

ESTUDO QUANTI-QUALITATIVO DO FLUXO DE REGULAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NO PARANÁ

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de identificar possibilidades e limites na regulação das internações de média e alta complexidade na central de leitos da Macro Norte do Estado do Paraná. Na primeira etapa (quantitativa), foram obtidos dados relativos ao cadastro da central de regulação de leitos da Macro Norte. A segunda etapa (qualitativa) consistiu em entrevista junto aos gestores municipais e estaduais. 11% dos casos cadastrados não foram regulados e, em 35% dos casos cadastrados, o acesso não se deu por mecanismos rotineiros. O desempenho e a ocupação dos leitos em cada regional de saúde foi diferente, devido à infraestrutura assistencial deficitária, fragilidade das pactuações entre os gestores e prestadores, redes de atenção à saúde fragmentadas, atuação da regulação e interferências nas ações regulatórias. Conclui-se que a regulação da Macro Norte procura garantir o acesso do usuário na urgência, embora não apresente desempenho máximo por problemas organizacionais e estruturais.

Palavras-chave: Hospitalização; Número de Leitos em Hospital; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Controle de Acesso; Gestão em Saúde.

QUANTITY-QUALITATIVE STUDY OF THE REGULATION FLOW OF HOSPITAL MEDICINE IN PARANÁ

ABSTRACT

The objective of this study was to identify possibilities and limits in the regulation of medium and high complexity hospitalizations at the Macro Norte bed center in the State of Paraná. In the first stage (quantitative), data were obtained regarding the registry of the regulation center of beds of the Macro North. The second stage (qualitative) consisted of an interview with the municipal and state managers. 11% of the registered cases were not regulated and the access was not by routine mechanisms in 35% of the registered cases. The performance and occupation of the beds in each health region was different, due to deficient care infrastructure, fragility of agreements between managers and providers, fragmented health care networks, regulatory action and interference in regulatory actions. We concluded that Macro Norte regulation seeks to guarantee user access in the emergency, although it does not present maximum performance due to organizational and structural problems.

Key Words: Hospitalization; Hospital Bed Capacity; Health Services Accessibility; Health Care Quality, Access and Evaluation; Gatekeeping; Health Management.

Andrea Ferreira Caria Bugês¹
Livia Fernandes Probst²
Denise de Fátima Barros Cavalcante³
Jaqueline Vilela Bulgareli⁴

¹ Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Filadélfia - UNIFIL, Paraná (Brasil). E-mail: probstlivia@gmail.com

² Doutoranda em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, São Paulo (Brasil).
E-mail: liviaprost@hotmail.com

³ Doutoranda em Odontologia pela Fundação Universidade Camponesa - UNICAMPO, Paraná (Brasil).
Tutora de curso a distância pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, São Paulo (Brasil).
E-mail: dradenisecavalcante@gmail.com

⁴ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, São Paulo (Brasil).
E-mail: jaquelinebulgareli@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como propósito oportunizar acesso universal, cuidado efetivo, qualidade na prestação dos serviços, bem como responder às necessidades em saúde da população com o uso eficiente dos recursos disponíveis (Brasil, 2009). Para atingir tais objetivos determinou normas operacionais para a gestão descentralizada, com integralidade de acesso e poder decisório deliberativo (Brasil, 1993. Brasil, 1996). As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) publicadas em 2002 visavam à promoção do acesso e ao direcionamento dos fluxos dos usuários a uma rede hierarquizada de serviços, através do Complexo Regulador. Para esse fim, cada Estado federativo elaborou seu Plano Diretor de Regionalização (PDR) (Brasil, 2002a) e, a partir deste, evidenciaram-se as diversidades estruturais de assistência nos municípios. Dessa forma, com o devido reconhecimento das limitações, os gestores estabeleceram em 2006 o Pacto pela Vida, que incluía o Pacto pela Saúde, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (Brasil, 2006).

