidades nos serviços ambulatoriais de média e alta complexidade, tanto que pode ser observada dificuldade de acesso de populações mais

eqüidistantes dos pólos de referência em saúde, conforme o estabelecido no Plano Diretor de Regionalização – PDR (2004), elaborado pela Superintendência de Planejamento – SPLAN, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; pela oferta distribuída de maneira desproporcional à necessidade da população local e/ou regional e ainda pela marginalidade de educação sanitária em que se encontra a maioria dos municípios de pequeno porte.

Uma pesquisa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS realizada em 2002, comparada com pesquisa anterior realizada em 1998, indica redução no percentual de entrevistados que apontam melhoria nos serviços do SUS, além de permanecer os grandes problemas do sistema com o tempo de espera para atendimentos, tanto em filas como para agendamento de consultas especializadas, o que nos leva a supor que nossas ações devam ser direcionadas a dar maior resolubilidade aos sistemas locais de saúde, além de apontar o acolhimento dos usuários e suas demandas como algo que ainda não está resolvido.[3]

Uma das perspectivas que visualizamos seria o aperfeiçoamento do planejamento regional de saúde, não a desconcentração dos serviços, mas uma descentralização baseada nas necessidades epidemiológicas regionais, acompanhada de aporte financeiro às regionais de saúde e aos municípios. Mesmo com o aumento de aporte financeiro para a saúde, há que se buscar maior racionalidade e eficiência no sistema. Este esforço deve se dar no sentido de que a aplicação dos recursos de saúde deixe de atender a lógica da oferta (comprar serviços onde eles já existem e, portanto onde a população já tem acesso), e haja um planejamento de aplicação de acordo com a necessidade da população, e ainda que não seja em conformidade com a herança histórica do sistema de pagamento por procedimentos, na qual as necessidades de saúde são ajustadas aos prestadores existentes e não o contrário.

Além disso, como observa Levcovitz *et al.* (2001), ao lado da persistência de desigualdades de acesso no SUS, temos também as distorções no modelo de atenção praticado (medicalização e uso inadequado de tecnologias), bem como no âmbito da qualidade e resolubilidade em muitos serviços do sistema de saúde.

Em um contexto no qual o uso de tecnologias modernas torna-se cada vez mais freqüente na saúde (equipamentos e medicamentos), é importante para a melhoria da qualidade e eficiência da atenção, o desenvolvimento e utilização de diretrizes ou guias

[3] Disponível no site: www.conass.com.br.

de condutas clínicas baseadas em evidências científicas, como propõe Silva (2003). Essas podem auxiliar a elaboração de padrões adequados para a programação de recursos locais ou regionais. Não se trata apenas, de impor parâmetros arbitrários aos prestadores de serviços de saúde, mas desenvolver e investir em novas práticas de saúde, passando a seguir outra lógica organizadora para a rede. Esta deve incorporar os aspectos epidemiológicos, parâmetros assistenciais e de necessidades de saúde demandadas pela população, bem como de protocolos de conduta clínica, elaborados com metodologia explicitada e participação dos centros universitários médicos e científicos reconhecidos no país.

Portanto, apenas o discurso tecno-burocrático não é suficiente para garantir a viabilização do SUS: é indispensável o debate político, o envolvimento efetivo da comunidade, exercendo de forma plena sua participação como atributo de cidadania ativa e defesa de direito. Neste sentido, proporcionar saúde aos seus concidadãos como cumprimento da responsabilidade do Estado e ampliar a eqüidade de acesso aos serviços, pressupõe a elaboração de políticas públicas de saúde coerentes com as diretrizes traçadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS. (LEFRÈVRE; LEFRÈVRE, 2003). Médici (1992 *apud* LEFRÈVRE; LEFRÈVRE, 2003, p.233) salienta que: “O progresso técnico em saúde não tem propiciado a incorporação dos segmentos sociais excluídos com a mesma vitalidade que gera inovações nos meios diagnósticos e terapêuticos”.

De acordo com Plano Diretor de Regionalização – PDR de Goiás sob a coordenação da Superintendência de Planejamento - SPLAN (PDR, 2004) o estado de Goiás tem como determinantes para a saúde e a doença de sua população vários fatores. Dentre eles podemos citar o crescimento populacional predominantemente urbano e em algumas regiões de forma desordenada, sofrendo grandes influências de pólos importantes, com peculiaridades sócio-econômicas e políticas diferenciadas dos demais estados brasileiros, como é o caso dos municípios do Entorno do Distrito Federal.

Os serviços de saúde no Estado de Goiás foram, historicamente, distribuídos geograficamente, de forma distorcida. Observa-se uma grande concentração destes na capital do estado, enquanto municípios mais distantes ficam totalmente desassistidos. Esta realidade é fruto de um modelo onde as necessidades efetivas da população não foram levadas em consideração e se instalaram e credenciaram prestadores de serviços de forma aleatória e desvinculada de um planejamento global. A conseqüência é uma inadequada distribuição de serviços, com dificuldades no seu acesso e impossibilidade

de referência e contra-referência. (PDR, 2004).

O Sistema de Saúde em Goiás não conta, até o momento, com mecanismos de referenciamento formais entre os diversos gestores. Os atendimentos ambulatoriais especializados e os de média complexidade são geralmente encaminhados de forma aleatória, diretamente de um serviço para outro sem que haja prévia pactuação de critérios entre os gestores. Tal situação ocorre entre os diversos municípios do estado e intramunicípio, principalmente na capital, onde os pacientes buscam atendimento para complementação diagnóstica nos diversos serviços conveniados ao SUS.

Ainda de acordo com o PDR (2004), as distorções apresentadas apontam para a necessidade de reestruturação deste modelo, estabelecendo um sistema de saúde que realmente amplie o acesso e garanta a eqüidade às ações e serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade da assistência, adotando como estratégia à regionalização, além da ampliação e qualificação da atenção básica, da organização hierarquizada da atenção de média e alta complexidade, do fortalecimento da capacidade de gestão, com definições claras de responsabilidade e prerrogativas das partes envolvidas nos Termos de Garantia de Acesso, com a otimização dos recursos existentes em todo território e nas diversas esferas de governo.

Finalmente, o planejamento regional deve também se preocupar com a qualidade encontrada em serviços da rede de atenção básica, por meio da avaliação contínua das ações municipais, buscando aumentar sua resolubilidade e criar relações mais efetivas entre as unidades de atenção básica e os demais níveis do sistema.

Com relação à Reforma Sanitária Brasileira, Merhy e Onocko (1997) destacam que ela tem tomado como eixo que a rede básica deverá ser um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades, inclusive redefinindo o lugar dos outros, visando uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um redebasicocêntrico.

Neste sentido, tem sido um desafio aliar as tecnologias, que são procedimentos mais eficazes, no controle das exposições aos riscos de adoecer, com aquelas que são efetivas na intervenção junto aos processos de “sentir-se” ou “estar-se” doente. E, nesta situação, ainda conforme Merhy e Onocko (1997), a rede básica, diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde. Portanto a rede básica não pode ser

confundida com um espaço físico, pois pressupõe um espaço de trabalho em saúde.

O aprofundamento da crise econômico-financeira da Previdência Social e, de todo o padrão de constituição da relação Estado/políticas sociais/classes, aumentou a possibilidade de reformas menos pontuais, o que ocorreu com as Ações Integradas de Saúde – AIS em 1982, a qual propiciou um remanejamento relativo de dinheiro da Previdência para o setor público de prestador de serviços de saúde nos níveis estadual e municipal. Este processo se acentuou nas perspectivas que a "Nova República" trouxe para a arena política do setor, e que foram se traduzindo no interior da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 8ª CNS, na estruturação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS e no texto constitucional aprovado pela Assembléia Nacional Constituinte, que levou a formação do SUS.

O processo de cobertura assistencial vigente no Brasil, assim como o processo de descentralização, com a implantação de um sistema regionalizado e regulado pelos gestores estaduais e municipais, reduziu as desigualdades em saúde, sem, no entanto, eliminá-las. Ao avaliar a política nacional adotada, mesmo sendo considerada pela Organização Pan-americana de Saúde – OPAS como uma das mais avançadas no contexto latino-americano percebe-se que ainda há um longo caminho a percorrer, no intuito de reduzir as desigualdades ainda existentes. Cabe mencionar ainda, que o desempenho de municípios e estados é deficitário quanto à gestão dos serviços de saúde e que os instrumentos de supervisão, controle e monitoramento de gastos precisam ser reforçados. Portanto, o grande desafio do Sistema Único de Saúde no Brasil é melhorar a qualidade e a eficiência do sistema. (MENDES 2001).

Deste modo, a política nacional deve facilitar o acesso aos serviços de saúde, onde há lacunas: na oferta de recursos humanos disponíveis para o atendimento à população; o cumprimento do horário de atendimento; a disponibilização de medicamentos e seu fornecimento em locais de referência apropriados a atender a população; a realização de exames de acordo com a demanda; a implantação de programas e serviços inexistentes e de acordo com o perfil epidemiológico local; e até mesmo a informação em si sobre a existência de serviços que alcancem uma população determinada, veiculada através de meios de comunicação. Faz parte da acessibilidade, além da informação, a representação e conexão com a burocracia dos serviços públicos oferecidos, o que, se dificultado, pode ocasionar desestímulo na demanda do serviço.

É evidente que após a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde

– NOAS/2001[4] (NOAS, 2001) impôs-se a necessidade dos estados e municípios organizarem suas estruturas de controle, regulação e avaliação. Por outro lado, ressalta-se a responsabilidade de garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários; enfrentamentos diante das desigualdades sócio-econômicas, como o desemprego, a fome e a violência, que contribuem para o agravamento das más condições de saúde; uma atitude de apoio à melhoria das condições de vida; a otimização dos recursos disponíveis e a reorganização da assistência. Ainda consideramos a utilização de vertentes educativas como benefício mútuo de qualidade em saúde, tanto para os cidadãos como para a criação de uma nação saudável, com localidades saudáveis, em atendimento à promoção e atenção à saúde.

A situação da saúde pública no Brasil tem alcançado níveis gerais satisfatórios na última década, de acordo com avaliação do Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH, (atualmente o PNASS 2004/05 – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde), [5] bem como dos resultados da implantação dos Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família. Mesmo diante de um quadro de melhorias gerais, ainda existem dificuldades por parte da população em terem atendidas todas as suas necessidades em saúde. Isso se deve ao agravamento das situações de miséria e desemprego, principalmente, das populações periféricas dos grandes centros urbanos, diante de uma política nacional de achatamento salarial e falta de investimentos em saneamento básico.

2.2 Descentralização do SUS – premissa constitucional e condição de cidadania

Apesar da implementação do SUS, com o atual processo de descentralização, bem como de seus reconhecidos benefícios, como seria esperado em processos sociais complexos, Barata *et al* (2004), ressalta que o SUS trouxe novos desafios, desencadeou novos problemas financeiros, organizacionais e gerenciais, que desafiam e retardam a concretização de premissas constitucionais do sistema e, exigem reflexão e estratégias

[4] Disponível no site: www.saude.gov.br

[5] Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNSH desenvolvido em 1998 pelo Ministério da Saúde e implantado em 2001 e 2002, em atendimento aos artigos 15 e 17 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Posteriormente com o objetivo de torná-lo mais amplo, a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS e seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC, desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde – PNASS implantado em 2004/2005, de forma a atender a complexidade dos serviços de saúde do SUS.

de enfrentamento por parte dos gestores e de todos aqueles que entendem a saúde, como condição imprescindível de cidadania.

A discussão em torno dos sistemas de saúde do mundo que se encontram sobrecarregados, na sua maioria, se faz necessária e urgente, pelo aumento significativo das demandas e pela elevação dos custos. Há uma necessidade contínua de recursos financeiros para as atividades do sistema, fato este que, incomoda às áreas econômico-financeiras de governo. Tal fato leva muitos países a concentrarem suas ações, na busca de novos mecanismos de financiamento para o setor e de formas mais eficientes para controlar os gastos. Neste sentido, as estratégias de saúde se desenvolveram no sentido de enfatizar mais as ações de promoção e proteção à saúde, do que as ações curativas.

Na Constituição Brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS surge, com o objetivo de garantir a saúde para todos, observando seus princípios de Universalidade, Integralidade e Eqüidade instituídos. O próprio texto constitucional estabelece que o sistema de saúde deve ser descentralizado, com direção única em cada nível de governo, sendo que a legislação do SUS prevê a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, determinando a ênfase na descentralização dos serviços; a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, de acordo com a Lei 8.080/90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). Passados 15 anos, o SUS ainda vive um conflito de identidade, entre garantir a saúde a todo cidadão e a complexidade de se criar mecanismos que venham viabilizar esse objetivo.

A Norma Operacional Básica do SUS - NOB 96[6] do Ministério da Saúde, já identificava, ao lado das vantagens da responsabilização dos gestores municipais, "o elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS." (BARATA *et al*, 2004)

Levcovitz *et al*.(2001) afirmam que a descentralização *per se* é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, ressaltando outros aspectos relevantes como o adequado aporte financeiro, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo, a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos e apresenta como dificuldades à imprecisão do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema e os conflitos acentuados nas relações entre os gestores nas diversas esferas (federal, estadual e municipal).

[6] Portaria GM/MS nº 2.203 de 05 de novembro de 1996 aprova a Norma Operacional Básica, publicada no Diário Oficial da União de 06 de novembro de 1996, Seção I.

Almeida (2004) relata o dilema entre a autonomia plena da gestão local como desejável, em nome da democracia e da heterogeneidade, mas fortemente dependente da eficiência e competência dos sistemas decisórios locais e tendentes a produzir mais fragmentação e perpetuar desigualdades.

Mendes (2001) aponta problemas reais ocorridos no processo de municipalização em diversas regiões do Brasil, no qual os municípios expandem a atenção médica sem nenhuma articulação regional, com desperdício de recursos públicos, gerados pela ineficiência na prestação da assistência, com serviços de saúde (hospitais) atendendo com baixa taxa de ocupação, aparelhos de apoio diagnóstico (como ultra-som) trabalhando com ociosidade, dentre outros problemas.

Podemos observar que os Princípios Doutrinários do SUS que são as cláusulas pétreas: Integralidade, Universalidade e Eqüidade, por si só não podem garantir os princípios operativos ou organizacionais de descentralização com municipalização, regionalização com hierarquização e a participação popular, que também são princípios importantíssimos para o SUS, conforme destaca Barata *et al* (2004), porém há escolhas de como implantá-los ou como organizar o sistema de saúde, o que gera questionamentos e conflitos.

Ainda, segundo Barata *et al* (2004), os princípios doutrinários e organizacionais do SUS podem ser conseguidos pela busca contínua da universalização do atendimento, usando como estratégia a ampliação da Atenção Primária. A busca do princípio da integralidade deve ser operacionalizada por meio da regionalização e hierarquização das ações. O papel do gestor estadual na regionalização, com a implantação de centrais de regulação, na organização de sistema de referência e contra-referência e na busca de eqüidade têm como objetivo oferecer mais a quem mais precisa e não distribuir igualmente a todos.

O desenvolvimento do sistema descentralizado comporta o perigo de se atingir a universalidade sem a integralidade: é aquela situação que poderia ser denominada de “SUS para pobres”, no qual temos apenas o atendimento básico universal, sem conseguir estruturar serviços de média e alta complexidade que dêem cobertura suficiente e adequada para todos.

Tal fato realmente ocorre no país, obrigando a população a longas peregrinações, inclusive a outros estados em busca de tratamento, na maioria das vezes enfrentando filas e exagerado tempo de espera para obtê-lo.

Barata *et al* (2004) ressalta que, embora as leis definam claramente as

competências, há dificuldades de operacionalizar o sistema de saúde. Destaca que cada gestor pode dar respostas diferentes a questões semelhantes, em razão da sua realidade. Avançou-se na descentralização e no controle social no país inteiro, porém a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS[7] não se implantou de forma automática, requereu dos gestores vários ajustes, uma vez que o processo era ainda muito cartorial: há imenso número de papéis e formulários a serem preenchidos e assinados.

Ainda segundo o autor citado acima, cada esfera de governo deve exercer seu papel no sistema de saúde, propondo para tanto

> Aos municípios: garantir o acesso aos serviços básicos de saúde; responsabilidade pela saúde do cidadão; e referenciar os casos mais complexos. Cuja referência deve ser feita de forma organizada;
> Aos estados: atuação complementar sempre que o município, por qualquer razão não consiga realizar as ações e serviços básicos e regular e prover o acesso aos serviços mais complexos;
> À União: estabelecer a política nacional de saúde e co-financiar os sistemas locais e regionais. (BARATA *et al*, 2004).

Crítica pertinente a Norma Operacional da Assistência – NOAS/SUS é aquela de Teixeira (2002), que aponta a limitação da concepção de "integralidade" nesta norma, restrita à racionalização da oferta de serviços voltados ao atendimento à demanda espontânea.

Do mesmo modo, refere-se ao viés economicista da Programação Pactuada Integrada - PPI,[8] o novo planejamento participativo proposto pelo Ministério da Saúde na NOAS, que ao racionalizar a oferta de serviços pelas unidades de saúde, segundo a complexidade tecnológica dos mesmos, não problematiza o conteúdo das práticas que são realizadas, nem sua adequação às necessidades e problemas de saúde da população local.

---

[7] Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001 aprovada pela Portaria GM/MS nº 95 de 26 de janeiro de 2001, e a NOAS/SUS 01/2002 pela Portaria GM/MS nº 373 de 27 de fevereiro de 2002.

[8] PPI – Programação Pactuada e Integrada é o processo de programação como instrumento de organização do sistema de saúde, e que visa a melhoria do acesso e da resolutividade da atenção nos seus diversos níveis, deverá viabilizar no âmbito da assistência, a operacionalização das intenções e prioridades expressas nos planos de saúde estadual e municipais; sua síntese deverá ainda estar contida na Agenda de Compromisso para a Saúde e no Quadro de Metas anual, refletindo as especificidades, problemas e prioridades estaduais e locais. A PPI é coordenada pelo Gestor Estadual – SES-GO e elaborada pelos municípios, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, em resposta ao princípio de comando único do sistema de saúde em cada esfera de governo. A programação deverá envolver a alocação de recursos, explicitando os recursos federais por nível de atenção e os recursos estaduais e municipais por valores globais. (MANUAL DO CONASS, 2006).

2.3 A regulação da saúde na perspectiva da implantação dos Pactos pela Saúde

A capacidade gestora da rede de serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, dos estados e municípios não é uniforme em todo o território nacional, fato que gera alguns sistemas de saúde mais resolutivos que outros, gerando desta forma significativas distorções ou dificuldades no atendimento aos usuários.

Como a organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações ocorrem de forma fragmentada, desta forma, o estabelecimento das referências pactuadas por meio da PPI tornam-se ineficientes, dificultando ainda mais o acesso dos usuários, por conta das barreiras físicas e burocráticas, às ações e serviços de saúde, apesar da constante expansão da rede e investimentos substanciais em alta tecnologia.

Durante todo o processo de construção do SUS, evidenciou-se a necessidade de propor alternativas que dirimissem a fragmentação da gestão pública da saúde. Nesse contexto, conforme citamos anteriormente, foi deliberada e aprovada em janeiro de 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e posteriormente a NOAS 01/2002.

Com a implantação da NOAS, a responsabilização da gestão pública da saúde delimitada por níveis competência e complexidade da rede de serviços levou ao estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, segundo os Planos Diretores de Regionalização. Definidas e pactuadas as regras de referenciamento entre municípios de um mesmo estado, garantindo o financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI surgiu a necessidade de se regular este fluxo, a fim de garantir que os pactos fossem cumpridos e revistos de acordo com a necessidade demandada, bem como, garantir que cada ente federado cumprisse o atendimento em saúde que lhe fosse demandado, segundo a programação, os pactos e sua capacidade física instalada.

Segundo a própria NOAS, a estruturação das ações de regulação assistencial deve ocorrer por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho, ou centrais de regulação, que atuem em ações reguladoras específicas como a regulação das urgências, consultas, exames e leitos definindo, sucintamente, que a regulação assistencial deva estar “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” (NOAS, 2002).

Várias Portarias foram publicadas para regulamentar a implantação da NOAS, dentre elas a Portaria SAS nº. 423 de 09 de julho de 2002[9] que estabeleceu requisitos para a regulação assistencial, contudo, o tema referido continuou restrito a aspectos de um macro processo de planejamento orientando sobre necessidades gerais, sem detalhar as especificidades da construção da lógica de organização, estruturação e operacionalização das ações.

Em todo o país existe um grande fluxo de pacientes entre estados – fluxo interestadual, e no caso de Goiânia a referência em procedimentos de alta complexidade é proveniente principalmente das regiões Norte, Nordeste e de dos outros estados da região Centro Oeste.

Neste sentido o Ministério da Saúde instituiu o Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde, conforme Portaria/SAS/MS nº.356 de 22 de setembro de 2000[10], o que compreende a concepção de desenvolvimento de capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo. A regulação assistencial está em processo de implantação e implementação através dos complexos reguladores e o desenvolvimento de ações de fomento e cooperação técnica pelo Ministério da Saúde, na qualidade de gestor federal do SUS.