Com o Pacto pela Saúde, os gestores organizaram seus fluxos, pautados nas redes de atenção (Paim et al., 2011). No Pacto de Gestão foi definido que todos os municípios brasileiros devem oferecer atenção primária e parte da média complexidade, sendo que aqueles que não dispuserem dos demais níveis assistenciais deveriam pactuar a assistência com outros municípios melhor estruturados (Brasil, 2006; Paraná, 2011).

Tradicionalmente, o escopo da regulação no setor saúde tem sido o de estabelecer padrões de qualidade e segurança para assegurar as condições mínimas na prestação de serviços. A garantia do acesso, da qualidade da assistência e da organização da atenção à saúde demonstra que a proteção do Estado é necessária (Brasil, 2011; Brasil, 2002b). Com relação à distribuição das ações nas Regiões, por meio da portaria ministerial 699/2006, o SUS instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR), definindo conceitos, práticas e finalidades para atuar na atenção (produção direta das ações e serviços de saúde) e no acesso à saúde (sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde) (Brasil, 2008).

Quanto ao controle das ações referente ao quantitativo e região de saúde, entende-se por regulação em saúde a ordenação do acesso aos serviços de assistência, articulando-se os interesses dos prestadores de um lado e, de outro, procurando encontrar a melhor alternativa ao cidadão face às suas necessidades em saúde (Brasil, 2008). Existem muitos desafios na regulação assistencial, na compreensão da multiplicidade de ações, sujeitos e interesses, no planejamento de estratégias que priorizem o acesso do usuário, no controle dos serviços de saúde, no

aprimoramento da qualidade da atenção e na adequação dos recursos às necessidades de saúde da população (Mendonça et al., 2006).

A literatura relativa à Regulação à Saúde e suas limitações é escassa devido à complexidade inerente ao tema. Dessa forma, diante da perspectiva de identificar os obstáculos dos municípios em proporcionar acesso universal e integral à população, o objetivo deste estudo foi identificar as possibilidades e limites na regulação das internações de média e alta complexidade a partir de uma análise na central de regulação de leitos da Macro Norte do Estado do Paraná.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Desenho do estudo e aspectos éticos e

O estudo realizado contou com uma abordagem quanti-qualitativa, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP) sob o protocolo de número 044/2013.

Caracterização do local estudo

Para cumprimento do proposto pelo Pacto de Gestão foram criados polos regionais assistenciais em todo o Estado do Paraná, onde estão concentrados os recursos de maior densidade tecnológica e especialidades, mais complexos e onerosos, com prestadores com capacidade resolutiva para a grande parte dos problemas de saúde de ordem hospitalar (Brasil, 2006; Paraná, 2011).

A Assistência que compõe a Macro Norte do estado do Paraná, objeto do presente estudo, conta com 2.054 leitos divididos entre clínica médica e cirúrgicos. Os leitos são utilizados tanto para os usuários provenientes de internamento na urgência (pelo SAMU), através da Unidade de Regulação de Leitos (URL) ou para realização de cirurgias eletivas, portanto, não há leitos diferenciados para as urgências. Há também a procura direta feita pelos usuários aos prontos-socorros dos hospitais. As cirurgias eletivas não são tratadas na URL, sendo reguladas por outra unidade. O número de leitos existentes em 2011 e sua variação temporal pertencem ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com livre acesso *online* e não houve variação de leitos gerais até a presente data.

A Macro Norte é formada por cinco regionais de saúde (16^a, 17^a, 18^a, 19^a, 22^a) e cada regional possui uma cidade polo (Paraná, 2010) e regula os usuários das cinco regionais de saúde citadas, que contêm em média 20 municípios/cada, totalizando 97 municípios (Brasil, 2002b), com 1.872.722 habitantes (IBGE, 2012). Dos municípios a compõem, apenas o município de Londrina possui uma URL, enquanto que os demais

têm seus leitos regulados pela URL do Estado (Macro Norte). A URL de Londrina e a da Macro Norte realizam gestão compartilhada desde 2011 e, juntas com o SAMU regional, compõem o Complexo Regulador (CR) das urgências do norte do Estado do Paraná (Paraná, 2012).

Abordagem Quantitativa – 1ª fase da pesquisa

O estudo quantitativo foi de corte transversal considerando o período de janeiro a dezembro de 2011. Foram levantados dados sobre o registro das solicitações de internação e sua origem utilizando o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde (CNES) e o cadastro informatizado da URL no complexo regulador das urgências da Macro Norte do Estado do Paraná. Na URL são solicitadas informações detalhadas do paciente no momento do cadastramento: dados do estabelecimento de saúde solicitante data e hora da solicitação, dados pessoais do paciente, diagnóstico da doença atual, especialidade solicitada, tipo de acomodação necessária, sinais vitais e escala de Glasgow, exames complementares. A central de regulação de leitos atualiza no Sistema o quadro clínico do paciente 3 vezes ao dia e diante desse banco de dados, foram avaliados os cadastros que tiveram inconformidades para serem regulados, como: desistências, óbitos, ampliação de busca, vaga-zero.

Inicialmente, a busca da vaga fica restrita à regional solicitante, desde que a mesma tenha a especialidade ou leito solicitado. Após a recusa, ampliam-se as buscas para as demais regionais que compõem a Macro Norte. Todos os contatos ficam registrados (horário, nome do estabelecimento, nome do funcionário e o motivo da recusa da transferência). Uma análise descritiva das regionais foi realizada, representando-as através de tabelas de frequência e porcentagem com o objetivo de caracterizar a demanda por internações e seus desfechos.

Abordagem Qualitativa – 2ª fase da pesquisa

O estudo qualitativo foi de caráter exploratório com o objetivo de identificar as possibilidades e limites da URL segundo as percepções dos gestores estaduais e municipais. Onze (11) gestores das regionais de origem, 16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 1ª (Curitiba - Central Master do Estado), envolvidos com o processo de regulação do acesso para assistência hospitalar, foram entrevistados. Houve a necessidade de incluir a Central Master do Estado por se tratar da referência da URL da Macro Norte, a qual é acionada quando há necessidade de ampliar as buscas de leitos em todo o estado. Para a realização das entrevistas, utilizou-se um roteiro com duas questões norteadoras, para que os mesmos pudessem explorar livremente o tema pesquisado: 1º - Quais os problemas locais enfrentados para regularem seus fluxos de usuários para assistência, através da URL? e 2º - Quais os problemas enfrentados pelos

demais municípios para regularem seus fluxos para a assistência, através da URL?

As entrevistas foram realizadas no período de 2012 a 2014. Optou-se pela utilização do método qualitativo, pois este possibilita a busca da compreensão de um fenômeno específico em profundidade, conforme a realidade é edificada partindo do próprio contexto estudado (Canzoniere, 2010; Medeiros, 2012). Após contato e esclarecimento sobre os objetivos do estudo, as entrevistas foram agendadas e as respostas das entrevistas foram obtidas presencialmente. Na ocasião das entrevistas, os gestores foram informados sobre aprovação da pesquisa pelo comitê de ética e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O pré-teste das questões do roteiro de entrevistas foi realizado e possibilitou o aprimoramento do instrumento, por meio da reestruturação da sequência das perguntas e do vocabulário empregado na construção das mesmas. Aos entrevistados foram apresentados os dados extraídos do cadastro da URL, os quais exemplificaram o acesso promovido pela URL no ano de 2011 (1ª fase da pesquisa), a fim de norteá-los sobre a temática abordada, obtendo assim, as respostas. Na sequência foram aplicadas as perguntas e o conteúdo gravado.