O complexo regulador também é composto por estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam. As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas com a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, podendo ser conformadas em: Central de Regulação de Urgência que tem sua ação executada conforme disposta na Portaria/GM nº2048 de 05 de novembro de 2002[11]; Central de Regulação das Internações Hospitalares responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados; e a Central de Regulação de Consultas e Exames que é responsável pela regulação do

[9] Disponível no site: www.saude.gov.br
[10] Disponível no site: www.saude.gov.br
[11] Disponível no site: www.saude.gov.br

acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados.

Como forma de melhor qualificar o acesso de pacientes à alta complexidade de forma equânime em todo o país, foi criada a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, que é representada nos estados pelas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade – CERAC's, que devem ser integradas às ações regulatórias das demais centrais de regulação. Na prática as CERAC's respondem pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurocirurgia, epilepsia e traumato/ortopedia. A CNRAC e as CERAC's são regidas pela Portaria/GM nº.2309, de 19 de dezembro de 2001, Portaria/SAS nº.589, de 27 de dezembro de 2001 e a Portaria SAS/MS nº.39 de 06 de fevereiro de 2006.[12] No caso de Goiás não há uma Central estadual e sim Municipal que é a Central Municipal de Regulação da Alta Complexidade – CMRAC.

2.3.1 O Pacto pela Saúde 2006

Apesar de todo o arcabouço legal e normativo do SUS desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o processo normativo do SUS ainda precisava contemplar a ampla diversidade e as diferenças do nosso país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde; atenção primária; assistência de média e alta complexidade; epidemiologia e controle de doenças; vigilância sanitária e ambiental; a reafirmação da importância das instâncias deliberativas – Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o fortalecimento do controle social.

Desde 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, que representa os secretários estaduais – realizou várias discussões, e os resultados e consensos elaborados foram de que o Ministério da Saúde fizesse uma revisão do processo normativo do SUS. [13] Entre as prioridades discutidas e consideradas

[12] Portarias disponíveis no site: www.saude.gov.br
[13] Manual do CONASS – Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde: Legislação e notas técnicas do CONASS. 2006.

prioritárias foram elencados: compromisso com o SUS e seus princípios; o fortalecimento da Atenção Primária; a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial; o fortalecimento do papel dos estados; a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29 e por mais recursos para a área da saúde.

O trabalho em conjunto, entre CONASS, Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e Ministério da Saúde, teve seus primeiros resultados estabelecidos na Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. [14] Em 03 de abril de 2006, foi publicada a Portaria GM/MS nº. 699, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, e a Portaria GM/MS nº. 698, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais ao custeio de ações e de serviços de saúde em blocos de financiamento. [15]

Estas diretrizes reafirmam os princípios do SUS, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI); além de possibilitarem a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com o objetivo de melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde.

Nesse sentido, estabeleceu-se a organização de um Pacto pela Saúde, com capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e de organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira e tornar a saúde uma política de estado mais do que uma política de governo – isto significa que aquelas de governo são passageiras e as de estado permanecem.

Foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS; Pacto pela Vida e Pacto de Gestão.

O Pacto em Defesa do SUS é um compromisso inequívoco à repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de estado, mais do que uma política de governo. As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são de implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de: mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, em curto prazo, a regulamentação da Emenda

[14] Portaria disponível no site: www.saude.gov.br
[15] Portarias disponíveis no site: www.saude.gov.br

Constitucional nº. 29[16], pelo Congresso Nacional; garantir, em longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e os financeiros para a saúde; aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas; elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto pela Vida é, portanto, um instrumento do Pacto pela Saúde 2006 e representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS, vigente até agora. Este fato se deve ao rompimento com os pactos realizados em variáveis discretas de tempo, por meio de normas operacionais do SUS (NOB's e NOAS). Essas normas fixavam-se, prioritariamente, em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários.

O Pacto pela Vida será permanente. No campo operativo, as metas e os objetivos do Pacto pela Vida devem se inscrever em instrumentos jurídicos, os Termos de Compromissos de Gestão, firmados pela União, estados e municípios. Esses termos têm como objetivo formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes às esferas governamentais no processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS. A definição de objetivos deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Os pactos estaduais deverão estar referenciados pelas metas e objetivos nacionais; os pactos regionais e municipais devem ser referenciados pelas metas estaduais. Essa é uma mudança operacional importante porque não há de se impor metas nacionais a estados, nem metas estaduais a regiões ou municípios. Pacto é negociação equilibrada entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra.

O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: Saúde do idoso; Controle de câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna;

[16] Emenda Constitucional 29 – EC29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Esta emenda ainda prescinde de regulamentação.

Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica/Primária.

O Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº. 8.080/90. Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Avança na regionalização e na descentralização do SUS, respeitando as singularidades regionais. Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite (federal, estadual e municipal) em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

Os objetivos do Pacto de Gestão são: definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação (NOAS, 2002); estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

2.3.2 Diretrizes para a gestão do SUS

Com a aprovação das diretrizes do Pacto de Gestão prevêem-se várias mudanças no âmbito do SUS. Inicia-se um processo de Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite – CIB. A proposta é de que gradativamente, respeitadas as diretrizes e as normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, os estados, em parceria com os municípios, nas CIB's, definam os modelos organizacionais a serem implantados de acordo com a realidade de cada estado e região do país.

As CIB's estaduais e microrregionais passam a desempenhar papel relevante na análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e a regulação do sistema.

O Pacto de Gestão reafirma a Regionalização como uma diretriz do SUS. Atualmente, existem inúmeras regiões de saúde constituídas no país, [17] portanto, há de se considerar os esforços já realizados na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), nos estados, a partir da implantação da NOAS/SUS 01/2002. Assim, as Secretarias Estaduais, considerando as premissas propostas no pacto de gestão, devem avaliar a constituição das regiões de saúde, dos seus Planos Diretores de Regionalização com objetivo de conformar o modelo de atenção integrado. O que se pretende com o processo de Regionalização é melhorar o acesso a serviços de saúde, respeitando os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a se desenvolver sistemas eficientes e efetivos. E ao construir uma regionalização eficaz, criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde.

Ainda sobre o Pacto de Gestão, segundo nota técnica do Manual do CONASS (2006) destaca-se que ele não propõe nenhum desenho ou modelo padrão de Região de Saúde. Cada CIB deverá estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e aos serviços de saúde. Portanto, a definição do conjunto das ações e serviços a serem desempenhados em cada região deverá estar de acordo com as necessidades de saúde e da capacidade de oferta da região. No entanto, para que isso ocorra, será necessário que o processo de regionalização se faça sobre territórios sanitários mais do que sobre territórios político-administrativos. [18] O que implicará o uso de metodologias que incorporem operacionalmente os conceitos de economia de escala, os fluxos viários e os fluxos assistenciais.

O processo de regionalização inscreve-se em uma perspectiva de mudança cultural: da regionalização espacial para uma regionalização de atenção à saúde. Nesse sentido, o processo de regionalização será utilizado como base espacial para a construção de redes de atenção à saúde. Isso é uma exigência da situação

[17] Portaria GM/MS 399 de 22/02//06 as Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. As regiões podem ter os seguintes formatos: Regiões Intraestaduais – composta por mais de um município, dentro de um mesmo estado; Regiões Intramunicipais – organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; Regiões Interestaduais – conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; e as Regiões Fronteiriças – conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

[18] O processo de regionalização envolverá diferentes Territórios Sanitários: a microárea de abrangência de um agente comunitário de saúde; a área de abrangência de uma equipe de Saúde de Família ou de uma Unidade Básica de Saúde; a região de saúde (na prática o mesmo que a microrregião da NOAS) que será o território de auto-suficiência nos procedimentos de média complexidade; e a macrorregião que será o território de auto-suficiência em procedimentos de média complexidade de mais alta densidade tecnológica e do procedimentos de alta complexidade.

epidemiológica brasileira, marcada pela convivência de doenças transmissíveis e doenças crônicas, com predominância relativa dessas últimas. Quando existe uma situação de dupla carga das doenças impõe-se uma resposta social organizada dos sistemas de saúde, expressa nas redes integradas de atenção á saúde.

Uma das mudanças na gestão proposta no pacto é a constituição de um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa por meio de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB.

Em seu arcabouço, o Pacto de gestão trata do Financiamento do SUS e enumera os princípios gerais: responsabilidade das três esferas de governo – União, Estados e Municípios; redução das iniqüidades macrorregionais, estaduais e regionais a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos; repasse fundo a fundo definido como modalidade preferencial na transferência de recursos entre os gestores; e o financiamento de custeio com recursos federais constituídos e transferidos em blocos de recursos.

Os blocos de financiamento para o custeio são: Atenção básica/primária; Atenção de média e alta complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. Os recursos de cada bloco de financiamento devem ser aplicados exclusivamente às ações e serviços de saúde relacionados ao bloco. Aos recursos oriundos da prestação de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, resultante das unidades públicas, não se aplica essa restrição. No bloco de financiamento da assistência farmacêutica, os recursos devem ser aplicados exclusivamente às ações definidas em cada componente.

O Ministério da Saúde está propondo diretrizes para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada em Saúde (PPI), ainda segundo o Pacto pela Saúde 2006, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A nova proposta da PPI permite maior autonomia dos gestores na definição de suas prioridades e nos parâmetros a serem adotados de acordo com a necessidade de recursos para programação de ações e serviços de saúde no âmbito dos estados.

Quanto aos princípios orientadores do processo de Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, estabeleceram-se: cada prestador responde apenas a um gestor; e a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto. Para este os seguintes princípios devem

ser observados: da descentralização, municipalização e comando único; da busca da escala adequada e da qualidade; considerar a complexidade da rede de serviços locais; considerar a efetiva capacidade de regulação; considerar o desenho da rede estadual de assistência; a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS; a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual; e a operação dos complexos reguladores quanto à referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB.

Como explicitado pelas diretrizes, a regulação dos prestadores não tem modelo único para o país. Cada CIB poderá definir o modelo que melhor se adapte à realidade do estado e municípios envolvidos. Desta forma, a regulação assistencial não é prerrogativa de uma esfera de governo, exclusivamente. Porém, vale destacar o papel fundamental das secretarias estaduais na gara ntia do acesso do cidadão, notadamente nas referências intermunicipais.

2.3.3 Responsabilidades sanitárias do Pacto pela Vida

O Pacto de gestão estabeleceu que as ações e serviços de atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios. As demais ações e serviços de saúde serão atribuídos de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

Em relação à gestão dos prestadores de serviços, fica mantida a normatização estabelecida pela NOAS 01/2002. Nesse sentido, estados e municípios são considerados gestores de saúde, o que diferencia o gestor, a partir da publicação do Pacto, é a pactuação das responsabilidades definidas nas respectivas CIB's. [19] Assim, pode haver situação em que o estado fica com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for a compreensão dos gestores para determinado estado. Portanto, não há um modelo a ser seguido, a definição da gestão ficará de acordo com pactuação a ser estabelecida nas CIB's.

Foram definidas responsabilidades gerais da gestão para os três entes federados (municípios, estados e União). Estas responsabilidades dizem respeito a questões como

[19] De acordo com a Portaria GM/MS 399 de 22/02//06 Gestão é a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras.

a garantia da integralidade da atenção à saúde; [20] participação no financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS; reconhecimento das necessidades da população; desenvolver a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação; definição do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir o acesso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

Algumas responsabilidades específicas dos estados são preconizadas no Pacto quanto à Regionalização; ao Planejamento e Programação; à Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; à Gestão do Trabalho; à Educação na Saúde; e na Participação e Controle Social.[21]

2.3.4 A Política Nacional de Regulação e a promoção da acessibilidade

As diretrizes operacionais instituídas pelo Pacto pela Saúde, publicado pela Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da Regionalização, como o Plano Diretor de Investimentos (PDI), o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI); e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e a qualificar o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde. De acordo com esse processo, de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS é que está sendo proposta a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as Unidades

[20] A Atenção à Saúde engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos: o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial ou hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar; o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros).

[21] Todas as Responsabilidades Gerais e Específicas estão detalhadas nos Anexos da Portaria GM/MS nº. 699 de 30 de março de 2006, publicada em 03 de abril de 2006.

Federadas. (MANUAL DO CONASS, 2006).

O termo regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas. A NOAS/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação do acesso dos usuários a serviços de saúde – uma concepção restrita de regulação que induz a iniciativa de controle do acesso, de adequação à oferta. Assim como a NOAS/SUS 01/2002 vinculou o processo e as ações de regulação às formas de gestão estabelecidas. [22]

A regulação é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelo gestor estadual. Porém, o CONASS entende que há necessidade de aprofundar esta discussão, no sentido de se estabelecer alguns consensos, para contribuir com o fortalecimento da gestão estadual e incentivar a incorporação de atividades e ações de regulação, na garantia do direito à saúde, da universalidade e da integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade.

> A regulação estatal dá-se quando o estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento dos seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população. (MENDES, 2005).

A Política Nacional de Regulação do SUS propõe quatro eixos a serem operacionalizados pelos gestores, em consonância com o estabelecido nas diretrizes, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial do Pacto de Gestão.

O primeiro eixo é a implantação e implementação de complexos reguladores e consiste na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, o controle assistencial e a avaliação, assim como outras funções da gestão, como programação e regionalização.

O segundo eixo a ser operacionalizado é a implantação de sistemas informatizados de regulação, utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções das Centrais de Regulação, que possuem os seguintes objetivos: distribuir de forma

[22] Regular, segundo o Dicionário Aurélio (1999): sujeitar às regras, regrar, encaminhar conforme a lei, esclarecer/facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para, regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, entre outros.

equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada; distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada; acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e os municípios; permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados; identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda; subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso; e permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

O terceiro eixo é a instituição de diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS: é uma das metas do Pacto de Gestão, no prazo de um ano, a contratualização de todos os prestadores de serviço do SUS.

O quarto e último eixo da operacionalização da regulação é a capacitação e educação permanente das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo.

O próximo capítulo trata da apresentação dos resultados deste estudo e discussão sobre a análise dos dados nos dois setores estudados. A primeira abordagem dos resultados é da acessibilidade na média complexidade e a segunda da acessibilidade na alta complexidade.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações obtidas possibilitaram os resultados relativos a acessibilidade na média complexidade e na alta complexidade. No contexto da acessibilidade, este estudo permitiu também avaliar a estrutura e funcionamento dos Setores de Check-in/vale-exame e de Alta Complexidade/Alto Custo no processo de autorização prévia de exames ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. Estes processos de trabalho delinearam a forma com os pacientes são acolhidos, orientados nas unidades autorizadoras e posteriormente o direcionamento adequado à necessidade de cada usuário do SUS. Os resultados, que abrangem a efetividade ou o impacto de todo o processo de autorização resulta ou não em promover o acesso ao cuidado adequado e conseqüentemente promover a atenção à saúde na sua integralidade de forma equânime. Estes resultados estão descritos e analisados no decorrer deste capitulo.

3.1 Acessibilidade na Média Complexidade - unidades da Secretaria Municipal de Saúde com liberação de Check-in/Vale exame

O Setor de Check-in (vale-exame) está subordinado à Divisão de Apoio Diagnóstico e esta ao Departamento de Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. A unidade central de liberação dos Vale-exames está localizada no Setor Pedro Ludovico e em prédio anexo ao da sede da Secretaria. Incluindo a unidade central são 63 (sessenta e três) unidades de liberação de vale-exame na capital distribuídas em 08 (oito) Centros de Atenção Integral à Saúde - CAIS; 01 (um) Centro de Atenção à Saúde Mental (Água Viva); 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS; 02 (dois) Centros de Referências Municipais (Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica - CRDT e o Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia - CROF); 35 (trinta e cinco) Centros de Saúde/Postos de Saúde; 04 Centros Integrados de Atenção Médica e Sanitária-CIAMS, 01 (uma) Maternidade Municipal (Nascer Cidadão); 02 (dois)

Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS; 01 (uma) na Primeira Regional de Saúde do Estado com 02 (dois) microcomputadores; 04 (quatro) Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família - UABSF ou Unidades do Programa de Saúde da Família - PSF; 02 Hospitais Filantrópicos conveniados ao SUS (01 microcomputador no Araújo Jorge e 02 na Santa Casa de Misericórdia); e 01 unidade no Serviço Social da Indústria e da Construção do Estado de Goiás - SECONCI (Tabela 1). A maioria das unidades municipais, a 1ª Regional de Saúde (estadual) e a unidade do Hospital Araújo Jorge estão operando com autorização on-line, num total de 58 unidades. Apenas cinco unidades do total de 63 não estão on-line e funcionam com liberação de valores financeiros semanais em disquetes.

O Sistema informatizado de autorizações não permite a emissão de relatórios gerenciais, de forma rotineira, necessários para análise e tomada de decisão por parte da chefia da Divisão. O Sistema "trava" constantemente pela quantidade de acessos ao Servidor Central e desta forma é necessário solicitar relatórios de produção físico/financeiros diretamente à Companhia de Processamento de Dados do Município de Goiânia – COMDATA, o que é confirmado pelos funcionários: "o sistema falha constantemente, é lento, muitas vezes fica fora do ar". (FVE 9)

Tabela 1 – Unidades e valores programados (em reais) das unidades que liberam Check-in em Goiânia (agosto/2006).

TIPOS DE UNIDADES	QUANTITATIVO	VALORES LIBERADOS
CAIS	08	28.500,00
CAPS	01	300,00
CENTRO DE REFERÊNCIAS	02	12.000,00
CENTRO DE SAÚDE MENTAL	01	140,00
CENTROS DE SAÚDE/POSTOS	35	84.250,00
CIAMS	04	16.000,00
HOSPITAL PÚBLICO	01	5.000,00
HOSPTITAIS FILANTRÓPICOS	02	164.000,00
NAPS	02	2.000,00
PRIMEIRA REGIONAL	01	20.000,00
SINDICATO – SECONCI	01	18.000,00
UABSF/PSF	04	14.050,00
UNIDADE CENTRAL	01	40.000,00
TOTAL	63	394.240,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Divisão de Apoio Diagnóstico.

Embora os pacientes do SUS não paguem pelos exames autorizados e realizados, os valores financeiros liberados pela Secretaria Municipal de Saúde foram levantados com o propósito de avaliar se existia insuficiência de recursos financeiros para a realização dos exames de média complexidade, o que denotaria um obstáculo financeiro

por parte do gestor no sentido de promover o acesso, e que implicaria na falta de autorização por insuficiência de recursos e por conseqüência a inacessibilidade à realização dos referidos exames por parte dos usuários do SUS. A apresentação dos valores financeiros disponibilizados para a realização dos exames de média complexidade também denota a existência ou não de obstáculos organizacionais da gestão em saúde à medida que se referem ao modo de organização dos recursos de atenção à saúde, inclusive dos recursos financeiros.

Os servidores da chefia do Setor de Check-in confeccionam uma tabela com os valores financeiros liberados mês a mês para controle e avaliação dos custos dos exames autorizados (Tabela 2). No mês de junho os valores financeiros liberados para exames de Média Complexidade para a rede conveniada e municipal foi de R$1.390.570,00 (um milhão, trezentos e noventa mil e quinhentos e setenta reais), sendo somente para a rede própria o valor de R$305.000,00 (trezentos e cinco mil reais). Os valores totais de julho liberados para a rede conveniada e municipal foi de R$1.668.000,00 (um milhão, seiscentos e sessenta e oito mil reais), sendo para a rede própria da secretaria municipal o valor de R$375.000,00 (trezentos e setenta e cinco mil reais). No mês de agosto o total da rede conveniada e municipal foi de R$1.637.920,00 (um milhão, seiscentos e trinta e sete mil reais e novecentos e vinte reais), e deste o total da rede própria foi de R$ 385.000,00 (trezentos e oitenta e cinco mil reais). Nos meses anteriores não há registro na Divisão de Apoio Diagnóstico dos valores liberados.

Tabela 2 - Valores liberados para exames de Média Complexidade pela Divisão de Apoio Diagnóstico (junho a agosto/2006).

MESES	Valor total do município (R$)	Valor da rede conveniada e municipal (R$)
Junho	305.000,00	1.390.570,00
Julho	375.000,00	1.668.000,00
Agosto	385.000,00	1.637.920,00
Total	1.065.000,00	4.969.490,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Divisão de Apoio Diagnóstico.

Analisando o total de valores financeiros liberados pela Secretaria Municipal de Saúde (Tabela 1) concluímos que os valores programados para o mês de agosto foram suficientes para a liberação dos vale-exames nesse mês (Tabela 2), o valor total programado foi de R$ 394.240,00 (trezentos e noventa e quatro mil, duzentos e quarenta reais) e o valor total utilizado pelas unidades do município no mês de agosto foi de R$385.000,00 (trezentos e oitenta e cinco mil reais).

3.1.1 Estrutura e funcionamento do Setor de Check-in/Vale-exame

A unidade central do Check-in funciona em uma sala ampla com quatro bancos de concreto, dispostos de forma paralela, com capacidade para 10 pessoas cada e uma primeira fila com 10 cadeiras para atendimento prioritário aos idosos, gestantes e pacientes com necessidades especiais. Portanto, a capacidade total de assentos é para 50 pessoas, porém constatamos que em alguns dias da semana o total de pessoas a espera do vale-exame era de 70 a 80 pessoas. Possui 04 microcomputadores ligados a impressoras que emitem o vale-exame codificado para cada exame solicitado.

O atendimento ao público começa às 07h30min e se encerra às 17h00min, embora vários pacientes fique do lado de fora antes da 07h00min, momento em que é aberto o portão e a porta da sala de autorização. Porém, somente às 07h30min os computadores são conectados com o Programa da Companhia de Processamento de Dados do Município de Goiânia – COMDATA, responsável pela elaboração e manutenção do programa para emissão dos Vale-exames.