A identificação dos entrevistados ocorreu por numeração aleatória e as suas respostas foram transcritas na íntegra para o desenvolvimento da análise. A análise de conteúdo temática proposta por Gomes (2010) foi adotada, iniciando os trabalhos pelo procedimento de leitura exaustiva das transcrições, visando compreender o conjunto de dados e estabelecer formas de classificação. Neste contexto foi possível: ter uma visão do conjunto, identificar os temas iniciais e determinar os conceitos teóricos que seriam empregados na análise. Em seguida, foi efetuada a distribuição dos extratos segundo a classificação inicial e a verificação dos núcleos de sentido contidos nos trechos analisados. Ainda nesta etapa, foram reagrupados os extratos segundo os temas encontrados e foi elaborada uma redação por temas com o objetivo de contemplar os sentidos dos textos e sua articulação com os conceitos teóricos que orientaram esta análise. Finalmente, procedeu-se a redação do material estabelecendo diálogos entre os temas, objetivos e questões peculiares da presente pesquisa.

Após exame metódico do material transcrito, foram categorizados os elementos desse conjunto. As categorias foram articuladas com as publicações científicas, a fim de abranger a máxima amplitude para a descrição, explicação e compreensão do foco do estudo (Trivinos, 1995). A análise temática consiste em reunir unidades de registros sob um título, nas quais o tema serve como guia para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 1979). Para estabelecer a categorização com o tema foram necessárias exaustivas buscas ao material transcrito para identificação, descrição e transformação dos elementos adequados à

temática abordada, ancorados na bibliografia científica e nas especificidades do material, culminando com os eixos temáticos apresentados (Minayo, 2006).

RESULTADOS

Quantitativos

No ano de referência do estudo (2011) o número de leitos especializados em Unidades de terapia Intensiva (UTI) na Macro Norte era de 270, distribuídos entre pacientes adultos, crianças e recém-nascidos. Estes leitos foram regulados e ocupados por outros

serviços: SAMU, SIATE (Serviço de Atendimento ao Trauma) ou cirurgia eletiva que precisava de retaguarda de UTI, portanto, não regulados pela URL. Em 2011 foram referenciadas na URL 12.074 ações de regulação, isto é, associou-se a necessidade do usuário de média ou alta complexidade para o seu prestador. Do total, 1.407 (11%) dos casos não foram regulados, motivados por desistência ou óbito. A análise dos dados permitiu constatar que a 16ª regional de saúde proporcionou melhor resolatividade com apenas 4% dos casos não regulados, seguida, de forma crescente, pela 17ª regional, 18ª, 19ª e 22ª (Tabela 1).

Tabela 1 - Número total de leitos regulados, ocupação de leitos de UTI e leitos gerais, por mil habitantes, segundo a URL Macro Norte, 2011.

Regionais / Leitos	16ª	17ª	18ª	19ª	22ª	Total
*Nº de leitos totais regulados	2.569	4.977	1.419	1.533	169	10.667
Nº de leitos totais regulados/mil hab	7,34	5,67	6,28	5,49	1,21	
Ocupações de leitos de UTI						
Nº de leitos	92	362	135	352	23	964
Nº de leitos por mil hab	0,26	0,41	0,60	1,26	0,17	
% de leitos	-3%	-7%	-9%	-23%	-13%	
Ocupações de leitos gerais						
Nº de leitos	2.477	4.615	1.284	1.181	146	9.703
Nº de leitos por mil hab	7,08	5,26	5,68	4,23	1,05	
% de leitos	-97%	-93%	-91%	-77%	-87%	
População total por regional	349.875	878.116	226.127	279.268	139.336	1.872.722

Fonte: SESA-PR 2011; IBGE, 2011.

*Número total de leitos regulados corresponde ao total de ocupação de leitos de UTI e leitos gerais.

Dos 10.667 casos regulados, 35% foram rejeitados pelos hospitais, por não disporem de garantia físico-financeira (leito-pactuação) para prestar assistência hospitalar ao usuário residente no norte do

Paraná. No entanto, o acesso foi proporcionado pelo dispositivo da “vaga-zero” ou através da “ampliação da busca de referência buscando leitos nas demais regionais de saúde” (Tabela 2).

Tabela 2 - Número de solicitações de internações a URL, de leitos regulados e não regulados, frequência de acesso rejeitado a internação e seus respectivos desfechos.

Regionais	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	22 ^a	Total
Nº de solicitações de internação	2.674	5.651	1.665	1.868	216	12.074
Nº e % de leitos Regulados	2.569	4.977	1.419	1.533	169	10.667
Nº e % de leitos não-regulados	105 (4%)	674 (12%)	246 (14%)	335 (18%)	47 (21%)	1.407
Óbito	10	85	40	48	10	193
Desistência	95	589	206	287	37	1.214
Acesso rejeitado	249 (10%)	1.249 (25%)	814 (58%)	1.290 (85%)	137 (81%)	3.739
Vaga-zero	23	693	263	225	8	1.212
Ampliação de busca	226	556	581	1.065	129	2.557

Fonte: SESA-PR, 2011.

O conceito de vaga zero deve ser entendido como uma medida legal, que decide o destino do paciente, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação, em serviço que faça parte do sistema estadual ou regional de emergências de caráter público ou privado vinculado ou não ao SUS, conforme pacto previsto na portaria 2048 do MS (Brasil, 2002c). Por sua vez, “Ampliação de busca” é a terminologia usada para se referir aos casos em que a referência em assistência hospitalar pactuada através da PPI não constituiu parceria físico-financeira garantida entre os municípios para seus usuários em algum serviço ou especialidade, tendo a necessidade de ampliar as buscas por leito para todo o Estado, ou seja, fora de sua abrangência (atuação regulatória) da macrorregional de saúde. Este processo se inicia com o cadastramento do usuário na URL Master do Estado (com sede em Curitiba). Foram regulados e encaminhados como “vaga-zero” 1.212 pacientes e ampliadas às buscas por leitos para 2.557 casos, totalizando 3.769 pacientes que obtiveram acessos de forma atípica da convencional. Em análise ao acesso proporcionado pelos prestadores das regionais de saúde, os da 16^a regional foram comparativamente os que mais acolheram a demanda, demonstrando não resolutividade para somente 10% dos casos, enquanto os prestadores da 19^a regional não resolveram 85% da demanda (Tabela 2).

Os casos que necessitaram de leitos foram cadastrados e regulados de acordo com o leito geral

(clínico e cirúrgico), leito de UTI, hospital (secundário ou terciário) e especialidade médica. Evidenciou-se o número total de leitos regulados, a ocupação de leitos de UTI e leitos gerais por mil habitantes, considerando cada regional de saúde (Tabela 1). De acordo com os dados, a 19^a regional de saúde apresentou demanda de 23% para UTI, seguida pela 22^a (13%), 18^a (9%), 17^a (7%) e 16^a (3%). Nota-se que a porcentagem de ocupação dos leitos gerais foi consideravelmente mais elevada se comparada com a ocupação dos leitos de UTI (Tabela 1).

Do total de 10.667 regulações efetivadas, 964 foram para leitos de UTI, dos quais a ocupação na UTI adulta foi maior na 17^a regional, seguida da 22^a (74%), 19^a (70%), 18^a (65%) e 16^a (36%). Quanto aos leitos de UTI pediátrica, a 19^a regional internou 30%, seguida pela 18^a (15%), 16^a (8%) e 17^a (5%). Para leitos de UTI neonatal a 16^a regional internou 56%, seguida da 22^a (26%), 18^a (20%) e 17^a (16%) (tabela 3). A 22^a regional não regulou paciente para leito de UTI pediátrica e a 19^a regional também não o fez para leitos de UTI neonatal. No levantamento estatístico dos casos regulados para UTI, observou-se que as regionais têm carências assistências diferentes. Como a exemplo a 17^a regional apresenta maior necessidade de leitos em UTI adulto (80%), a 16^a para leitos de UTI neonatal (56%) e a 19^a para leitos de UTI pediátrica (tabela 3).