O serviço de emissão de Check-in possui 17 funcionários no total e conta com 12 (doze) atendentes na unidade central, que emitem o vale-exame, sendo que 08(oito) trabalham no período matutino e 04 (quatro) no período vespertino, com turno de 6 (seis) horas cada. Pela manhã duas funcionárias se revezam na triagem dos pacientes, porém no período da tarde não há funcionários para triagem e orientação de pacientes. Do total de funcionários, uma é assistente social e foi lotada pela manhã para prestar assistência aos pacientes, e em agosto outra assistente social foi admitida, por concurso, para a mesma função no período vespertino. O trabalho das assistentes sociais consiste em fazer contatos telefônicos com os prestadores para confirmar ou não a realização de alguns exames, devido às dificuldades encontradas na realização desses exames e, desta forma orientarem os pacientes para procurar a Clinica que realiza o exame.

A chefia da Divisão de Apoio Diagnóstico tem 04 (quatro) funcionários, todos Biomédicos, e conta ainda com o apoio de um funcionário, com experiência no atendimento ao público que visita as unidades emissoras de vale-exames e também auxilia as outras unidades quando ocorrem falhas no programa da COMDATA. A Divisão possui ainda mais quatro funcionários nas unidades hospitalares filantrópicas, sendo dois lotados no Hospital Araújo Jorge e dois na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia.

O Programa de emissão de vale-exames com freqüência apresenta falha na conexão com o Servidor Central da COMDATA, conforme constatamos nos dias 19 à 23 de junho, quando o programa só funcionou sem interrupões por 2 dias, por outros dois dias só funcionou depois das 9:00h e na sexta-feira, dia 23 de junho, o sistema não funcionou e, portanto não houve autorização de exames de média complexidade.

Além das falhas na conexão do Programa de emissão de vale-exames, a liberação é comprometida pela falta de materiais, apesar da programação ser realizada com antecedência pela Divisão. Os processos de aquisição são demorados ocorrendo faltas, como bobinas para a impressora, materiais de escritório, além dos problemas técnicos com a impressora e/ou com o microcomputador. Quando ocorrem tais falhas nas unidades descentralizadas de emissão do vale-exame, os pacientes são orientados a procurar a unidade central, o que causa transtorno aos pacientes que tem que percorrer uma longa distância da unidade onde realizou a consulta para conseguir a autorização dos seus exames.

O Fluxograma dos pacientes do Setor de Média Complexidade (Figura 1) demonstra que no período pesquisado, os usuários do SUS de posse da autorização dos seus exames procuram os serviços próprios, cadastrados/conveniados para realização de seus exames de forma aleatória. É fornecida uma relação dos estabelecimentos vinculados ao SUS para realização dos diversos tipos de exames e de posse delas os pacientes buscam esses serviços, o que não garante a realização dos exames, seja pela falta de oferta do quantitativo de exames em relação à necessidade da demanda do SUS ou pelo tipo de exames ofertados.

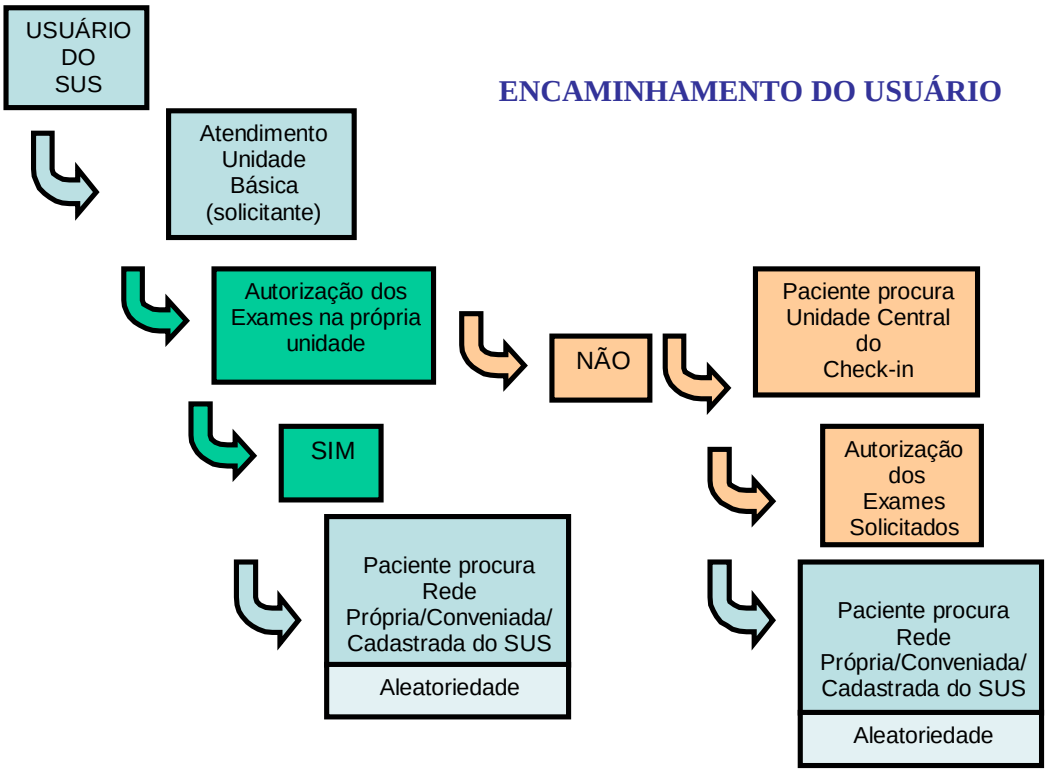

Figura 1 – Fluxograma do Sistema de Autorização de Exames de Média Complexidade/ encaminhamento do usuário.

Com relação à Figura 2 observamos o fluxo com relação ao Prestador do SUS, desde ao acesso do paciente à unidade de serviços vinculados ao SUS ao Faturamento dos serviços prestados.

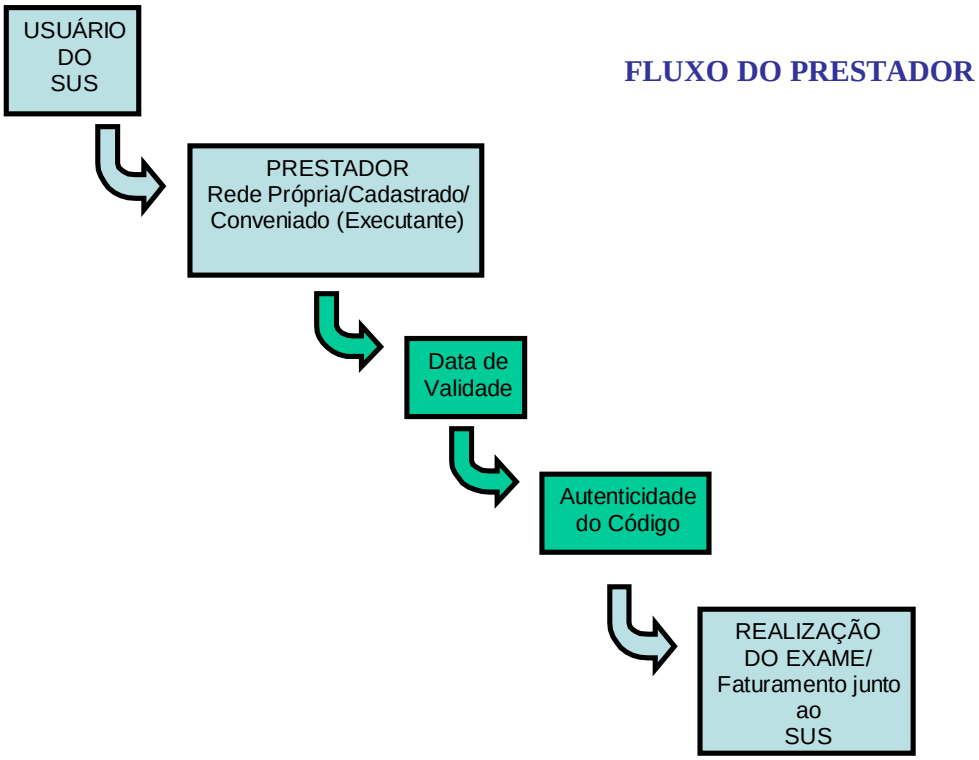

Figura 2 – Fluxograma do Sistema de Autorização de Exames de Média Complexidade/fluxo do prestador.

3.1.2 Estrutura do serviço e condições de trabalho na visão dos funcionários da Média Complexidade

De acordo com o relato dos funcionários do Setor de Check-in no mês de maio foi instalada uma unidade de liberação de vale-exames no Hospital Araújo Jorge, referência em Oncologia para todo o estado de Goiás, regiões Centro-Oeste e Norte. No entanto, até no mês de julho os pacientes procuravam a unidade central, por falta de orientação, até que a unidade central não mais liberou vale-exame para aqueles

pacientes. No entanto, essa unidade conta apenas com um microcomputador; uma funcionária no período matutino e outra no período vespertino. “Não possui cadeiras para os pacientes, que formam fila e permanecem em pé até serem atendidos. A sala é muito pequena e sem ventilação promovendo muito desconforto para pacientes” (FVE 8).

Na unidade central, apesar do amplo espaço físico, o atendimento é realizado em mesas de microcomputadores, sem divisórias ou vidros, o que contribui para a falta de concentração dos funcionários no atendimento ao paciente e proporciona dificuldades no desempenho de sua função, bem como na falta de proteção à integridade física dos servidores, considerando que várias vezes observamos alguns pacientes rasgarem seus pedidos e se exaltarem com os funcionários quando seus exames não foram autorizados.

Conforme declarações dos funcionários do setor ocorrem também várias reclamações e agressões verbais, no momento do atendimento, quando é justificado aos pacientes que seus pedidos não podem ser autorizados devido à/ao: pedido não ser proveniente da rede pública; falta o carimbo da unidade solicitante e/ou do médico; médico não ser cadastrado no sistema informatizado (a chefia pode cadastrar o médico quando proveniente de unidade pública); ou ainda quando não há prestadores que realizam os exames solicitados. Mesmo diante deste quadro de agressões verbais e psicológicas, não há guarda no setor.

> Os pacientes ficam impacientes e agressivos quando falta o cadastro do médico solicitante do pedido, quando há demora na marcação dos exames ou para realizá-los, exames que não tem prestador ou quando o prestador está cadastrado e não faz o exame. (FVE 5)

As condições de trabalho não são adequadas, considerando ainda o barulho ensurdecedor das impressoras, que apesar de terem sido substituídas no mês de agosto, continuam com muito barulho e conforme citado por um funcionário houve vistoria do Ministério do Trabalho e constatado que a medição do barulho foi de 80 decibéis, valor acima do permitido, “por isso os funcionários recebem um adicional no salário pelo desgaste auditivo há mais ou menos um ano”. (FVE 2)

Os funcionários não têm um revezamento adequado ou normatizado, e apenas quando se sentem cansados é feito um descanso de alguns minutos e outro funcionário ocupa o seu lugar, porém no período vespertino, foi observado que não é possível fazer esse revezamento, pois são 04 funcionários e um estava de férias no mês de agosto,

assim um computador estava parado. Dos quatro funcionários da tarde, por ocasião da pesquisa, três deles tinham menos de um ano no setor: um tinha dois meses, outro seis meses e um funcionário completou um ano. Desta forma, no período vespertino o tempo de espera dos pacientes para o atendimento se torna maior do que no período matutino. Cada funcionário atende em média 60 (sessenta) pacientes por dia. Tais fatos tornam o atendimento ao público estressante e insalubre.

> O atendimento é estressante, falta capacitação para atender ao público, os funcionários não permanecem muito tempo no setor [...] só tem orientação verbal para os funcionários, e para os pacientes a orientação é verbal e os cartazes [...] precisa de mais funcionários comprometidos com o setor e a função. O barulho da máquina impressora é forte e precisaria de maior revezamento. (FVE 7)

Todos os funcionários declararam desconhecer a existência de protocolos de atendimento e que não receberam capacitação quando foram lotados no setor e ainda que aprenderam o serviço com os colegas mais antigos. Dos 12 funcionários que trabalham no atendimento direto aos pacientes, sete tem menos de um ano no setor. Apesar das precárias condições de trabalho, constatamos que os funcionários de forma geral orientam bem os pacientes, inclusive fazendo pesquisa telefônica, além das realizadas pelas assistentes sociais, sobre os locais que estão realizando ou não os exames de mais difícil acesso.

Não seria necessária a intervenção das Assistentes Sociais junto aos prestadores de serviços se simplesmente esses cumprissem os contratos de prestação de serviços firmados com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, gestora do Sistema de Saúde do Município e que detêm toda autoridade para que se cumpram as cláusulas contratuais.

Os pacientes reclamam para os atendentes que não são informados, na unidade onde foi realizada a consulta e solicitados os exames, sobre quais os documentos são necessários para autorização do vale-exame (identidade do paciente) e do preenchimento correto do pedido com o carimbo da unidade solicitante (frequentemente as unidades solicitantes não carimbam o pedido dificultando detectar a unidade de procedência).

> Os pacientes reclamam de andar muito, da falta de orientação correta, dos erros no preenchimento dos pedidos. Muitas vezes o paciente ou parente/amigo, não tem informação dos dados

> completos para o atendimento, falta muita informação para o paciente, às vezes não é no nosso setor que ele deve ser atendido, aí ele fica andando de um lado para o outro. (FVE 2)

Ocorre um fluxo constante de pacientes do interior do estado que se direcionam à capital em vans ou microônibus e esses recebem ajuda das Casas de Apoio ou Casa do Interior. Quando chegam a Goiânia os pedidos de exames dos pacientes são trocados como se eles fossem da própria capital.

O trabalho dos funcionários do Setor de Check-in poderia ser melhorado, visando a humanização e racionalização no atendimento, conforme sugestão deles: com "a implantação de um balcão para atendimento prévio dos pacientes, para triagem e informação; instalação de senhas eletrônicas" (FVE1); "balcão único com divisórias e guichês para proteção no lugar das mesas dos microcomputadores" (FVE9); "protocolos por escrito sobre o atendimento aos pacientes e também para orientação das condições e dos documentos necessários para autorização dos exames, e ainda que estes protocolos fossem distribuídos nas unidades básicas de saúde" (FVE10); "capacitação introdutória e permanente para os funcionários visando melhoria da qualidade do atendimento e maior compromisso no exercício de suas funções" (FVE11); "supervisão contínua com apoio técnico e administrativo da Secretaria" (FVE9); "a aquisição de mais equipamentos e a troca dos atuais, microcomputadores e impressoras, por outros novos e de tecnologia mais avançada" (FVE4); "lotação de mais funcionários no setor, principalmente no período vespertino, para revezamento e para as escalas de férias e licenças médicas" (FVE16) ; e "atualização do cadastro dos prestadores no Programa da COMDATA com relação aos tipos de exames realizados e quantidade programada" (FVE14).

Apesar das dificuldades relatadas todos os funcionários acreditam que o setor é resolutivo, na maioria das vezes.

Paciente do sexo masculino, do Hospital Geral de Goiânia - HGG, da clínica de pneumologia. Declara ter sido atendido várias vezes no HGG e no Hospital de Doenças Tropicais - HDT

> para realizar exame é demorado, para fazer uma tomografia esperou quatro meses, mas os exames do Check-in consegue logo. [...] o atendimento deve ser mais humano, há muito descaso, no geral as pessoas tem muita dificuldade, e o médico quando está na unidade falam que ele não está. (VE9)

3.1.3 A prestação de serviços na visão dos pacientes da Média Complexidade/Check-in

Na Tabela 3 se observa o número de pacientes distribuídos de acordo com a idade em função do tempo gasto entre a aquisição do pedido de exames e a localização do setor de autorização no período pesquisado. Constatamos que não houve relação significativa entre a variável idade com relação ao tempo de aquisição do pedido de exames e a localização do setor. Dos cinqüenta pacientes pesquisados, somente quarenta e sete informaram suas idades, o que representou uma predominância na faixa etária abaixo de 40 anos em 42,55% e o menor percentual foi na faixa etária acima de 70 anos, em 4,26%.

Tabela 3 – Pacientes distribuídos por idade e tempo gasto entre a obtenção da requisição dos exames/ localização do setor de autorização (julho a agosto/2006).

Tempo requisição/localização	< 40 anos		de 40 a 49 anos		de 50 a 59 anos		de 60 a 69 anos		> = 70 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
até 12h	10	50,0	11	73,3	4	66,7	1	25,0	1	50,0
de 12 a 24h	8	40,0	4	26,7		0,0	2	50,0	1	50,0
de 24 a 48h	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
> 48h	2	10,0	0	0,0	2	33,3	1	25,0	0	0,0
Total	20	100,0	15	100,0	6	100,0	4	100,0	2	100,0

X^2= 3,979; p=0,409 (Teste da Mediana)
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

A Figura 3 mostra o percentual de cada faixa etária pesquisada, com predominância dos pacientes na faixa etária menor que 40 anos, com 42,55%, seguidos daqueles entre a faixa etária de 40 a 49 anos, com 31,91%.

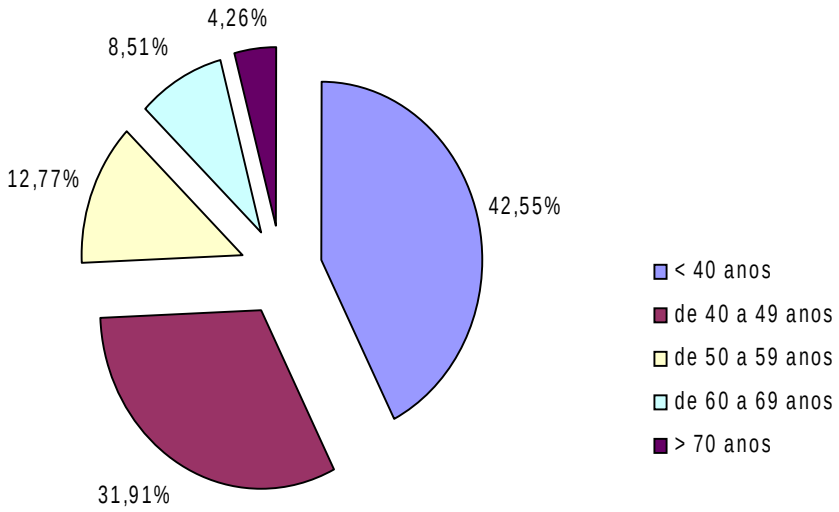

Figura 3 – Pacientes da média complexidade de acordo com a faixa etária pesquisados, no período de julho a agosto/2006.
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

Quanto à distribuição dos pacientes pesquisados por faixa etária *versus* sexo, a Tabela 4 mostra que o maior quantitativo de pacientes do sexo feminino e masculino se encontra na faixa etária menor que 40 anos e com ligeira predominância do sexo feminino, na procura por autorização dos exames de média complexidade, em relação ao sexo masculino, o que representa 43,5% do sexo feminino e 38,5% do sexo masculino.

Tabela 4 – Pacientes da média complexidade distribuídos segundo a faixa etária e sexo (julho a agosto/2006).

Idade (Anos)	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
< 40	10	38,50	10	43,50
40 ⊣– 49	8	30,80	7	30,40
50 ⊣– 59	5	19,20	2	8,70
60 ⊣– 69	3	11,50	2	8,70
≥ 70	0	0,00	2	8,70
Total	26	100,0	23	100,0

$\chi^2 = 0,131$; p = 0,717 (Teste da Mediana)
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

Como citado anteriormente Goiânia é município pólo para referencia em alguns exames de média e alta complexidade, tanto para o interior do estado quanto para outros estados da federação. No caso da média complexidade constatamos que a referência se dá somente do interior do estado de Goiás. De acordo com os dados mostrados na Tabela 5, o percentual de pacientes do interior do estado no período pesquisado distribuídos por sexo foi de 25,93% de mulheres e 21,74% de homens. A maioria dos pacientes da média complexidade é procedente da capital e corresponde a 76% do total dos pacientes em ambos os sexos.

Tabela 5 – Pacientes da média complexidade distribuídos segundo a procedência e sexo (julho a agosto/2006).

Procedência dos pacientes	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Goiânia	20	74,07	18	78,26
Interior de Goiás	7	25,93	5	21,74
Total	27	100,0	23	100,0

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

Alguns pacientes de outros estados que tem familiares em Goiânia fornecem endereço da capital, o que dificulta detectar a procedência correta. Como exemplo, citamos a entrevista realizada com um senhor residente nesta capital e cujo pai mora no Maranhão, mas faz tratamento em Goiânia, fornece o endereço daqui e confirma que

> meu pai foi atendido na rede básica para consulta eletiva e pela segunda vez faz tratamento de fisioterapia aqui [...] Goiás é bom, vivo aqui há 17 anos onde criei os filhos, é melhor do que no meu estado, Maranhão. Meu pai ainda vive lá, mas veio tratar em Goiás, faz um tratamento de fisioterapia com dez sessões cada. (VE3)

Mesmo quando existe atenção à média complexidade no interior do estado de Goiás, vários pacientes se deslocam para Goiânia à procura de atendimento e consideram a atenção à saúde no seu município de origem, de difícil acesso, seja por questões de estrutura ou políticas. Como exemplo, uma paciente de Perolândia, interior do estado faz o seguinte relato

> a rede básica na minha cidade é muito ruim, precisa melhorar tudo, e o que atrapalha é a política. Na parte social e na educação está bom, mas ainda precisa melhorar, mas só consegue atendimento quem está bem com o prefeito e só se for pedir pra ele, mas tem meia dúzia que são os preferidos. (VE2)

Dos cinqüenta pacientes pesquisados, 44 deles informaram sobre ter ou não convênio privado de saúde, sendo que 95,45% não possuem nenhum tipo de convênio de saúde privado e só depende do Sistema Único de Saúde e apenas 4,55% possuem algum tipo de convênio privado.