Tabela 3 - Ocupação dos leitos de UTI por especialidade regulada pela URL Macro Norte, 2011.

Regionais / Leitos de UTI	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	22 ^a	Total
UTI Adulto (n)	34	289	88	245	17	
por mil/hab	0,1	0,33	0,39	0,88	0,12	673
(%)	-36%	-80%	-65%	-70%	-74%	
UTI Pediátrica						
por mil/hab	7	20	20	107	0	154
(%)	0,02	0,02	0,09	0,38		
	-8%	-5%	-15%	-30%		
UTI Neonatal						
por mil/hab	51	53	27	0	6	84
(%)	0,15	0,06	0,12		0,04	
	-56%	-15%	-20%		-26%	
UTI Queimados	0	*6	0	0	0	6
Total de Regulações	92	362	135	352	23	964
	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%	-100%
População por regional	349.875	878.116	226.127	279.268	139.336	1.872.722

Fonte: SESA-PR 2011.

Análise Qualitativa

O perfil dos gestores participantes da avaliação qualitativa foi: faixa etária entre 35 a 61 anos, sendo seis homens e cinco mulheres, seis diretores das regionais de Saúde e cinco secretários municipais de saúde. Entre eles, cinco são graduados em medicina, quatro em enfermagem, um em medicina veterinária e um em farmácia. Sete gestores são funcionários públicos da saúde há cerca de 30 anos, três atuam de 10 a 18 anos e um ocupa cargo comissionado. Como gestor, quatro atuam há mais de 12 anos, um há cinco anos e os demais menos de dois anos.

As respostas aos questionamentos apresentados foram categorizadas em: infraestrutura assistencial deficitária, fragilidade das pactuações entre os gestores e com os prestadores, fragilidade das redes de atenção à saúde, atuação da regulação na promoção do acesso, interferências nas ações regulatórias. A análise das respostas permitiu destacar que o processo regulatório na saúde é um mecanismo primordial na promoção do acesso aos usuários do SUS. A eficácia e a prontidão dos agentes envolvidos nessas ações torna essencial a

plena prestação do serviço de saúde, especialmente em situações que envolvam risco de morte.

As dificuldades enfrentadas pela população ao recorrerem aos serviços hospitalares do SUS foram evidenciadas pelos gestores à ausência de infraestrutura, falta de recursos humanos, de equipamentos imprescindíveis para o atendimento e de leitos. Destacaram que o dispositivo legal da "vaga-zero", embora pretenda promover o acesso ao cidadão em situação de urgência, não caracteriza acolhimento. Nessa abordagem, os gestores apontaram carência maior de leitos nas unidades de terapia intensiva:

“Temos pacientes encaminhados com “vaga-zero” que vão para os hospitais mesmo sem o leito (...). Muitas vezes as macas das ambulâncias ficam retidas com pacientes nos corredores aguardando leito”. (gestor 2)

“Tem hospital de referencia em assistência que não tem plantonista. E tem especialidade médica que se descredenciou. Isso dificulta ainda mais

o acesso. Está difícil conseguir regular paciente, mesmos nos casos mais imprescindíveis”. (gestor 4)

Para os gestores, a atenção primária tem que ser mais resolutiva e capaz de acolher o cidadão no momento do agravo, pois uma vez determinada a “porta de entrada do sistema” deve estar apta a dar o suporte necessário para a regulação realizar os encaminhamentos para a rede assistencial:

“A UBS é a ‘porta aberta do sistema’, é lá que a população encontra o médico no momento do agravo e, portanto, deve estar equipada para poder prestar a assistência(...). O gestor tem que entender que o município que vai receber o seu paciente vai por primeiro o dele no leito e só depois irá buscar o de fora”. (gestor 1)