Paciente do sexo feminino, 28 anos, pela primeira vez foi ao Check-in. Já consultou em um Cais e teve que madrugar às 05h30min para conseguir consulta. Agora afirma que

> consegui a consulta por meio de uma amiga que trabalha na Assembléia. Precisa ter mais informação, ter mais agilidade no atendimento. O atendimento nas unidades de saúde é muito lento, procuro porque preciso e não tenho plano de saúde. (VE5)

O marido de uma paciente grávida de três meses que foi atendida na Maternidade Nascer Cidadão e encaminhada para o Hospital Materno Infantil e disse que nos hospitais foi bem atendida, mas precisa ter mais agilidade no atendimento nos CAIS. (VE6)

No processo de autorização de exames de média complexidade quando relacionados a renda individual com o sexo feminino e masculino predomina no sexo feminino a renda individual de até um salário mínimo (66,67%) e no sexo masculino a faixa de renda individual predominante é entre um a três salários mínimos (66,67%). (Tabela 6) Com relação à renda familiar se comparado o sexo feminino com o masculino, o sexo feminino predominou nas faixas de renda familiar até um salário mínimo com 69,23% de um a três salários mínimos com 60,0% e de três a cinco salários mínimos com 50%. Na faixa de renda familiar acima de cinco salários mínimos predominou os pacientes do sexo masculino pesquisados. (Tabela 7)

Tabela 6 – Pacientes da média complexidade distribuídos por renda individual e sexo (julho a agosto/2006).

Sexo	até 1 SM		de 1 a 3 SM		de 3 a 5 SM		> 5 SM	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Feminino	22	66,67	3	33,33	3	50,0	0	0,0
Masculino	11	33,33	6	66,67	3	50,0	2	100,0
Total	33	100,0	9	100,0	6	100,0	2	100,0

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

A Figura 4 mostra que a metade dos pacientes tem renda individual de até um salário mínimo. Quanto à renda familiar, 61,90%, se encontra na faixa de um a três salários mínimos.

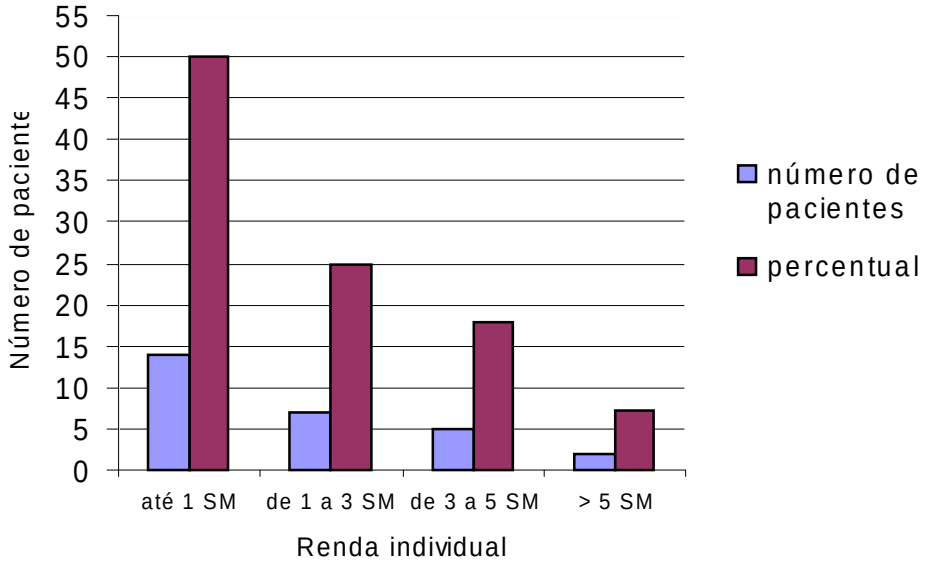

Figura 4 – Pacientes da média complexidade segundo a renda individual pesquisados no período de julho a agosto/2006.
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

Tabela 7 – Pacientes da média complexidade distribuídos por renda familiar e sexo (julho a agosto/2006).

Sexo	até 1 SM		de 1 a 3 SM		de 3 a 5 SM		> 5 SM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	9	69,23	15	60,0	4	50,0	1	25,0
Masculino	4	30,77	10	40,0	4	50,0	3	75,0
Total	13	100,0	25	100,0	8	100,0	4	100,0

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

Mesmo diante das dificuldades estruturais e organizacionais, relatadas pelos funcionários do setor na realização das suas funções, o grau de satisfação dos pacientes que responderam ao formulário, para com o setor de autorização, entre ruim, bom e ótimo, foi destacado como bom por 66,67% dos pacientes, 26,67% consideraram ótimo e somente 6,67% classificaram o atendimento como ruim. Por outro lado, na rede

básica, o nível de satisfação dos pacientes foi avaliado como bom por 65,85%, ótimo por 26,83%, ruim por 4,88% e péssimo por 2,44% dos pacientes pesquisados.

É importante ressaltar que entre os pacientes pesquisados, a maioria são de prestadores de serviços, 42,11%, com 13,16% de desempregados (Figura 5).

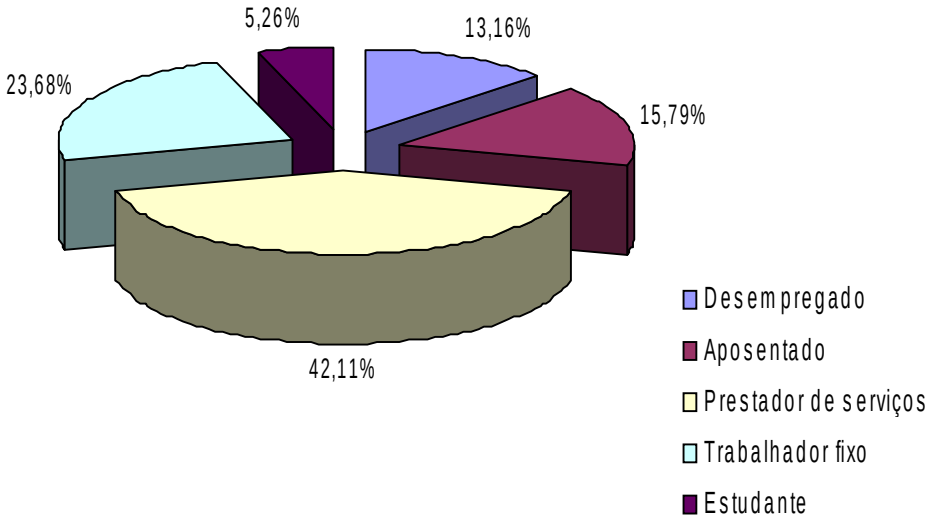

Figura 5 – Tipo de ocupação dos pacientes da média complexidade pesquisados no período de julho a agosto/2006.
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

O nível predominante de instrução foi o fundamental com 58,14% dos entrevistados, constatando inclusive 4,65% de analfabetos (Figura 6). Desta forma, se impõe a necessidade de melhor orientação e acompanhamento desses pacientes quanto à acessibilidade aos exames demandados, considerando ainda o principio da equidade.

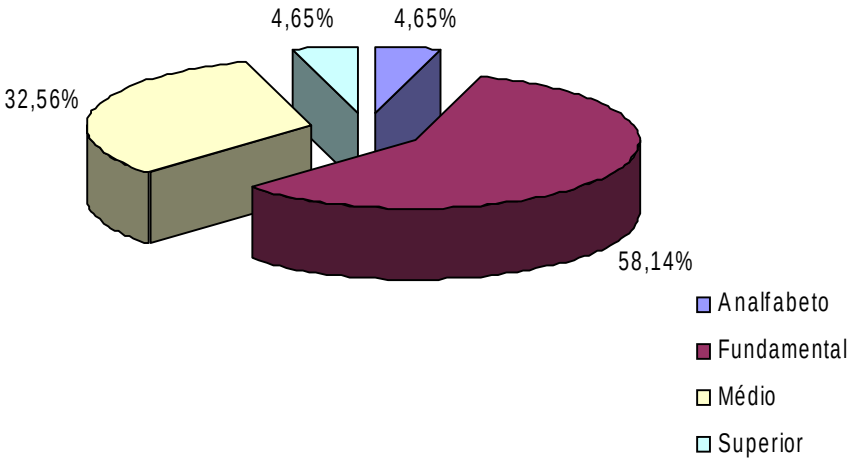

Figura 6 – Nível de instrução dos pacientes da média complexidade pesquisados no período de julho a agosto/2006
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

De acordo com o demonstrado na Tabela 8 e também o relato dos pacientes, quanto ao motivo que tiveram para procurar a unidade central do Check-in foi em 42,55% pela falta de autorização na unidade de origem da consulta, ou seja, aquela que fez a solicitação do(s) exame(s) e 4,26% relatou falha no sistema emissor da unidade de origem. Os 53,19% restantes ressaltaram outros motivos como, por exemplo, o único local de autorização de um exame especifico, hospital da rede pública estadual sem emissão de Check-in, e o encaminhamento de unidade da rede publica ou rede particular conveniada que não possui a liberação do vale exame.

Tabela 8 – Pacientes da média complexidade distribuídos segundo o motivo para não autorizar exame por tempo gasto entre a obtenção da requisição dos exames / localização do setor de autorização (julho a agosto/2006).

Tempo requisição/localização	Unidade origem s/ autorização		Falha no sistema emissor		Outros	
	n	%	N	%	n	%
até 12h	9	45,0	0	0,0	18	72,0
de 12 a 24h	10	50,0	1	50,0	4	16,0
de 24 a 48h	0	0,0	0	0,0	0	0,0
> 48h	1	5,0	1	50,0	3	12,0
Total	20	100,0	2	100,0	25	100,0

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

Conforme constatado pela pesquisa, o inconveniente para os pacientes é que nem todos os tipos de exames de média complexidade são liberados pelas unidades básicas de saúde ou unidades descentralizadas. Alguns exames mais complexos somente são liberados na unidade central, como por exemplo: Fisioterapia, Ecodopler, Duplex Scan, entre outros. [23]

Um jovem foi buscar autorização para a mãe de 61 anos que mora na zona rural, e ela foi atendida num hospital particular pelo convênio de saúde e encaminhada ao HDT com suspeita de Leishmaniose, o que foi confirmado. Ela tem convênio, mas está sendo tratada pelo SUS, pois não conseguiu os exames pelo seu convênio. É a segunda vez que ele vai ao Check-in e achou bom, bem rápido

> [...] o problema são os laboratórios que demora muito para fazer os exames.[...] precisa de mais ortopedistas nos SUS, há dois anos meu nome está na lista de espera da Santa Casa, nos Postos e no Departamento de Controle e Avaliação para fazer uma cirurgia e ninguém me chama. É muito demorado para quem trabalha e não tem tempo suficiente. (VE10)

De acordo com os tipos de exames solicitados e autorizados pelo Setor de Check-in temos, entre os pacientes pesquisados, sete grupos mais freqüentes, com exceção da Tomografia Computadorizada, que foi demandada para autorização no Check-in, mas não faz parte dos exames de média complexidade e sim de alta complexidade. Dentre eles a maior demanda foi dos exames de Patologia Clínica que faz parte do Grupo 11 da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS -

[23] Apesar da Fisioterapia ser um tratamento, para controle e liberação, ela é autorizada pelo Setor de Check-in/Vale-exame por sessões (dez sessões por autorização).

SIA/SUS (Tabela 9), e se refere a todos os exames de sangue de rotina: hemograma, glicemia, uréia, creatinina, perfil lipídico (colesterol, triglicérides, lipídios totais), dosagens de sódio e potássio, dosagens hormonais, exames de fezes e urina, etc.

Ainda de acordo com o demonstrado na Tabela 9 e observado na Figura 7 (valores percentuais dos tipos de exames solicitados no Setor de Check-in de julho a agosto de 2006), o segundo grupo de exames onde houve maior demanda por autorização na média complexidade foi o de Radiodiagnóstico, referente ao Grupo 13 da Tabela do SIA/SUS; o terceiro foi o relativo aos exames ultra-sonográficos, referentes ao Grupo 14 da Tabela SIA/SUS; e na seqüência decrescente da demanda temos os exames de Anatomopatologia e Citopatologia do Grupo 12 da Tabela SIA/SUS; os exames de Fisioterapia do Grupo 18 da Tabela SIA/SUS; e por último os exames de Mamografia do mesmo Grupo 13 – Radiodiagnóstico.

Tabela 9 – Pacientes distribuídos por exame solicitado por tempo gasto entre a obtenção da requisição dos exames / localização do setor de autorização (julho a agosto/2006).

Tempo requisição/ localização	Patologia clínica		Radio diagnóst		Ultra son		Anato mopat		Cito patol		Fisiote rapia		Tomo grafia		Mamo grafia	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 12h	15	57,7	8	61,5	4	44,4	1	100,0	1	100,0	3	60,0	1	100,0	2	66,7
De 12 a 24h	8	30,8	3	23,1	3	33,3	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	1	33,3
De 24 a 48h	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
> 48h	3	11,5	2	15,4	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	26	100,0	13	100,0	9	100,0	1	100,0	1	100,0	5	100,0	1	100,0	3	100,0

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

No Grupo das Mamografias estão incluídos aquelas associadas à punção e as mamografias bilaterais. A mamografia vem sendo utilizada rotineiramente no serviço público de saúde e tem sua importância na prevenção do câncer de mama, porém existe muita dificuldade de realização deste exame pela demanda crescente e um número restrito de oferta no serviço público e privado. Apenas um serviço público, o Centro de Referência em Diagnóstico e Terapia – CRDT realizava o exame no período pesquisado, e a demora para a realização do exame em Goiânia é em média de mais de trinta dias. Em Goiás a freqüência de realização deste procedimento cresceu na ordem de 189,8% de 1995 a 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2003), os grupos de procedimentos que apresentaram maior crescimento de gastos em Goiás foram:

fisioterapia (57,8%), anatomopatologia e citopatologia (44,3%) e exames ultra-sonográficos (27,8%).

Dentre os pacientes pesquisados, constatamos que apenas um paciente procurou autorização no Setor de Check-in, de forma equivocada, pois seu exame, a Tomografia Computadorizada é um exame de Alto Custo/Alta Complexidade e é autorizada no Setor de Alto Custo, não sendo, portanto, liberado Check-in/Vale-exame para esse caso.

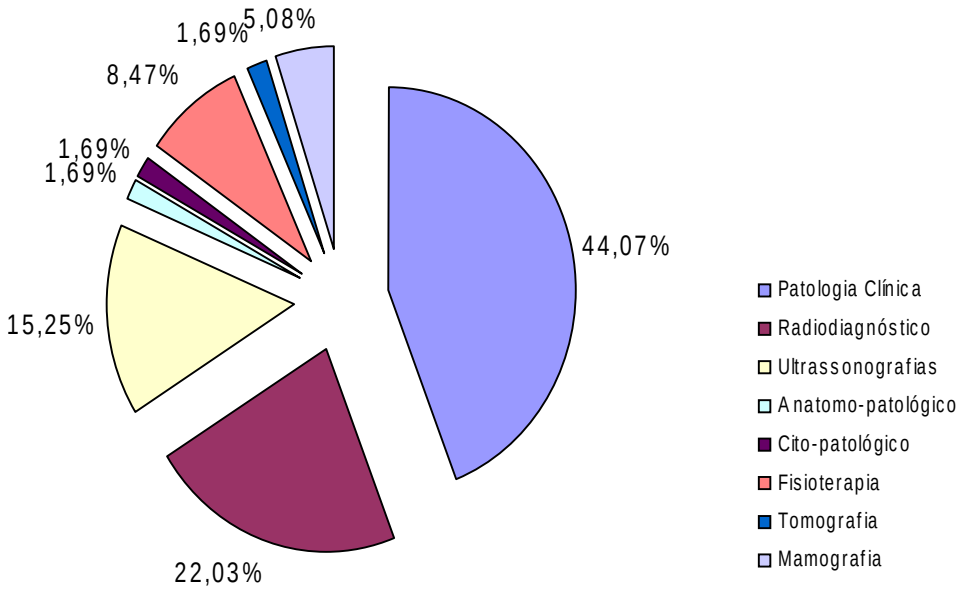

Figura 7 – Tipos de exames de média complexidade solicitados de julho a agosto/2006.
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

A autorização dos exames teve uma positividade de 94,29% e em contrapartida não houve autorização em 5,71% dos casos, conforme os dados coletados na aplicação dos Formulários no Setor de Média Complexidade. Os motivos de negativa da autorização entre os pacientes pesquisados no percentual de 50% foram devido ao médico solicitante não ser cadastrado no Sistema Único de Saúde – SUS e 50% pelo pedido de exame ser originado de unidade privada, proveniente de consultas particulares e não pelo sistema publico de saúde.

A maior dificuldade enfrentada pelos funcionários e pelo setor, ou seja, um ponto de estrangulamento na liberação dos vale-exames é que vários deles não são

realizados rotineiramente pelos prestadores, alguns exames não tem prestador cadastrado para realizá-los, outros exames tem prestador cadastrado, mas não cumprem o contrato, e ainda o quantitativo de exames mês não é suficiente para atender toda a demanda como, por exemplo, Eletroencegalograma – EEG, Eletrocardiograma – ECG, e Eletroneuromiografia. “Muitos pacientes tem autorização, mas não tem prestador, aí vão ao Ministério Público reclamar, só com pressão [...] no final do mês as cotas dos laboratórios já acabaram [...] eletroneuromiografia só faz no CRER e no fim do mês” (FVE 9).

Outros exames mesmo constando do cadastro de alguns prestadores e com o contrato de prestação de serviços vigente, não são realizados por falta de “interesse econômico” do prestador, entenda-se “interesse” como os baixos valores pagos pela Tabela do Sistema Ambulatorial do SUS – Tabela do SIA/SUS para exames ambulatoriais, motivo alegado pelo prestador que tenta justificar a cobrança dupla de exames – pelo SUS com a cobrança do vale-exame e mais complementação em dinheiro da parte do paciente. “O prestador quer o convênio, mas limita as vagas, seleciona os exames, só se consegue com pressão aos prestadores [...] eletroneuromiografia e ecodopler tem falta de prestadores, e quando cadastrado não cumpre o contrato”. (FVE 13)

Um paciente do sexo masculino atendido no Hospital de Doenças Tropicais – HDT foi pela segunda vez ao Check-in e foi bem atendido, afirma não ter convênio de saúde e reclama

> nos CAIS precisa de mais funcionários e mais médicos e no HUGO tem duas salas de Ultrason, mas só uma funciona, tem também duas salas de Tomografia, mas só uma funciona. Nos CAIS e nos Postos o atendimento é muito ruim, o médico mal examina. (VE8)

A demora na realização de alguns exames promove uma espera de mais de um mês, como por exemplo: Eletrocardiograma – ECG, Eletroencefalograma – EEG, Eletroneuromiografia, Holter (Mapa de monitoramento ambulatorial de pressão arterial), Ecodopler, Colonoscopia, Ultrasonografia de membros inferiores e superiores, e. A eletroneuromiografia conforme orientação dos funcionários do setor aos pacientes, era realizada no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, mas no mês de agosto estava com o aparelho estragado sem previsão de funcionamento. Os exames estão sendo realizados no Hospital Geral de Goiânia – HGG, somente para

pacientes já cadastrados e em casos de “extrema necessidade”. Neste caso ressalta-se que o material é do próprio médico que realiza o exame e não da unidade.

> Os pacientes reclamam da falta de clínicas que estão fazendo os exames, os de Laboratório Clínico tem acesso, mas os outros têm dificuldade. Holter, Ecodopler, Ultrason de membros inferiores e superiores [...] Eletroencefalograma só libera quando o paciente já agendou no CRER. (FVE 3)

Além da Eletroneuromiografia, o CRER não realiza mais o exame de Duplex Scan de Carótida. A Fisioterapia é realizada somente para pacientes cadastrados e com prontuário na unidade devido à grande demanda e a Urodinâmica (estudo das vias urinárias) atualmente só é realizada no Hospital das Clínicas para pacientes do próprio hospital. O Holter (monitoramento da pressão arterial) e a Colonoscopia são realizados no Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica do município de Goiânia, porém enfrenta dificuldades como a quebra do aparelho e/ou a falta do profissional para realizar os exames.

Os exames citados acima devem ser primeiramente agendados e depois retirados o Check-in, pois este vence com trinta dias e normalmente o tempo de espera é maior do que isto. Não foi possível precisar o tempo de espera para a realização de todos os exames de média complexidade, a maioria dos pacientes quando consegue o vale-exame não tem noção de quando conseguirão realizar os exames. Como verificado nas entrevistas, os exames de Patologia Clínica são de mais fácil acesso, principalmente no início de cada mês. Os pacientes recebem uma lista com os telefones dos laboratórios e ligam para marcar a data da coleta, que ocorre no máximo em uma semana, alguns pacientes antes mesmo de pegar o vale-exame já tem um laboratório para realização dos exames. Os de dosagem hormonal não são realizados por todos os laboratórios cadastrados, somente doze laboratórios dos sessenta cadastrados e estes são informados aos pacientes.

> Há falta de prestadores para realizar os exames, para encaminhar [...] deve-se atualizar o cadastro, dos que realmente atendem, o sistema de cadastro está desatualizado de acordo com o que está sendo atendido [...] mesmo constando do cadastro os funcionários sabem que não tem prestador para atender e aí não liberam check-in para que os pacientes não andem procurando prestador sem sucesso. (FVE 14)

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia está viabilizando um novo programa de liberação de vale-exames no qual o paciente já terá definido qual o prestador realizará seu exame, com previsão de implantação de agosto até dezembro de 2006, como explica um funcionário: “está sendo elaborado outro programa com um sistema de liberação de Check-in com direcionamento/indicação do local para fazer os exames e já com o telefone e endereço da clínica, com valores físicos e financeiros estabelecidos para cada prestador.” (FVE 14)

3.2. Acessibilidade na Alta Complexidade - estrutura e funcionamento do Setor Alta Complexidade/Alto Custo.

O setor de Alta Complexidade/ Alto Custo está localizado no Jardim Goiás e é subordinado ao Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. É uma unidade centralizada e única em Goiás para autorização dos procedimentos de alta complexidade que exigem autorização prévia para sua realização, portanto, atende a população da capital, do interior do estado e de outros estados e regiões que pactuaram ou não exames de alta complexidade com Goiás.

Essa unidade funciona no prédio do próprio Departamento e possui uma sala de espera ampla com cadeiras confortáveis para os pacientes, porém esse local é passagem dos funcionários e prestadores para as Divisões e outros setores do Departamento, bem como para a Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU que também funciona no mesmo prédio.

O atendimento aos pacientes é feito num guichê único com três micro computadores para cadastro dos pacientes e uma sala pequena para arquivo dos pedidos autorizados. A sala da chefia do setor é dividida com as assistentes sociais apenas por uma divisória, o que não permite privacidade nas entrevistas realizadas com os pacientes da cardiologia e nem condições de trabalho adequadas. O setor conta ainda com três salas onde funcionam as Comissões de especialidades: cardiologia, neurologia e ortopedia. Quando uma dessas salas não é utilizada pelas Comissões, as assistentes sociais as utilizam para as entrevistas sociais.

No Setor de Alto Custo trabalham no total 15 funcionários sendo um chefe do setor e sete para atendimento ao público no guichê, dentre estes uma funcionária faz toda a orientação e triagem dos pacientes. Do total dos atendentes, dois trabalham no período vespertino, um em horário integral e os outros cinco no período matutino. Há

quatro Comissões de especialidades, sendo uma de Cardiologia composta por três médicos especialistas; uma Comissão de Neurologia com três neurologistas e um ortopedista; uma Comissão de Autorização de APAC's (guias de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade) em Nefrologia (TRS) e Oncologia (Quimioterapia e Radioterapia), sendo que estas duas últimas especialidades não fizeram fazem parte deste estudo.

Duas Assistentes Sociais são responsáveis por avaliar, por meio de entrevista, a procedência dos pacientes com procedimentos de cardiologia, os quais não têm o seu nome no comprovante de endereço apresentado. Tal conduta é adotada pelo Departamento de Controle e Avaliação considerando a grande e crescente demanda por procedimentos de alta complexidade em cardiologia no estado de Goiás, sem a devida referência pelas Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade – CERAC's.

Os procedimentos de Alta Complexidade são de dois tipos: ambulatoriais e hospitalares. De acordo com a Tabela SIA-SUS são assim agrupados: Grupo 26 – hemodinâmica; Grupo 27 – terapia renal substitutiva; Grupo 28 – radioterapia; Grupo 29 – quimioterapia; Grupo 30 – busca de órgãos para transplante; Grupo 31 – ressonância magnética; Grupo 32 – medicina nuclear; Grupo 33 – radiologia intervencionista; Grupo 35 – tomografia computadorizada; [24] Grupo 36 – medicamentos excepcionais; Grupo 37 – hemoterapia; Grupo 38 – acompanhamento de pacientes. Os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade estão classificados em dez tipos:

1. Detecção pela técnica biomolecular do ácido ribonucléico – RNA e genotipagem do HCV por meio de biologia molecular;
2. Tomografia Computadorizada incluindo as de coluna cervical, dorsal, lombar, de crânio, tórax, abdômen superior, face ou seios da face, mastóides ou ouvidos, pelve, pescoço, segmentos e articulações;
3. Ressonância Magnética;
4. Medicina Nuclear que compreende as cintilografias, procedimentos com uso de radioisótopos, estudo renal dinâmico e outros;
5. Terapia Renal Substitutiva – TRS que compreende a hemodiálise;
6. Quimioterapia e Radioterapia no tratamento ambulatorial de pacientes com câncer;

[24] Não existe o Grupo 34 nos procedimentos do SIA-SUS para a Alta Complexidade Ambulatorial.

7. Estudos Hemodinâmicos realizados em regime ambulatorial compreendem os cateterismos de câmaras cardíacas, aortografias, cineangiografias, cineangiocoronariografias e estudos de metabolismo cardíaco;
8. Medicamentos Excepcionais, de uso em pacientes caracterizados como crônicos, de alto custo e consumidos em nível ambulatorial;
9. Órteses e Próteses ambulatoriais para portadores de deficiências auditivas, oculares e de locomoção;
10. Densitometria Óssea.

Os procedimentos de números 5, 6, 8 e 9 não fazem parte da pesquisa considerando as especificidades e complexidades de cada procedimento, e ainda o tipo de autorização diferenciada desses procedimentos, que é por meio de APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade, específicas para cada um, o que demandaria um estudo particular para cada procedimento enumerado.

Os procedimentos hospitalares de alta complexidade, que também não são objetos desta pesquisa, porém para efeito didático descreveremos suas áreas de abrangência: cardiologia; ortopedia (prótese total de quadril, fixação de coluna, etc.); oncologia (radioterapia cirúrgica, quimioterapia e iodoterapia em pacientes internados); neurocirurgias, (cirurgias de epilepsia e exploração diagnóstica da epilepsia); gastroenterologia (cirurgias de gastroplastias para obesidade mórbida).

Os diversos grupos de procedimentos de alta complexidade e que necessitam de autorização prévia para sua realização são solicitados pelos médicos assistentes dos pacientes, em formulários padronizados e deve constar o CPF, carimbo e assinatura do médico. Para o paciente é necessária a apresentação do Cartão Nacional de Saúde do SUS – CNS (obrigatório), documento de identidade e comprovante de endereço.

O Fluxograma dos pacientes do Setor de Alta Complexidade (Figura 8) mostra que os usuários do SUS podem ter seu pedido de exames autorizados ou não pelas Comissões de Alta Complexidade/Alto Custo. O motivo de não autorização ocorre principalmente por dois motivos: o primeiro é pela falta de justificativa diagnóstica, e o paciente é orientado a retornar ao médico solicitante para justificar devidamente o pedido; o segundo motivo de não autorização é quando o paciente é procedente de outros municípios que não fizeram pactuação com Goiânia para a realização desses exames ou quando o paciente é de outro estado brasileiro e não foi encaminhado pela

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC por meio da Central Estadual de origem do paciente, nos dois casos o paciente é encaminhado para a Central Municipal de Regulação da Alta Complexidade – CMRAC para a solução do seu caso.

Ainda com relação ao Fluxo do paciente da Alta Complexidade, os pacientes que tem seus exames autorizados já têm o prestador definido para a realização de seus exames. O que ocorre é a espera de 30 a 40 dias para realização de alguns exames, como por exemplo: tomografias, ressonâncias, cintilografias e densitometria óssea.

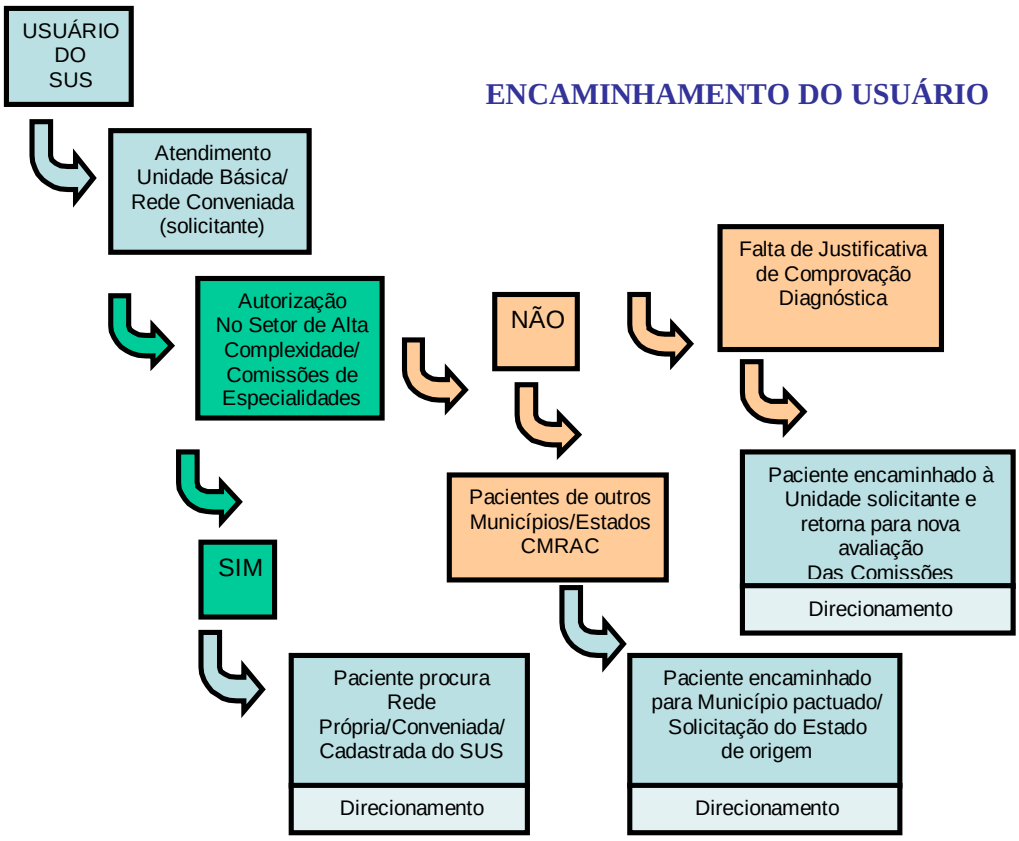

Figura 8 – Fluxograma do Sistema de Autorização de Exames de Alta Complexidade/encaminhamento do usuário

Com relação à Figura 9 observamos que o fluxo com relação ao Prestador da alta complexidade do SUS, segue o mesmo padrão daquele da média complexidade, desde o

acesso do usuário que vai até a unidade de serviços vinculados ao SUS ao Faturamento dos serviços prestados.

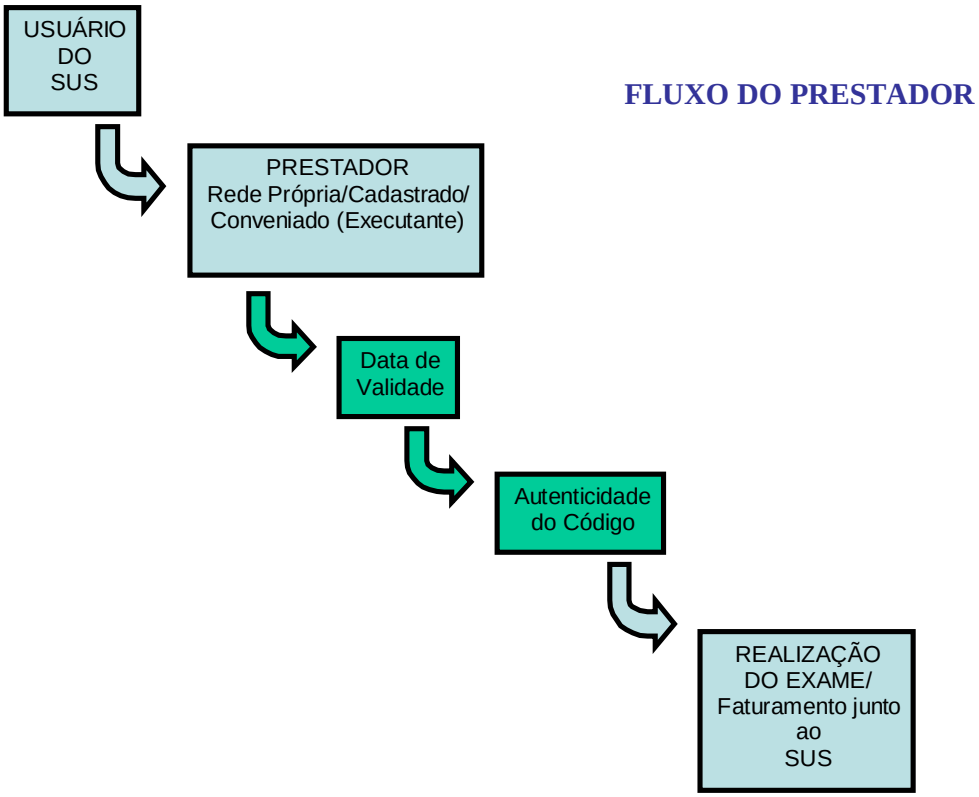

Figura 9 – Fluxograma do Sistema de Autorização de Exames de Alta Complexidade/fluxo do prestador

3.2.1 A prestação de serviços na visão dos pacientes da Alta Complexidade/Alto Custo

Dos cinqüenta pacientes pesquisados, quarenta e dois informaram suas idades, o que representou uma predominância daqueles entre 50 a 59 anos em 28,57% e o menor percentual foi na faixa abaixo de 40 anos, em 14,28%. Na Tabela 10 se observa o número de pacientes distribuídos de acordo com a idade em função do tempo gasto entre o pedido de requisição/localização no período pesquisado. Não se verificou a

interferência entre o tempo de obtenção da requisição dos exames e a localização do setor de autorização em relação à idade dos pacientes.

Tabela 10 - Pacientes distribuídos por idade e tempo gasto entre a obtenção do pedido dos exames / autorização dos exames (maio a junho/2006).

Tempo obtenção do pedido/ autorização	< 40 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		60 a 69 anos		>= 70 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
até 12h	3	50,0	3	37,5	6	50,0	3	37,5	6	75,0
de 12 a 24h	0	0,0	1	12,5	4	33,3	4	50,0	1	12,5
de 24 a 48h	1	16,7	1	12,5	1	8,3	0	0,0	0	0,0
> de 48h	2	33,3	3	37,5	1	8,3	1	12,5	1	12,5
Total	6	100,0	8	100,0	12	100,0	8	100,0	8	100,0

X^2=3,000; p=0,558 (Teste da mediana)
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Alto Custo.

A Figura 10 mostra a faixa etária dos pacientes da alta complexidade, ressaltando a predominância da faixa etária de 50 a 59 anos, o que corresponde a 28,57% dos pacientes pesquisados. Com exceção da faixa etária de menos de 40 anos (14,28%) as outras faixas etárias têm o mesmo percentual de 19,05%.

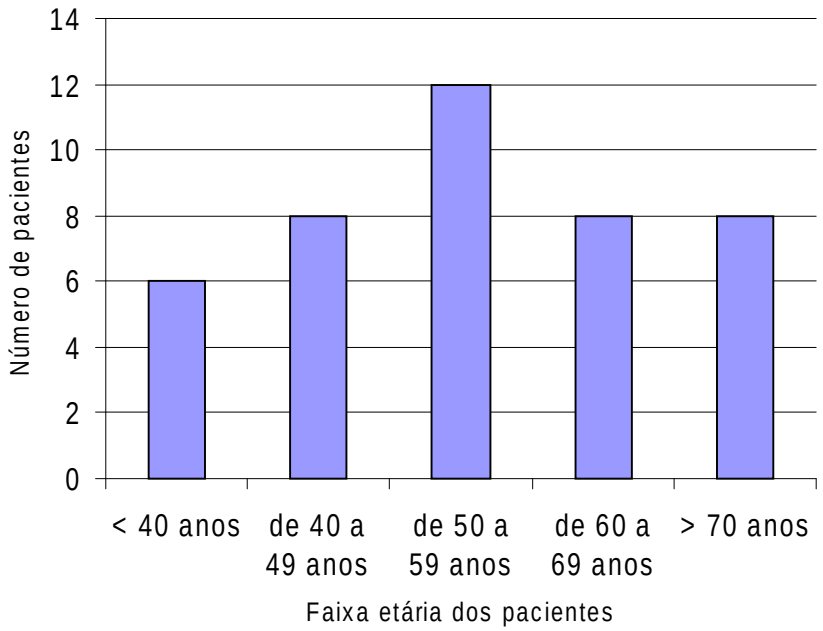

Figura 10 – Número de pacientes da alta complexidade segundo a idade pesquisados no período de maio a junho/2006.
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Alto Custo.

Quanto à relação entre faixa etária e sexo, a Tabela 11 mostra que a faixa etária predominante para o sexo masculino foi de 60 a 69 anos com 32,10% e para o sexo feminino o maior percentual foi na faixa etária de pacientes acima de 70 anos (36,40%) seguido da faixa etária de 50 a 59 anos (31,80%).

Tabela 11 – Pacientes da alta complexidade distribuídos segundo a faixa etária e sexo (maio a junho/2006).

Idade (Anos)	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
< 40	4	14,30	3	13,60
40 ⊢ 49	7	25,0	1	4,50
50 ⊢ 59	5	17,90	7	31,80
60 ⊢ 69	9	32,10	3	13,60
≥ 70	3	10,70	8	36,40
Total	28	100,0	22	100,0

$\chi^2 = 0,253$; p = 0,615 (Teste da Mediana)
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Alto Custo.

Na alta complexidade constatamos no período pesquisado que a referência do interior do estado de Goiás para a capital correspondeu a 50,0% e de outros estados do Brasil foi de 4,0%. Ainda de acordo com os dados obtidos da Tabela 12, do total de pacientes pesquisados procedentes de Goiânia com relação ao sexo, 65,22% (27 pacientes) são do sexo feminino e 34,78% (23 pacientes) são do sexo masculino. Dos pacientes procedentes do interior de Goiás, 44% são do sexo feminino e 56% corresponde ao sexo masculino. Dos pacientes procedentes de outros estados o percentual é de 50% para ambos os sexos.

Tabela 12 – Pacientes da alta complexidade distribuídos segundo a procedência e sexo (maio a junho/2006).

Procedência	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Goiânia	15	55,56	8	34,78	23	46,0
Interior de Goiás	11	40,74	14	60,87	25	50,0
De outros estados	1	3,70	1	4,35	2	4,0
Total	27	100,0	23	100,0	50	100,0

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Alto Custo.

Dos pacientes pesquisados de acordo com a renda individual por sexo, na faixa de renda de até um salário mínimo e na faixa de um a três salários mínimos predominou o sexo feminino com 52,50% e 55,56% respectivamente. (Tabela 13)

13 – Pacientes da alta complexidade distribuídos por renda individual e sexo (maio a junho/2006).

Sexo	até 1 SM		de 1 a 3 SM		de 3 a 5 SM		> 5 SM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	21	52,50	5	55,56	0	0,0	1	100,0
Masculino	19	47,50	4	44,44	0	0,0	0	0,0
Total	40	100,0	9	100,0	0,0	0,0	1	100,0

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

Dos cinqüenta pacientes pesquisados na alta complexidade, 41 deles informaram sobre ter ou não convênio privado de saúde, sendo que 87,80% não possuem nenhum tipo de convênio de saúde privado e só depende do Sistema Único de Saúde e 12,19% possuem algum tipo de convênio privado.

O avô de um menino de dois meses e 15 dias, de Goiânia, que necessita de cirurgia cardíaca, disse que “o atendimento foi muito bom na maternidade pública, a família tem Convênio, mas só ambulatorial e que não cobre a parte hospitalar. O atendimento no setor foi muito bom e a cirurgia já está marcada para daqui a uma semana”. (AC1)

Um paciente do sexo masculino, de 80 anos, do município de Trindade – Go, com renda de um salário mínimo, relata que, em Trindade aonde reside foi bem atendido quando precisou, mas no caso de urgência foi logo encaminhado para Goiânia e esclareceu “não tenho Convênio de Saúde Privado, só dependo do SUS. Preciso de autorização para colocar Marca-Passo e já está marcado o procedimento para o mesmo dia. O atendimento no Setor de Alto Custo foi ótimo”. (AC2)

Os pacientes com renda individual até um salário mínimo representam 54,76%, na faixa de um a três salários mínimos o percentual é de 21,43%, e não informaram a renda 23,81% deles. (Figura 11)

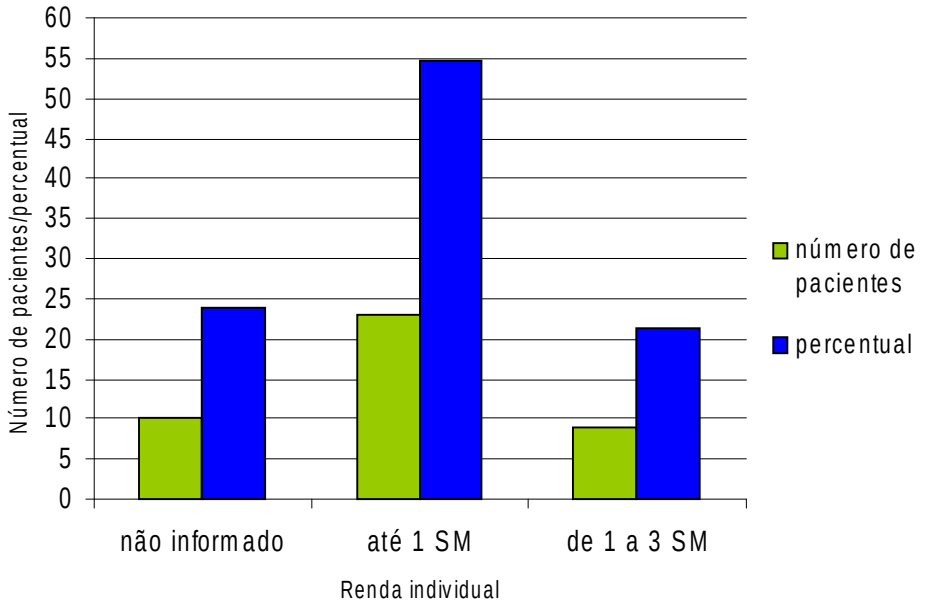

Figura 11 – Pacientes de alta complexidade segundo a renda individual pesquisados no período de maio a junho/2006.
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Alto Custo.

Tabela 14 – Pacientes da alta complexidade distribuídos por renda familiar e sexo (maio a junho/2006).

Sexo	até 1 SM		de 1 a 3 SM		de 3 a 5 SM		> 5 SM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	9	50,0	16	57,14	2	66,67	1	100,0
Masculino	9	50,0	12	42,86	1	33,33	0	0,0
Total	18	100,0	28	100,0	3	100,0	1	100,0

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Check-in.

Com relação à renda familiar, na faixa de renda até um salário mínimo o percentual entre os sexos foi equivalente (50,0%) para cada sexo. Nas faixas de renda familiar de um a três e de três a cinco salários mínimos o sexo feminino também predominou entre os pacientes pesquisados com 57,14% e 66,67% respectivamente. (Tabela 14) Ainda de acordo com a renda familiar, dos 50 pacientes que responderam a este item 56% têm renda de um a três salários mínimos; 36% têm renda de um a três salários mínimos e somente 2,0% têm renda de acima de cinco salários.

Paciente do sexo feminino, de 56 anos, curso primário incompleto,

aposentada com um salário mínimo, (ela e o marido), de Goiânia – Go. Segundo o depoimento do esposo

> ela é chagásica e já foi atendida algumas vezes na emergência e outras vezes para consulta com especialista, em várias unidades de saúde de Goiânia: Cais do Bairro Goiá, Cais do Dergo e sempre tem de madrugar, mas agora melhorou o atendimento, o atendimento no Cais é bom e não tem outro jeito porque não temos Convênio de Saúde Privado. É a segunda vez que vai ao Setor de Alto Custo para autorizar o exame de Estudo Eletrofisiológico da esposa, mas faltou o resultado do exame de Marca-passo, que ele alega que não sabia que precisava. O exame vai ser feito no Hospital das Clínicas, mas ainda não tem data marcada. (AC4)

Mesmo com a espera para análise dos pedidos de exames de alta complexidade, o que no caso da Cardiologia pode demorar de meia a uma hora, o grau de satisfação dos pacientes que responderam ao formulário, para com o setor de autorização, entre ruim, bom e ótimo, foi destacado como ótimo por 48,78% dos pacientes, bom por 46,34% e somente 4,88% consideraram o atendimento ruim. No entanto na rede básica, o nível de satisfação dos pacientes foi avaliado como bom por 72,22%, ótimo por 19,44%, ruim por 5,56% e péssimo por 2,78% dos pacientes pesquisados.

Paciente do sexo feminino, 61 anos, curso primário incompleto, não trabalha, mora em Goiânia – Go. É diabética, tem hipertensão e teve um enfarto e foi atendida no HUGO e depois encaminhada para a rede privada conveniada. O filho está com um pedido para autorização de cateterismo, embora sua mãe esteja internada e deveria ter a autorização do exame na própria Autorização de Internação Hospitalar – AIH

> o atendimento no HUGO foi rápido, mas não tinha Box desocupado para o atendimento quando ela enfartou e depois do eletrocardiograma não havia maca pra ela ficar. Os médicos atenderam rapidamente, mas não tem infra-estrutura para trabalhar, é muito ruim e ela foi pra UTI numa cadeira de roda. (AC6)

E ainda comentou que a mãe ficou internada três dias na UTI do hospital conveniado, e quando pegou o pedido do cateterismo foi orientado a buscar a autorização somente no período matutino, pois a Comissão de Cardiologia só atende pela manhã.

Os pacientes participantes da pesquisa na alta complexidade, na sua maioria, são de aposentados, 48,54%, seguidos de trabalhadores com emprego fixo, 28,57% e por

último de prestadores de serviços, 22,86% (Figura 12). O alto percentual de aposentados se explica pelo tipo de patologia mais freqüente entre os pacientes do Setor de Alta Complexidade, isto é, procedimentos cardíacos, predominantes também na faixa etária de maior percentual, de 50 a 59 anos.

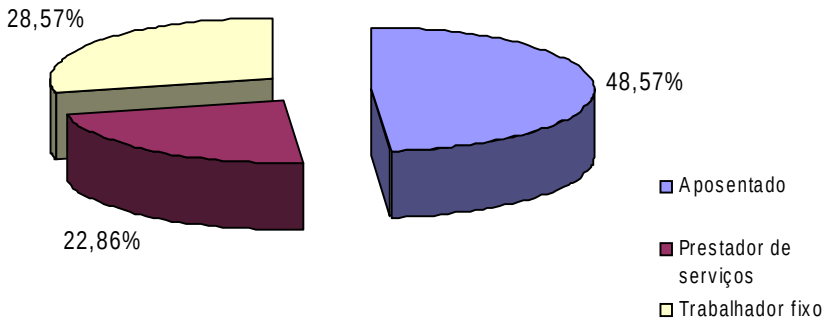

Figura 12 – Tipo de ocupação dos pacientes da alta complexidade pesquisados no período de maio a junho/2006.
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Alto Custo.

O nível de instrução predominante foi o fundamental com 71,43% dos entrevistados, e um alto índice de analfabetos, 14,29%. (Figura 13)

Paciente do sexo feminino, de 70 anos, curso primário incompleto, não trabalha, mora em Goiânia - Go. Consultou no Hospital Geral de Goiânia – HGG, a consulta foi agendada pelo Cais Novo Mundo. “O atendimento no Cais foi bom e no HGG também. É a primeira vez no Setor de Alto Custo e o atendimento foi rápido. Não tenho Convênio de Saúde Privado, só dependo do SUS”. (AC 5)

O exame ainda deveria ser marcado, mas a paciente achou que o Setor de Alto Custo é que marcava o exame, mas mesmo assim achou o atendimento muito bom. Quanto ao atendimento nos Cais ela disse que “é muito demorado, deve madrugar, e precisa melhorar muito. A maior dificuldade é ter de pegar ônibus e a demora no atendimento dos Cais”. (AC5)

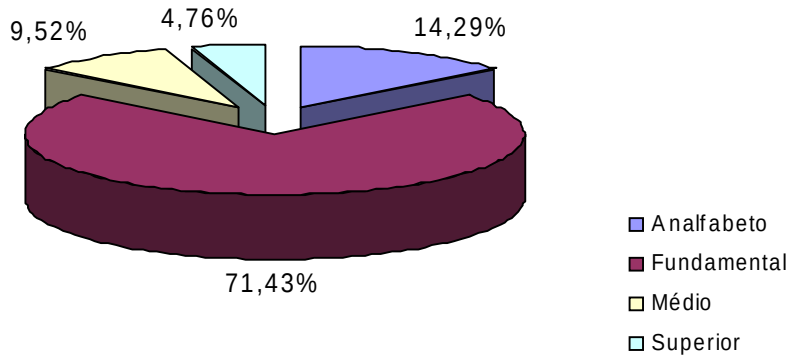

Figura 13 – Nível de instrução dos pacientes da alta complexidade pesquisados no período de maio a junho/2006.
Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Alto Custo.

O percentual de exames autorizados nos pacientes pesquisados foi de 83,33%. O principal motivo de não autorização foi a falta de exames complementares.

As solicitações de exames de alta complexidade são, na sua maioria, provenientes de prestadores privados conveniados, 57,14% e 42,86% da rede pública. A orientação para autorizar o exame foi informada para 97,62% dos quarenta e dois pacientes que responderam o formulário. E com relação ao local de autorização a informação foi dada para 97,56% dos quarenta e um pacientes que responderam este item no formulário. O tempo entre a aquisição do pedido de exame e a localização do setor de autorização foi de até 12 horas por 67,50% dos quarenta pacientes que responderam o formulário; de 12 a 24 horas por 16,67% dos pacientes e de mais de 48 horas por apenas 2,5% dos pacientes pesquisados.

Esposa de um paciente foi ao Setor de Alto Custo solicitar autorização para Tomografia Computadorizada do esposo de 26 anos que fez cirurgia para retirada de um tumor maligno no cérebro. Ela conseguiu a autorização do exame, mas só conseguiu marcar numa clínica para 40 dias após a autorização. Porém, três dias antes da data marcada do exame a clínica ligou avisando que o exame estava suspenso porque o médico iria viajar. O paciente não tem convênio privado e teve que pagar o exame particular

a primeira dificuldade começa na autorização, deixei o pedido

> numa segunda feira e só peguei na quinta feira, quatro dias depois [...] deveria ser feita uma triagem para ver o que é urgência e o que não é, que se tenha tranqüilidade para conseguir o exame. (AC10)

Tabela 15 – Pacientes da alta complexidade distribuídos segundo exame solicitado por tempo gasto entre a obtenção do pedido dos exames/autorização dos exames (maio a junho/2006).

Tempo de obtenção do pedido/ autorização	Tomografia		Radiologia interv.		Ressonância mag.		Densit. Óssea		Cirurgia cardíaca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
até 12h	1	14,3	18	62,1	0	0,0	0	0,0	2	100,0
de 12 a 24h	0	0,0	8	27,6	0	0,0	2	100,0	0	0,0
de 24 a 48h	1	14,3	2	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
> de 48h	5	71,4	1	3,4	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Total	7	100,0	29	100,0	2	100,0	2	100,0	2	100,0

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Alto Custo.

De acordo com a Tabela 15 e a Figura 14 a Tomografia representou 16,67% da demanda por exames de Alta Complexidade, e o exame de maior demanda foi o de Radiologia Intervencionista num valor percentual de 69,05%. O tempo de obtenção do pedido em relação à autorização não foi significativo relacionado ao tipo de exames requisitados.

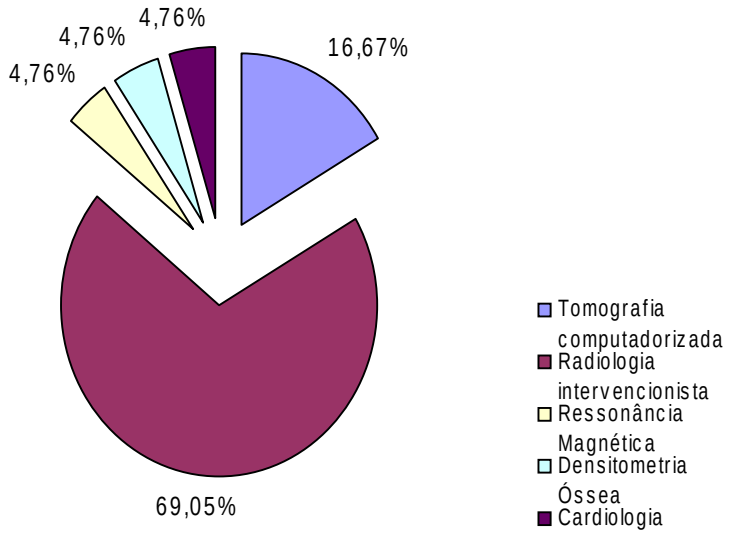

Figura 14 – Tipos de exames de alta complexidade pesquisados no período de maio a junho/2006

Fonte: Informações organizadas a partir dos dados obtidos dos Formulários aplicados aos pacientes do Setor de Alto Custo.

3.2.2 Estrutura do serviço e condições de trabalho na visão dos funcionários da Alta Complexidade

Por ocasião da aplicação dos formulários com os pacientes e da realização das entrevistas com os funcionários constatamos que os pacientes de alta complexidade em Cardiologia têm maior facilidade de acesso aos procedimentos e quando solicitam autorização, já estão com seus exames agendados, em grande parte nos hospitais privados conveniados, um filantrópico e raramente em um universitário. Já os pacientes da Neurologia ou Ortopedia que necessitam de exames como Tomografia, Ressonância Magnética e Densitometria Óssea esperam de 40 dias até meses pela realização dos exames, apesar de ter os exames autorizados em até 72 horas. No caso da Cardiologia os exames são autorizados no mesmo dia, com exceção daqueles que chegam no período vespertino, pois a Comissão de Cardiologia que analisa os laudos só funciona no período matutino.

> Os pacientes reclamam da falta de encaminhamento para a realização dos exames, por exemplo: Tomografia, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear (Cintilografias renal e do miocárdio) [...] a demora é de 30 dias, com exceção de alguns casos que o setor pede cotas extras [...] na área de cardiologia não há espera, pois todos são liberados de imediato com o diagnóstico bem definido e o agendamento prévio por parte dos prestadores, onde não há carência de oferta dos exames, e ainda há interesse pela tabela do SUS. (FAC 1)

Muitos pacientes de outros estados são orientados pelos próprios prestadores de serviços a declararem seus endereços como se fossem de Goiânia no intuito de agilizar as autorizações dos procedimentos solicitados. Conforme auditoria social realizada pelo setor, os pacientes não sabem explicar a localização de seu endereço, mentem sobre o tempo de moradia e acabam por entrar em contradição nas informações prestadas. Com relação à orientação dos pacientes e prestadores um funcionário explica que

> é preciso orientar as unidades conveniadas quanto aos procedimentos para autorização de alto custo, devido ao número freqüente de “vias não usuais”, ou seja, forjam o endereço, inclusive os pacientes recebem orientação é de como burlar o setor, por exemplo: um hospital mandou os pacientes providenciarem contrato de aluguel em cartório, com endereço de Goiânia [...] na entrevista não confere o tempo que o paciente diz morar no imóvel

> com a data do contrato [...] foi feito relatório informando a chefia sobre essas irregularidades. (FAC 5)

Este tipo de conduta não se justifica considerando que quando se trata de procedimentos de urgência/emergência, a autorização pode ser efetuada depois de realizado o procedimento, e se, pelo contrário, o procedimento for de caráter eletivo (sem caracterizar a urgência) os pacientes de outros estados ou provenientes de municípios que não pactuaram a realização dos procedimentos com Goiânia (Programação Pactuada e Integrada - PPI), são encaminhados à Central Municipal de Regulação de Alta Complexidade – CMRAC, para providências quanto à autorização do procedimento solicitado.

> Os pacientes de fora fazem quatro cartões do SUS cada, com endereços diferentes [...] precisa ter informação do número do cartão em rede nacional e fazer a compensação interestadual [...] o paciente fica buscando alternativas "tortas, irregulares" para agilizar o processo de autorização. (FAC 3)

A importância de se detectar a procedência correta dos pacientes para a realização dos procedimentos de alta complexidade/alto custo, além da organização e racionalização do atendimento deve-se á existência de uma Câmara Nacional de Compensação Financeira para tais procedimentos. Desta forma, o município ou estado que atende o paciente de outros municípios ou de outro estado, recebe por meio da Regulação desses pacientes o valor equivalente ao seu atendimento. Outro fator importante é a detecção de dados epidemiológicos sobre a morbi-mortalidade das populações regionais e locais para a adoção de políticas públicas de saúde de acordo com o perfil epidemiológico diagnosticado.

O processo de autorização de procedimentos, no âmbito da ação regulatória, deve se dar, previamente, à realização dos mesmos, considerando a indicação e os protocolos clínicos e de regulação pré-estabelecidos, a não ser quando a urgência do caso o impeça. Nesses casos, a autorização deve se dar no menor espaço de tempo após a realização do procedimento, como ressaltamos anteriormente, respeitando-se os prazos definidos.

A autorização prévia de procedimentos está vinculada aos instrumentos denominados: Autorização de Internação Hospitalar – AIH no caso de internações e a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC.

Contudo, nem todos os procedimentos ofertados pelo SUS utilizam estes instrumentos de autorização. Nesses casos, o acesso deve acontecer por meio da distribuição adequada de quotas de atendimento entre os estabelecimentos de saúde.

Vários transtornos poderiam ser evitados com a orientação correta dos pacientes, quanto aos documentos necessários ao processo de autorização e ao local exato para o seu pedido. No caso da alta complexidade, os pacientes vêm diretamente do nível terciário ou secundário de atenção, ou seja, de uma consulta especializada ou de uma unidade hospitalar especializada prestadora de serviços ao SUS. Nesse sentido, cabe aos prestadores, mediante protocolo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, orientar seus pacientes quanto ao processo de autorização de seus procedimentos.

> Além da falta de senha para atendimento (só os pacientes da cardiologia tem senha), há falta de orientação dos pacientes por parte dos médicos e clínicas/hospitais [...] faltam dados médicos e os prestadores falam que a autorização é imediata gerando expectativas [...] excesso de pedidos dos políticos, Casas de Apoio que falsificam o carimbo de médicos, endereços falsos [...] as Casas de Apoio têm vínculo com deputados e vereadores, inclusive com deputado federal, que forçam, fazem pressão para autorizar procedimentos sem seguir os protocolos, faltam dados como CID – 10, CPF do médico, justificativa diagnóstica, etc... (FAC 2)

Como já ressaltamos, e de acordo com o relato dos funcionários, os pedidos de exames de cardiologia são normalmente autorizados de imediato, com exceção daqueles em que falta comprovação diagnóstica de acordo com o procedimento solicitado, neste caso e também na negativa de autorização dos exames de Tomografia, Ressonância e Densitometria Óssea, o paciente é orientado a retornar ao seu médico para justificativa e com a devida comprovação. Não são autorizados os pedidos em que faltam dados imprescindíveis à comprovação do procedimento correto, como o Código Internacional de Doenças - CID-10; o Código de procedimento da tabela do SUS; e o CPF do médico com seu carimbo e assinatura.

Mesmo com a autorização não há garantia de realização dos exames, com exceção daqueles de Cardiologia, onde há marcação prévia ou praticamente imediata pelo próprio prestador, que tem forte interesse econômico nesses procedimentos que como o nome diz são de alto custo. Quanto aos outros exames a demora para realizá-los pode ser de 15 a mais de 30 dias, neste caso o paciente deve retornar ao setor para revalidar sua autorização que vence com 30 dias. Os exames de maior dificuldade para realização no período avaliado (maio e junho de 2006), foram as Tomografias

Computadorizadas, principalmente as que exigem contraste e as Ressonâncias Magnéticas, e que segundo informação dos funcionários têm-se tornado um problema crônico. Isto foi constatado devido ao levantamento que estava sendo realizado no Setor de Alto Custo, de todos os exames autorizados desde o ano de 2005 até 2006, porém sem previsão de agendamento para sua realização. Dois funcionários relatam a situação

> falta cotas, os pacientes reclamam da falta de exames [...] no dia 01 de junho tinha cerca de 500 Ressonâncias autorizadas, mas só encaminhou 280, o restante está aguardando vaga para o próximo mês, ficaram acumuladas 320 para a demanda do próximo mês [...] só tem 200 cotas de Ressonância por mês. (FAC2)

> todo final de mês acumula exames, os pacientes reclamam da falta de cotas [...] há demora na marcação dos exames, hoje é dia 09 de junho e só tem vaga para o dia 03 de julho para Ressonância [...] precisa aumentar as cotas para exames, só que tem acúmulo de pacientes para todo início de cada mês. (FAC 6)

Em grande parte esta demora se deve à uma grande e crescente demanda por exames e ao perfil dos prestadores, onde os privados não têm interesse no cadastro de seus serviços (faltam prestadores privados para realização de tomografias e ressonâncias magnéticas) e desta forma as unidades públicas e filantrópicas detêm o maior número de cotas. No entanto, essas unidades têm dificuldades devido também à forte demanda e/ou morosidades nos processos de manutenção dos seus equipamentos. Como exemplo, temos a citação de um funcionário

> a Santa Casa de Misericórdia possui um único Tomógrafo e este está constantemente estragado; o aparelho do Hospital das Clínicas foi adquirido recentemente; o HUGO possui dois aparelhos, porém só um estava em funcionamento durante quatro meses; no HGG o Tomógrafo esteve por seis meses sem funcionar devido a problemas técnicos. [...] o CRER tem equipamento novo e 200 exames cadastrados e com capacidade para realização de um número maior de Tomografias, porém as 200 cotas do HGG, que não estava realizando os exames, não foram transferidas para o CRER, o que ocasionou uma demora de mais de trinta dias na realização dos exames já autorizados [...] com relação à Ressonância Magnética no mês de maio os exames não foram realizados pelo CRER por problemas no aparelho [...] Ressonância no HGG só funciona esporadicamente [...] nunca houve regularidade no atendimento com relação à Ressonância Magnética. (FAC 7)

Existem cotas ou número de exames definidos por prestador. No entanto, não existe uma autorização que já defina a unidade a ser realizado exame com total segurança, haja vista que estas cotas não correspondem na prática ao atendimento realizado pelos serviços conveniados e contratados pelo SUS.

Conforme relatado pelos próprios serviços privados aos funcionários do setor, não há interesse no atendimento ao SUS para realização de alguns exames de alta complexidade devido aos valores pagos pela Tabela SIA-SUS, que estão abaixo do custo real dos procedimentos

> os serviços privados não têm interesse em atender [...] a autorização é contínua, mas a interrupção fica por conta falta de interesse dos prestadores privados e dos aparelhos quebrados e sem manutenção do serviço público [...] no mês de maio a Ressonância de joelho não foi liberada por causa de problemas com o aparelho que queimou a bobina. (FAC 7)

Alguns serviços prestadores não realizam tomografias com contraste, “não há oferta dos prestadores para a realização das Cintilografias Cardíacas e o Eco de Stress, ou seja, não há interesse por parte dos prestadores em ofertar estes exames.” (FAC 10)

> Tem uma clínica de radiologia que só quer fazer Tomografia sem contraste, quer gastar o mínimo por causa da tabela do SUS, um hospital que não quer fazer Tomografia de abdômen, faz agora porque foi pressionado pela Secretaria [...] os prestadores de modo geral negligenciam os exames que necessitam de contraste devido ao alto custo do exame, abaixo da remuneração da tabela [...] a Tomografia no serviço público a maioria está estragada, só no CRER e no Hospital das Clínicas, os pacientes estão aguardando em média trinta dias para realizar os exames [...] demanda reprimida. (FAC 11)

O Setor de Alto Custo produz relatórios quantitativos dos pedidos de procedimentos cadastrados e autorizados ou não. De maio a junho de 2006 foram recebidos 4.762 pedidos de autorização de exames e autorizados 4.460, o que equivale a 93,66% de todos os exames solicitados (Tabela 16).

Tabela 16 - Procedimentos de Alta Complexidade de acordo com o total de pedidos para autorização cadastrados, pedidos negados, pedidos autorizados e os cadastrados de outras localidades (maio a junho /2006).

Procedimentos	**Total de pedidos Cadastrados**	**Pedidos Negados**	**Pedidos Autorizados**	**Cadastrados de outras localidades**
Arteriografia	192	0	192	80
Estudo Hemodinâmico	527	30	497	283
Medicina Nuclear	442	25	417	171
Densitometria Óssea	571	3	568	122
Flebografia	3	0	3	3
PCR + RNA	17	0	17	7
Ressonância Magnética	985	148	837	275
Tomografia Comput.	2.025	96	1.929	566
TOTAIS	**4.762**	**302**	**4.460**	**1.507**

Fonte: Prefeitura Municipal de Goiânia/Secretaria Municipal de Saúde/COMDATA/Sistema de Controle de APAC's.

Segundo afirmação das Comissões de Alta Complexidade (cardiologia, neurologia e ortopedia) existem protocolos das diversas especialidades, para autorização, porém, há necessidade de revisão constante. O último foi realizado de 2001 a 2004. Devido ainda as constantes publicações de Portarias do Ministério da Saúde, bem como das inovações tecnológicas, os protocolos devem ser revistos com freqüência no sentido de acompanhar as mudanças impostas pela própria medicina.

Uma das grandes dificuldades constatadas no processo de autorização por parte das Comissões de Alta Complexidade é devida ao grande número de unidades e profissionais conveniados e cadastrados que solicitam os exames. A democratização das normatizações tanto para solicitar quanto para autorizar os procedimentos resolveria grande parte dos problemas e conflitos gerados com a autorização conforme relata um funcionário

> Há muita resistência no preenchimento das justificativas por parte do médico, a dificuldade maior é na abrangência das unidades e de profissionais que solicitam os exames [...] tem muito desgaste com os funcionários mesmo os pareceres sendo técnicos [...] precisa normatizar tudo, de forma clara e impressa, encaminhar para os prestadores e discutir as normas, urgente [...] resolver o desgaste com os prestadores e os médicos que solicitam os exames. (FAC 12)

Outra dificuldade constatada é a enorme pressão a que está submetido os funcionários e autorizadores do setor devido a presença constante das Casas de Apoio, que acompanham os pacientes de outros municípios e também dos assessores de

deputados da Assembléia Legislativa de Goiás, fato que ocasiona transtornos para os funcionários do setor como destacado por um deles

> os pacientes vem sempre acompanhados por pessoas das Casas de Apoio, da Assembléia Legislativa (assessores de deputados), o que causa transtorno para o próprio paciente [...] os acompanhantes são trocados quando se pede para o paciente retornar no dia seguinte [...] falta mesmo divulgar a rotina de autorização para todos os envolvidos no processo. (FAC 5)

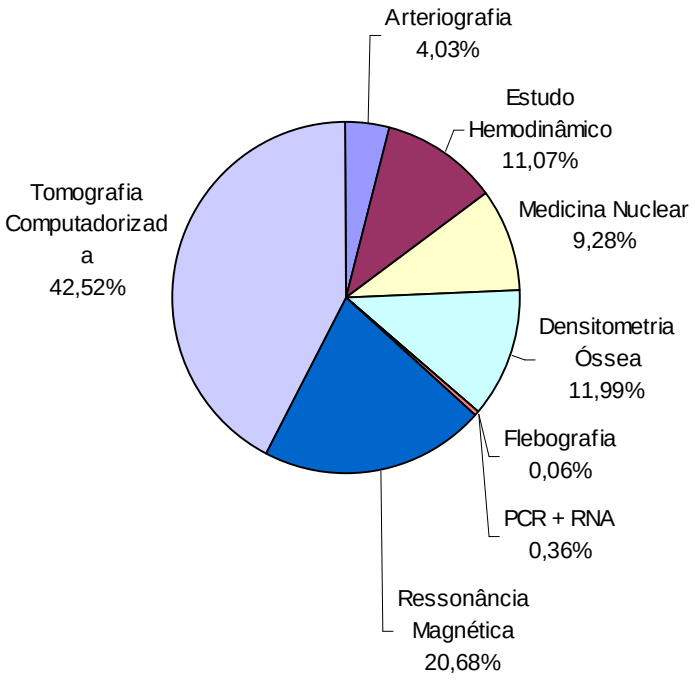

Figura 15 – Procedimentos de Alta Complexidade segundo dados do Setor de Alto Custo no período de maio a junho/2006.
Fonte: Prefeitura Municipal de Goiânia/Secretaria Municipal de Saúde/COMDATA/Sistema de Controle de APAC's.

Os dados obtidos pela pesquisa no Setor de Alta Complexidade quanto aos tipos de exames solicitados diferem em quantitativos e percentuais daqueles obtidos pelo setor e fornecidos pelo cadastro da Secretaria Municipal de Saúde/Sistema de Controle de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade – APAC's. Enquanto os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (Figura 15), apontam uma maior procura por exames de Tomografia Computadorizada em 42,53%, nos dados obtidos pela pesquisa, este exame representou 16,67% (Figura 14), e o exame de maior

demanda foi o de Radiologia Intervencionista num valor percentual de 69,05%. Esta discrepância se justifica pelo fato de que o maior fluxo de pacientes da Alta Complexidade em cardiologia se dirige ao Setor de autorização no período matutino e justamente no horário de realização da pesquisa, das 07h00min às 09h30min, enquanto os pacientes de outros exames de alta complexidade, inclusive de Tomografias Computadorizadas procuram o referido Setor durante todo o seu horário de funcionamento, das 07h00min às 18h00min.

Como referido anteriormente, o Serviço Social do Setor de Alta Complexidade realiza Auditoria Social por meio de entrevistas individuais, por amostragem, com os usuários do SUS que solicitam autorização de procedimentos de Cardiologia, com intuito de verificar a procedência real dos pacientes e se houve a pactuação dos municípios de Goiás com Goiânia, impedindo que seja autorizado procedimentos de alta complexidade de responsabilidade de outros municípios, bem como de outros estados da federação. A triagem para a entrevista é realizada na sala de espera do Setor e são encaminhados para confirmação de procedência aqueles pacientes cujo comprovante de endereço não está em seu nome.

Os resultados dessas entrevistas realizadas pelo Setor de Alto Custo nos meses referentes aos da pesquisa, maio e junho de 2006, constatou que do total de 576 procedimentos cardíacos analisados pelos médicos auditores no mês de maio, 176 apresentaram endereços dos municípios do interior de Goiás e 111 apresentaram endereço de Goiânia. Foi realizada auditoria social com 166 usuários, com o propósito de confirmar o endereço dos pacientes impedindo dessa forma que fossem autorizados procedimentos de alta complexidade para Goiânia sem a devida pactuação, tanto de outros municípios de Goiás como de pacientes de outros estados da federação. Dentre os que declararam serem moradores de Goiânia, 24 ou 15% do total de entrevistados apresentaram não conformidades, e uns foram encaminhados para os municípios de referência e os de outros estados para CMRAC. No mês de junho, dos pacientes que solicitaram autorizações de alta complexidade em cardiologia, 56 passaram pela auditoria social e 5 não obtiveram as devidas autorizações uma vez que foram detectadas irregularidades na comprovação do endereço descrito nos pedidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006; o art. 196 da Constituição Federal, que assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, garantia do acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde a todos os cidadãos; e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), buscou-se o entendimento sobre o alcance e o impacto de seus princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade partindo do pressuposto do acesso aos sistemas de saúde.

De maneira geral, detectou-se uma situação de iniqüidade em relação ao acesso aos exames de média e alta complexidade, não no acesso ao processo de autorização propriamente dita, mas no acesso à realização dos exames.

No que se refere à demanda para a realização dos exames de média e alta complexidade foi identificado o perfil dos pacientes da média complexidade que se caracterizou principalmente por pacientes jovens (< 40 anos); com ligeira predominância do sexo feminino (51,06%); o maior percentual foi de procedência de Goiânia (78,38%); com renda individual menor do que um salário mínimo e de um a três salários mínimos para a renda familiar; a principal ocupação é de prestadores de serviços; o nível de instrução predominante é o fundamental; e a demanda para autorização de exames é proveniente exclusivamente da rede básica do município de Goiânia (Postos de Saúde, Cais, Ciams), mesmo quando os pacientes são de outros municípios do estado.

Por outro lado, o perfil dos pacientes de alta complexidade é de pacientes mais idosos (> 50 anos); com ligeira predominância do sexo masculino (52,38%); a maior parte dos pacientes é do interior do estado de Goiás (60,87%) e ainda com um percentual de 4,0% procedentes de outros estados da federação; a renda individual prevalente também é menor do que um salário mínimo e a renda familiar na faixa de um a três salários mínimos como na média complexidade; a principal ocupação dos pacientes da alta complexidade é de aposentados e o nível de instrução predominante é o fundamental, com destaque para o alto índice de analfabetos entre os pacientes pesquisados (14,29%); e de forma distinta da média complexidade, as solicitações de autorização da alta complexidade são originadas também de serviços de saúde privados conveniados/cadastrados ao SUS, além daqueles da rede pública própria.

Os grupos de exames mais solicitados na média complexidade foram os de Patologia Clínica, Radiodiagnósticos e Ultra-sonografias. Na alta complexidade os exames mais freqüentes foram do grupo de Radiologia Intervencionista, Tomografias Computadorizadas e Ressonâncias Magnéticas.

Podemos estabelecer uma relação entre as dificuldades de acesso, tanto na média quanto na alta complexidade ambulatorial para a realização dos exames, seja pelos dados obtidos na aplicação dos formulários e entrevistas dos pacientes, quanto nas entrevistas com os funcionários. As dificuldades existentes no acesso aos serviços ambulatoriais nos dois níveis estudados não se concentra propriamente na autorização dos exames e sim na realização desses. Desta forma, há demoras ou até a impossibilidade de realização dos exames já autorizados.

Segundo a classificação baseada na fonte dos obstáculos podemos concluir que na média complexidade as dificuldades relacionadas aos obstáculos ecológicos/geográficos existem logo após o atendimento básico e os pacientes tem que se deslocar à Unidade Central de emissão do vale-exame, quando a unidade básica não realiza a autorização prévia para a realização de seus exames ou quando há falhas no sistema de emissão do vale-exame. Na alta complexidade os obstáculos ecológicos se referem principalmente no tempo gasto para o deslocamento dos pacientes, de diversos municípios de Goiás para autorizarem e realizar seus exames na capital.

No que concerne aos obstáculos financeiros, que representam os preços dos exames cobrados e pagos pelo prestador, no caso do SUS este valor é estipulado pela Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, porém o gestor habilitado na gestão plena no seu município, e ainda de acordo com as metas estabelecidas no Pacto de Gestão 2006, tem a possibilidade de negociar preços de acordo com a necessidade de compra do serviço e da realidade do mercado. Neste sentido, o gestor de saúde (secretário de saúde) no âmbito de sua atuação e competência pode transpor este obstáculo no intuito de viabilizar a oferta de acordo com as necessidades em saúde dos usuários do SUS.

Quanto aos obstáculos organizacionais, que podem ser de dois tipos: de entrada (contato inicial com o sistema de atenção à saúde) e aquele no interior do estabelecimento de saúde quanto ao tempo de espera para obter serviços de diagnósticos, este último foi de maior relevância para este estudo. Os obstáculos organizacionais (que também podem ser denominados de oferta), deste último tipo tanto na média quanto na alta complexidade estão relacionados à demora na realização dos

exames, principalmente devido à inadequação entre a demanda e oferta de serviços ou a inexistência destes serviços, e às vezes agravado pela falta de regulação da oferta de serviços para os usuários do SUS. Há, portanto insuficiência cadastral para alguns exames nos dois setores, o que acarreta num tempo de espera superior a 30 dias na média complexidade como, por exemplo, as Mamografias, EEG, ECG, Eletroneuromiografia, Urodinâmica, Colonoscopia e Ecodopler e Ultrassonografias de membros inferiores. Na alta complexidade o tempo de espera pode ser superior a 40 dias para exames como Tomografias Computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas, Densitometria Óssea e Cintilografias.

Se por um lado o princípio do acesso ordenado e organizado aos pacientes, que é o primeiro princípio enumerado na Carta de Direitos aos Usuários do SUS, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país, é descumprido ou dificultado por obstáculos geográficos e econômicos, o não cumprimento desse princípio também impõe obstáculos organizacionais. Estes obstáculos organizacionais coexistem entre pacientes e funcionários; em relação aos pacientes, devido a existência de filas, esperas injustificáveis, e quanto aos servidores interferem no exercício de suas funções gerando condições insalubres mental e fisicamente, causadas pelo stress da tentativa de resolver a questão no nível local de atendimento, ou seja, no processo normativo da autorização em si, enquanto que a resolução da inacessibilidade no processo de realização dos exames extrapola a sua governabilidade no nível setorial.

Segundo a abordagem que caracteriza a prática da atenção à saúde por meio da tríade: estrutura, processo e resultados, podemos inferir que com relação à estrutura (recursos materiais, humanos e organizacionais), se constatou a falta de estrutura adequada para o atendimento aos pacientes, bem como a falta de manutenção da estrutura e equipamentos próprios da rede pública. Portanto, há dificuldades no exercício das funções dos funcionários nos dois setores pesquisados pela falta de estrutura adequada de trabalho e para o atendimento ao público.

O processo, o qual se relaciona a tudo que permeia a relação profissional/usuário, o que se verificou devido a falta de informação/orientação de todo processo de autorização e realização dos exames aos pacientes, bem como a falta de normatização ou definição de protocolos de autorização para funcionários e prestadores de serviços cadastrados e conveniados ao SUS; falta de cumprimento dos contratos de alguns prestadores na realização de determinados exames ou mesmo na seleção de

certos exames determinados por interesses econômicos; a ausência de capacitação permanente; e a dificuldade de encaminhamento dos pacientes para realização de seus exames.

A abordagem dos resultados está relacionada tanto com o produto das ações, que neste estudo de caso é a autorização dos pedidos de exames nos dois setores e a realização dos exames solicitados. Neste sentido, detectou-se dificuldades para realizar os exames já autorizados.

E ainda, a acessibilidade equânime a todos os usuários do SUS é comprometida pela constante tentativa de burlar o sistema de autorização prévia dos exames de média e alta complexidade, com maior ênfase na alta complexidade/alto custo, por pressões políticas e de instituições de apoio sociais que trabalham em prol de interesses contrários aos princípios constitucionais do SUS, de eqüidade, integralidade e universalidade, com ênfase na acessibilidade aos serviços de saúde.

Ressaltamos que garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-lo. Em contrapartida, a utilização pela população é função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda conformada. E ainda, segundo o Pacto pela Saúde 2006, os gestores do sistema de saúde pública são os responsáveis pela gestão da saúde no seu território sanitário, pactuado e firmado pelo Termo de Compromisso de Gestão, bem como pela Regulação do Sistema de Saúde na promoção do acesso aos usuários do SUS.

Desta forma, podemos concluir que não há garantia de acesso para a realização dos exames autorizados mesmo havendo ações implementadas desde a atenção primária da rede básica de atendimento, como a humanização e o acolhimento aos pacientes até a rede de atenção na média e alta complexidade ambulatorial ou hospitalar, bem como a garantia do processo de autorização dos exames nos dois setores pesquisados.

Para se cumprir os preceitos constitucionais do SUS são necessárias mudanças de conduta tanto dos prestadores, que têm contratos firmados com o gestor do sistema de saúde, no atendimento aos pacientes do SUS, para que se cumpram esses contratos, quanto dos gestores no exercício de sua autoridade de gestão, no cumprimento dos direitos de cidadania dos usuários do SUS, e na adoção de medidas de impacto permanente e não de ações paliativas de curta duração, como é a prática de liberação de cotas extras de exames.

É preciso a aplicação constitucional dos recursos financeiros em saúde conforme

prevê a Emenda Constitucional nº29, ainda por ser regulamentada, mas que mesmo assim impõe limites mínimos de aportes financeiros para a atenção integral e equânime aos cidadãos brasileiros em todas as esferas de governo.

Portanto, devem ser cumpridos os compromissos firmados pelos gestores nos seus territórios sanitários e pactuados a partir dos compromissos expressos no Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. E ainda, ser considerado, primordialmente, o cumprimento do preceito constitucional do art. 196 que trata a saúde como direito de todos e dever do estado, e ressalta que deve ser garantindo o acesso universal dos cidadãos brasileiros a ações e serviços de saúde, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, mediante a premissa da atenção à saúde que inclui a prevenção, promoção, assistência e recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. **A framework for the study of access to medical care**. Health Serv Res, 1974.

ALMEIDA, R. T. **Avaliação de tecnologia em saúde in Saúde no Brasil – contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. **15 anos de SUS: Desafios e Perpectivas** in Caderno do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, **Convergências e Duvergências sobre Gestão e Regionalização do SUS**, nº 6, p.87-103.. Brasília: CONASS, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** ed. Atualizada. Rio de Janeiro: OAB, 1997.

DATASUS – **Sistema de Processamento de Dados do SUS**. Disponível em: <http: www.datasus.gov.br. Acesso em 07 jan. 2006 e 11 fev. 2006.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

FRENK, J. **El concepto y la medición de accesibilidad** *in* OPAS, (White, K.L. editor principal) **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.** – Washington, D.C.: OPS, 1992 pp 929-943 (Publicación Científica; 534).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados do Censo Demográfico de 2000. Resultados do Universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br. Acesso em 21 set. 2006.

LEFRÈVRE, F.; LEFRÈVRE, A. M. C. **Do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

_____. **Promoção de Saúde, a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das NOB's** *in* Caderno Ciência e Saúde Coletiva, vol. 6, nº2, p.269-291. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 2001.

MANUAL DO CONASS. **Seminário: Para entender o Pacto pela Saúde – Legislação e Normas Técnicas do CONASS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2006.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I e tomo II.** Coleção Saúde Coletiva, 4. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. **A regulação estatal dos sistemas de saúde.** Trabalho apresentado ao Seminário sobre Regulação do CONASS. Brasília, 10 de agosto de 2005.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Praxis en Salud – un desafío para lo público.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAS/SGIS/Projeto REFORSUS. **Experiências Inovadoras no SUS: produção científica: doutorado e mestrado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência à Saúde no SUS – Média e Alta Complexidade.** 2ª ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível no site: <http//www.saude.gov.br. Acesso em 02 abr. 2005.

NOAS - **Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS 01/2001 – NOAS-SUS 01/2001** aprovada pela Portaria GM/MS nº95 de 26 de janeiro de 2001. Disponível no site: <http//www.saude.gov.br.

NOAS - **Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS 01/2002 – NOAS-SUS 01/2002**, aprovada pela Portaria GM/MS nº373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível no site: <http//www.saude.gov.br.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. **The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction**. Med Care, 1981.

PDR – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO. **Governo do Estado de Goiás**, Sistema Único de Saúde – SUS, Secretaria de Estado da Saúde – SES/Superintendência de Planejamento – SPLAN. 2ª ed. Revisada. Goiânia, Goiás, 2004.

SILVA, L.K. **Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS** *in* Caderno Ciência e Saúde Coletiva. Volume 8, nº2, p.501-520. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

TEIXEIRA, C. F. **Promoção e Vigilância da Saúde no contexto da regionalização da Assistência à Saúde no SUS** *in* Caderno Ciência e Saúde Coletiva, vol.18, suplemento, p.153-162. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde** *in* Caderno de Saúde Pública, vol.20, suplemento 2, p.S190-S198. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

VIEIRA DA SILVA, L. M. ***Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde*** *in* HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em Saúde. Dos Modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde.** Salvador, BA: Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA, 2004.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALMOYNA, M. M.; NITSCHKE, C. A. S.(org). **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência SAMU (2001).** Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br. Acesso em: 15 jun. 2005.

BERLINGER, G. **Medicina e Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1987.

_____. **Ética e Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BERQUÓ, E. S.; CUNHA, E. M. G. P. da (org.). **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)**. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 2000.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE PÚBLICA – BVSP. Disponível em: <http: // www.saudepublica.bsv.br. Acesso em: 10 fev. 2005.

BOSI, M.C. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BREILH, J. **Epidemiologia: Economia, Política e Saúde.** 5. ed. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP: HUCITEC, 1991.

CADERNOS CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. **Gestão do SUS: Problemas, Desafios e Avanços.** Volume 4, número 2: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 1999.

_____. **O Sujeito e a Subjetividade na Práxis da Saúde**. Volume 4, número 2. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 1999.

_____. **Qualidade de vida e Saúde**. Volume 5, número 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 2000.

_____. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90**. Volume 6, número 2. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 2001.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. TRAVASSOS, C. **Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate**. Volume 13, nº 2, pp. 325-330, abr/jun. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 1997.

_____. HORTALE, V. A.; CONILL, E. M.; PEDROZA, M. **Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde.** Volume 15, nº 1, pp. 79-88, jan/mar. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 1999.

CARVALHO, A. I. *et al*. **Formulação de políticas de saúde. Estado e Políticas Públicas** *in* Caderno de Gestão em Saúde, Unidade I, 1998.

CARVALHO, G. Documento: **SUS: Garantia de tudo para todos em saúde?** São José dos Campos. Recebido do próprio autor via e-mail em 03/04/2003.

CARVALHO, G. I. de. **SUS, Comentários da Lei Orgânica da Saúde**. São Paulo: UNICAMP, 2001.

CIANCIARULLO; CORNETTA. **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio.** São Paulo: Ícone, 2002.

COHEN, E. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. 3. ed. revisada e ampliada. São Paulo: CORTEZ: CEDEC, 1999.

COHN, A.; NUNES, P. E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A Saúde como Direito e como Serviço**. 2.ed. São Paulo: CORTEZ, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Disponível em: <http: www.conass.com.br. Acesso em: 06 dez. 2005.

COSENZA, G. W. **Distribuição espacial e acesso da população aos serviços de saúde.** Tese de dissertação de Mestrado Profissional em administração de Saúde, IMS – Instituto de Medicina Social, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2002.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

DICIONÁRIO AURÉLIO. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

DISCUSSANTS, A. **Caderno Ciência e Saúde Coletiva**. Volume 8, p.346-369. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 2003.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** (Coleção História e Sociedade). São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P. M. **Atenção primária e promoção da saúde *in* Gestão municipal de saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001.

FORTES, P. A. de C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

GARCIA, J. C. **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. São Paulo: CORTEZ, 1989.

GIOVANELLA, L. **Solidariedade ou Competição? Políticas e Sistemas de Atenção à Saúde na Alemanha.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

IYDA, M. **Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: Editora UNESP, 1994.

JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. **As Condições de Saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

KLIKSBERG, B. **Desigualdade na América Latina: O Debate Adiado**. 2. ed. São Paulo: CORTEZ, Brasília: UNESCO, 2001.

KRAUSS, L. S. **Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais** *in* Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 2004.

LEITE, F. **SIOPS e gastos com saúde**. Folha de São Paulo publicada em 11/03/2003.

LEVILLE, C.; DIONNE, J. **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Tradução de Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Editora ARTMED; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MANUAL DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA. **Mortalidade Materna.** Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher, 2003.

MEDEIROS, J. B.; ANDRADE, M. A. de. **Manual de elaboração de referências bibliográficas: a nova NBR 6023: 2000 da ABNT: exemplos e comentários**. São Paulo: Atlas, 2001.

MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. **Qualidade na Saúde. Práticas e conceitos – Normas ISO nas Áreas Médico-Hospitalar e Laboratorial**. São Paulo: Best Seller, 1998.

MESTRINER, M .L. **O Estado entre a Filantropia e a Assistência Social.** São Paulo: Cortez, 2001.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ BANCO MUNDIAL. MILLÁN. ***Seminário: A separação do Financiamento e da Provisão dos Serviços no Sistema Único de Saúde.*** Rio de Janeiro, 13 e 14 de abril de 1999: Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica (NOB96)** – Portaria GM/MS nº. 2.203 de 05 de novembro de 1996. Brasília: Brasil, 1996.

_____. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Ministerial GM/MS no. 814 de 01 de junho de 2001 e Portaria Ministerial SAS/MS 423, de 26 de junho de 2002**. Disponível no site: <http//www.saude.gov.br. Acesso em: 24 mar. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Ministerial GM/MS no. 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Disponível no site: <http//www.saude.gov.br. Acesso em: 30 abr. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Ministerial GM/MS no. 699 e Portaria GM/MS nº. 698 de 03 de abril 2006.** Disponível no site: <http//www.saude.gov.br. Acesso em: 30 abr. 2006.

NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. (org.). **Saúde e Espaço: Estudos Metodológicos e Técnicas de Análise.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.

NETO, E. R. **Saúde: promessas e limites da Constituição.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

OPS/OMS. **Acciones Integradas en los Sistemas Locales de Salud: Análisis Conceptual y Apreciación de Programas Seleccionados en América Latina.** Washington: Publicações da OPS/OMS, 1990.

_____. **Los Sistemas locales de salud en las Américas: Una Estrategia Social en Marcha.** Washington: Publicações da OPS/OMS, 1993.

_____. **Municípios Saudáveis**. Washington*:* Publicações da OPS/OMS, 1997.

_____. **Evaluación y Mejora Del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas.** Washington: Publicações da OPS/OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – **OPAS.** Disponível em: <http://www.paho.org. Acesso em: 19 mar. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **OMS.** Disponível em: <http://www.who.org. Acesso em: 19 mar. 2005.

PAIM, J. S. **Saúde, crises e reformas.** (Coleção Monográfica Reitor Miguel Calmon n.02). Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

_____. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002.

_____; FILHO, N. de A. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

RESOLUÇÃO CFM No. 1.529/98, de 28 de agosto de 1998. **Regulamenta atendimento pré-hospitalar, atividade de médico regulador, regulação das urgências e requisitos mínimos dos profissionais no Brasil.**

REZENDE, S. C.; HELLER, L. **O Saneamento no Brasil: Políticas e Interfaces.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

RODRIGUES, J. M. da S. (org). **A regulação dos sistemas de urgência**. III Simpósio Internacional de Atenção Pré-hospitalar às Urgências e Trauma. Campinas-SP, novembro de 1997.

ROUQUAYROL. M.E. **Epidemiologia & Saúde.** Salvador: CEPS/ISC, 2002.

RUBARTH, E. O. **A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde.** Brasília: Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre de Gusmão; Centro de Estudos Estratégicos, 1999.

SANTOS, M. **O Espaço do Cidadão**. 6. ed. São Paulo: Studio Nobel, 2002.

SCLIAR, M. *et al.* **Saúde Pública: histórias, políticas e revolta**. Coleção Mosaico: ensaios & documentos. São Paulo: Scipione, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS/SES. Disponível em: <http:// www.saude.go.gov.br. Acesso em: 18 de jan. 2006.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS/CONSAÚDE. CALEMAN, G.; CARVALHO, G. (consultores convidados). **Estruturação de complexos reguladores da assistência.** Goiânia, Goiás, 2002.

SÉRIES. **Eqüidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia**. Volume 1. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

SILVA, M. A. da. **Normas para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos na UCG: modalidades, formatação e referências**. Goiânia: Ed. Da UCG, 2002.

SOARES, J. A.; CACCIA-BAVA, S. (org.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TEIXEIRA, C. F. (org). **Promoção e vigilância da saúde.** Salvador: CEPS/ISC, 2002.

TOBAR, F.; YALOU, M. R. **Como fazer teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VERAS, R. P. **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde**. 3.ed. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: UnATI/UERJ, 2002.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

WEICHERT, M. A. **O SUS no Federalismo Brasileiro.** São Paulo: RT, 2000.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelo telefone (62) 3227-1071.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: *ESTRATÉGIA DE EQÜIDADE: um estudo da acessibilidade aos exames de média e alta complexidade no SUS – Goiás.*

Pesquisador Responsável: Grace Machado.

Telefone para contato: (62)-201-4482/ (62)-9688-8008.

Telefones para contato: orientadora Profª Drª Eline Jonas (62) 3227-1403.

Esta pesquisa será realizada com os usuários do SUS com pedidos de exames ambulatoriais e que dependem de autorização prévia do Setor de Alto Custo/Complexidade e do Setor de Check-in (Vale-exame), da Secretaria Municipal de Saúde para sua realização, bem como, com funcionários dos setores de autorização. O propósito é identificar problemas que afetam o atendimento dos pacientes do SUS e sua participação na detecção dos problemas existentes só trará benefícios, dentre estes a melhoria do atendimento.

Será aplicado um formulário, com perguntas objetivas sobre o perfil do paciente, os tipos de exames solicitados, o tempo gasto para autorização e realização dos exames. Também faremos uma entrevista gravada, com a permissão do usuário, com perguntas sobre o grau de satisfação quanto à qualidade do atendimento, dificuldades e sugestões.

Esclarecemos que sua participação nesta pesquisa não irá prejudicar seu atendimento do SUS e o preenchimento do Formulário e a entrevista será realizada somente no setor de autorização, com tempo previsto de 30 minutos. As informações prestadas são sigilosas e serão tratadas em conjunto com as de outros pacientes, a divulgação dos resultados da pesquisa conterá apenas os resultados agregados, o que não permitirá a identificação do entrevistado. Todos os formulários e a gravação da entrevista farão parte de um arquivo documental e estarão em total segurança e sigilo.

Nome do pesquisador: Grace Machado

Assinatura do pesquisador: _____

Data: _____, _____de _____de 2006.

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,_____, RG _____
CPF nº_____nº do cartão SUS_____,
Abaixo assinado, concordo em particular do estudo: *ESTRATÉGIA DE EQÜIDADE: um estudo da Acessibilidade aos exames de média e alta complexidade no SUS – Goiás,* **como sujeito**. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Grace Machado, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem e que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu tratamento.

_____, _____de _____de 2006.

Nome do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em particular.

Testemunhas:

Nome: _____Assinatura: _____

Nome: _____Assinatura: _____

Observações complementares:

APÊNDICE B

FORMULÁRIOS APLICADOS NO SETOR DE ALTO CUSTO/ ALTA COMPLEXIDADE.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – UCG
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências Ambientais e Saúde

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO I

SETOR DE AUTORIZAÇÃO DE ALTO CUSTO/ALTA COMPLEXIDADE

1. Identificação: Data: Período:
Idade: _____
Sexo: F_____ M_____
Bairro de Residência: _____
Procedência: Goiânia: _____, outros municípios de Goiás: _____,
Outro estado: _____.
Renda individual: a) até 1 SM b)de 1 a 3 SM c) de 3 a 5 SM d) > de 5 SM
Renda familiar: a) até 1 SM b)de 1 a 3 SM c) de 3 a 5 SM d) > de 5 SM
Profissão: _____ Ocupação: _____
Nível de Instrução: a) nível fundamental b) nível médio c)superior

2. Seu Atendimento na rede básica foi através de:
a) consulta básica b) consulta especializada
c) consulta de emergência d) outra forma_____.

3. De que forma o Sr. (a) conseguiu atendimento para consultar?
a) fila de espera b) agendamento telefônico
c) agendamento no local d) outra forma_____.

4. Qual o seu grau de satisfação com o atendimento na unidade básica de saúde?
a) péssimo b) ruim c) bom d) ótimo

5. O Sr. (a) possui Convênio de Saúde Privado: Sim_____ Não_____.

6. Unidade Solicitante:

CAIS CIAMS P. SAÚDE PSF P.S. W. CHUK HGG
HMI MNSL M.D. IRIS HDT HDS HUGO
CRER PRIVADA/CONVENIADA OUTRA:_____

7. Tipo de exame solicitado:
a) Imunologia* b)Tomografia Computadorizada
c) Radiologia Intervencionista** d) Ressonância Magnética
e)Medicina Nuclear***

8. O Sr(a) foi orientado para autorizar o seu pedido de exame(s):
a)Sim b) Não

9. O Sr(a) foi orientado sobre o local aonde deveria autorizar seu pedido de exame(s):
a) Sim b) Não

10. Qual o tempo gasto entre a aquisição do pedido de exame(s) e a localização do Setor de Autorização:
a) até 12 h b) de 12 a 24 h c) de 24 a 48 h d) mais de 48 h

11. Tempo gasto entre a entrega do pedido de exame (s) e a autorização:
a) até 12 h b) de 12 a 24 h c) de 24 a 48 h d) mais de 48 h

12. Tempo gasto entre a autorização e a data de realização do(s) exame(s):
a) até 1 dia b) de 2 a 5 dias c) de 05 a 15 dias d) de 15 a 30 dias
e) mais de 30 dias

13. Exame(s) autorizado(s): Sim_____Não_____

14. Exame(s) não autorizado(s) devido a:
a) falta de exames complementares b) falta de justificativa médica
c) falta de recursos financeiros d) outros motivos: _____.

15. Qual o seu grau de satisfação com o atendimento neste setor?
a) péssimo b) ruim c) bom d) ótimo

*Dosagem de Ciclosporina e outros medicamentos de uso contínuo; detecção biomolecular do RNA e genotipagem do HCV. **Angioplastia transluminal; biópsia percutânea por cateter e outros; colocação de próteses; cateter e filtro percutâneos; dilatações; drenagens; embolizações; pielografias; retirada percutânea de cálculos biliares; quimioterapia por cateter percutâneo e outros. ***Cintilografias; procedimentos com radioisótopos, estudo renal dinâmico. (Classificação de acordo com a Tabela de Procedimentos do Sistema de informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS).

SIGLAS DAS UNIDADES:
CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde;
CIAMS – Centro Integrado de Atenção Médica
P. SAÚDE – Posto de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
P.S. W. CHUK – Pronto Socorro de Psiquiatria Wassily Chuck
HGG – Hospital Geral de Goiânia
HMI – Hospital Materno Infantil
MNSL – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
M.D. IRIS – Maternidade Dona Íris
HDT – Hospital de Doenças Tropicais
HDS – Hospital de Dermatologia Sanitária (Colônia Santa Marta)
HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia
CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
PRIVADA/CONVENIADA – Unidade Privada conveniada ao SUS
OUTRA – Outra Unidade Solicitante não citada no Formulário.

APÊNDICE C

FORMULÁRIOS APLICADOS NO SETOR DE VALE – EXAMES/ CHECK-IN.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – UCG
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências Ambientais e Saúde

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO II

SETOR DE AUTORIZAÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE – CHECK-IN

1. Identificação: Data: Período:
   Idade: _____
   Sexo: F_____ M_____
   Bairro de Residência: _____
   Procedência: Goiânia: _____, outros municípios de Goiás: _____, Outro estado: _____.
   Renda individual: a) até 1 SM b)de 1 a 3 SM c) de 3 a 5 SM d) + de 5 SM
   Renda familiar: a) até 1 SM b)de 1 a 3 SM c) de 3 a 5 SM d) + de 5 SM
   Profissão: _____ Ocupação: _____
   Nível de Instrução: a) nível fundamental b) nível médio
   c)superior

2. Seu Atendimento na rede básica foi através de:
   a) consulta básica b) consulta especializada
   c) consulta de emergência d) outra forma_____.

3. De que forma o Sr. (a) conseguiu atendimento para consultar?
   a) fila de espera b) agendamento telefônico
   c) agendamento no local d) outra forma_____.

4. Qual o seu grau de satisfação com o atendimento na unidade básica de saúde?
a) péssimo b) ruim c) bom d) ótimo

5. O Sr. (a) possui Convênio de Saúde Privado: Sim_____ Não_____.

6. Unidade Solicitante:

CAIS	CIAMS	POSTO	PSF	P.S. W. CHUK	HGG
HMI	MNSL	MDI	HDT	HDS	HUGO
CRER	PRIVADA/CONVENIADA		OUTRA:_____		

7. Tipo de exame solicitado:
a) Patologia Clínica b) Radiodiagnóstico c) Ultra-sonografia
d) Anátomo-patológico e) Cito-patológico

8. Por qual motivo o Sr(a) veio até esta unidade (Central do Check-in) para autorizar o seu pedido de exame (s):
a) unidade de origem sem autorização b) número de exames esgotados
c) falha no sistema emissor d)outros:_____

9. O Sr(a) foi orientado sobre outro local aonde poderia autorizar seu pedido de exame(s)?

a) Sim b) Não

10. Qual o tempo gasto entre a aquisição do pedido do(s) exame(s) e a localização do Setor de Check-in?

a) até 12 h b) de 12 a 24 h c) de 24 a 48 h d) mais de 48 h

11. Tempo gasto entre a emissão do Check-in e a data de realização do(s) exame(s)?

a) até 1 dia b) de 2 a 5 dias c) de 05 a 15 dias d) de 15 a 30 dias e) mais de 30 dias

12. Exame(s) autorizado(s): Sim_____Não_____

13. Exame(s) não autorizado(s) devido a:

a) falta de documentos do paciente b) falta de justificativa médica
c) falta de recursos financeiros d) outros motivos: _____.

14. Qual o seu grau de satisfação com o atendimento deste setor?

a) péssimo b) ruim c) bom d) ótimo

CHECK – IN: Setor de autorização vinculado ao Departamento de Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, responsável pela emissão de autorização (check-in) através de impresso com identificação dos exames a serem realizados e que garantem tanto o atendimento ao paciente quanto o pagamento ao prestador que realizar os exames.

Há liberação do Vale-exame em várias unidades de saúde do município – Cais, Ciams, Postos de Saúde, Unidades Hospitalares (H. Araújo Jorge e Santa Casa de Misericórdia), porém há uma unidade central para onde se encaminha a maior demanda de autorizações.

SIGLAS DAS UNIDADES:

CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde;
CIAMS – Centro Integrado de Atenção Médica
P. SAÚDE – Posto de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
P.S. W. CHUK - Pronto Socorro de Psiquiatria Wassily Chuck
HGG – Hospital Geral de Goiânia
HMI – Hospital Materno Infantil
MNSL – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
M.D. IRIS – Maternidade Dona Íris
HDT – Hospital de Doenças Tropicais
HDS – Hospital de Dermatologia Sanitária (Colônia Santa Marta)
HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia
CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
PRIVADA/CONVENIADA – Unidade Privada conveniada ao SUS
OUTRA – Outra Unidade Solicitante não citada no Formulário.

APÊNDICE D

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS FUNCIONÁRIOS.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – UCG
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências Ambientais e Saúde

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DOS FUNCIONÁRIOS

1. Há quanto tempo você trabalha neste setor?
2. Você recebeu capacitação específica para o atendimento neste setor?
3. Você acredita no trabalho que está realizando?
4. Você acha que este setor é resolutivo? Se não, por quê?
5. O setor dispõe de protocolo de autorização para orientação dos funcionários? E do usuário?
6. Quais as dificuldades encontradas na realização de sua função?
7. O que seria necessário para o melhor desempenho de sua função?
8. Quais as mais freqüentes reclamações dos pacientes que procuram este setor?
9. Existe algum tipo de Acolhimento para o usuário do SUS neste setor?
10. Você considera que o paciente tem a sua necessidade atendida no que compete a este setor?
11. Do seu ponto de vista, quais as maiores deficiências do setor?
12. Que sugestões você daria para melhorar o processo de autorização e atendimento ao usuário do SUS?

APÊNDICE E

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS PACIENTES.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – UCG
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências Ambientais e Saúde

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PACIENTES

1. O que o motivou a procurar o serviço público de saúde?

2. Como foi o acesso à unidade básica de saúde?

3. Como o Sr.(a) foi encaminhado para este Setor:
a) por orientação de algum serviço público b) informação por conta própria

4. Quais as dificuldades encontradas para chegar até este Setor?

5. Ao chegar ao Setor o Sr.(a) foi recebido por algum funcionário para orientação?

6. Quanto tempo o Sr.(a) esperou para ser atendido no guichê?

7. No atendimento o Sr.(a) foi informado sobre todo o processo de autorização e de onde realizará o(s) exame(s)?

8. O seu pedido não foi autorizado, neste caso o Sr. (a) recebeu alguma explicação ou qual o motivo da negativa?

9. O Sr.(a) gostaria de fazer algum comentário ou sugestão sobre o atendimento recebido?

10. De que forma o Sr. (a) acha que pode melhorar o atendimento?

11. De forma geral, o Sr.(s) considera que foi atendida sua necessidade de saúde, desde a consulta até a autorização do(s) exame(s)?

12. Caso necessite o Sr.(a) procuraria novamente o serviço público de saúde?

ANEXO 1

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA – CEP – PROTOCOLO Nº 0298.

ANEXO 2

AUTORIZAÇÃO DO GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA/DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS – ENCAMINHAMENTO DE PESQUISA PARA O DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO/SETOR DE ALTA COMPLEXIDADE E O DEPARTAMENTO DE REDE BÁSICA/SETOR DE VALE-EXAME.