“Tem município pequeno que recebe muito acidentado, mas não têm recurso nenhum para atender os usuários. Recebem infartados e não tem eletrocardiograma(...). O que o SUS preconiza em termos de assistência, na prática não se encontra”. (gestor 10)

Também foi reportada a implantação do complexo regulador das urgências, ao qual se queixam da falta de recursos humanos, equipamentos e local adequado para operacionalizar as regulações:

“A Regulação tem que ter local e condições adequadas de trabalho(...). Os funcionários trabalham em um local insalubre e sem equipamentos adequados(...). Precisam de treinamento”. (gestor 2).

“Têm que contratar plantonistas. A regulação não pode ficar sem plantonista à noite e o paciente amanhecer na tela até chegar alguém”. (gestor 1)

As pactuações contribuem significativamente para a redução dos gastos e a melhoria na alocação dos recursos, ainda que alguns acordos se encontrem fragilizados pela suspensão da cota participativa de alguns municípios para a manutenção dos serviços. Os gestores dos municípios que dispõem de maior assistência identificaram que cofinanciam os municípios solicitantes:

“Para o financiamento do setor, teriam que vir a contribuição per capita dos 21 municípios e o que nós vemos é que nem

todos os municípios contribuem(...). Uma parte do dinheiro que teria que vir não chega. Em 2011 o inicial era de 0,67 per capita e caiu para 0,17, jogaram lá em baixo”. (gestor 11)

“(…) municípios carentes, não têm nenhum tipo de atendimento (...). Compram e até inauguram ambulância. Na urgência o gestor coloca o paciente dentro da ambulância e traz aqui na minha porta. Quando faz isso, onera o meu orçamento (...). Esse é o nosso maior problema, a grande utilização que os municípios vizinhos fazem dos nossos serviços”. (gestor 10)

Ademais relataram que há pouca rotatividade dos leitos hospitalares por atenderem a uma clientela idosa e proveniente de acidentados:

“Interna muito acidentado, também tem muito idoso no município, o que compromete o tempo de ocupação do leito”. (gestor 6)

“Os idosos geram ocupação mais prolongada dos leitos hospitalares. Os pós-operatórios deles também são mais complicados”. (gestor 3)

Há fragilidade na rede de atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de causas externas (acidentes), destaque para a atenção psicossocial, da qual os gestores se queixam de mandados judiciais para internação e tratamento:

“A psiquiatria está difícil demais, a todo o momento me chega mandado do Ministério Público dizendo para internar (...). A rede de saúde mental não está estruturada”. (gestor 6)

“Está internando muito acidentado de trânsito, doenças crônicas e muita fratura. (...). Os municípios não estão dando conta de atender a toda essa demanda”. (gestor 7)

As ações regulatórias estão intrinsicamente envolvidas com a rede assistencial de prestadores, na qual os gestores convergem opiniões ao se referirem a média complexidade hospitalar, que devido à existência de demanda reprimida, sobrecarrega a regulação de leitos:

“Se para atender os outros municípios precisam aumentar leitos, o que vão fazer? Tem trabalhador para isso? Não

tem! Qual a saída? É dinheiro para média complexidade(...). Nós não temos acesso na média complexidade cirúrgica. Os casos ficam aguardando até virarem urgência. Catarata foi o recorde, tinha gente esperando há cinco anos". (gestor 8)

"O dinheiro da saúde está jogado nas duas pontas, na atenção básica e na alta complexidade, na média ninguém investe. Quando levanto os custos, aparece o vazio de gerenciamento e financiamento (...). Nosso maior problema é a média complexidade". (gestor 7)

A regulação além de apresentar problemas estruturais internos depara-se com as dificuldades impostas pelo sistema para poderem assistir aos pacientes. Nesse sentido, a atuação dos gestores é pontual, se valendo da influência política para promoção do acesso:

"Para poder sair a vaga do leito a gente tem que fazer uns telefonemas, conforme a especialidade, é mais difícil o leito, aí entra a política no meio". (gestor 4)

"(...) Tem casos que o próprio paciente intercede junto ao prefeito ou através de um político. O que chega ao meu conhecimento eu ligo na central, e se não consigo pelas vias normais, acabo resolvendo por conta de contatos na prefeitura". (gestor 3)

DISCUSSÃO

Os municípios brasileiros enfrentam desafios para oferecer à população acesso universal e integral aos serviços do SUS. Nas situações de extrema necessidade em saúde, a regulação da atenção às urgências favorece o acesso do cidadão ao sistema de saúde e define a assistência mais adequada (Brasil, 2002c). O presente estudo encontrou fundamentos nos princípios apresentados por Vilarins (2010), ao afirmar que, para que o sistema de regulação desempenhe de forma efetiva sua função é importante identificar as barreiras e os entraves que acometem suas ações, subsidiando, assim, a gestão para a tomada de decisão e planejamento na melhoria do acesso. No setor das urgências deve-se avaliar a resolutividade de toda rede assistencial (O'Dwyer & Mattos, 2012), uma vez que por meio dos seus indicadores pode-se monitorar a eficiência das ações na saúde, baseando-se em eventos que não deveriam ocorrer se os serviços funcionassem adequadamente (Puccini & Cornetta, 2008).

Na análise quantitativa desse estudo, das 12.074 pessoas cadastradas na URL para serem reguladas à assistência hospitalar de média e alta complexidade (MAC), 11% não foram reguladas por desistência ou morte. As desistências ocorridas foram atribuídas pelos gestores às inconsistências clínicas no cadastramento dos casos. A Atenção Primária deveria utilizar protocolo para classificar os riscos nos casos de urgência e prestar uma assistência prévia qualificada, ágil e resolutiva, evitando a procura inoportuna aos setores hospitalares (Carret et al, 2009; Machado et al, 2011).

A análise qualitativa deste estudo demonstrou que os gestores assumem compromisso em atender a população no momento do agravo, porém, salientam a necessidade de equipamentos para dar suporte básico de vida e ao uso de protocolos assistenciais e de classificação de risco. A regulação para o acesso pode revelar as deficiências na assistência e as carências estruturais no sistema de saúde, as quais não devem ser atribuídas somente à Atenção Primária (O'Dwyer et al, 2009).

Para os gestores entrevistados no presente estudo, o acesso promovido, em algumas ocasiões, não apresentou acolhimento, pois os pacientes adentraram os serviços sem leito e permaneceram no pronto socorro, aguardando leito em macas do SAMU, evidenciando que uma das principais causas da superlotação dos hospitais é a falta de leitos hospitalares especializados (Bittencourt & Hortale, 2009).

A escassez de recursos foi apontada pelos gestores como sendo uma grande barreira para que URL promova o acesso do usuário à assistência hospitalar, na medida em que, além da falta de leitos, há carência de equipamentos (respiradores) e de recursos humanos, problemas similares na promoção do acesso foram encontradas por Gawryszewski et al (2012). Em contrapartida, estabelecendo a controvérsia, os secretários expressaram que há problemas com o descredenciamento de especialidades médicas e a má gestão dos recursos do SUS. Diante do impasse, a regulação tem seu efeito mitigado e o paciente, o acesso à assistência comprometido.

Quanto aos leitos de UTI, essa pesquisa identificou maior carência de UTI neonatal na 16ª regional de saúde, por sua vez, as demais regionais avaliadas necessitaram de UTIs para adultos. As diferentes demandas para os leitos de UTIs foram destacadas pelos gestores como uma valiosa informação, pois o acesso também se tornou restrito pela pouca rotatividade desses leitos e baixa infraestrutura assistencial dos prestadores. Essa análise é relevante, uma vez que as doenças cardiovasculares, líderes no ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS), exigem tratamento em UTI, o que torna um recurso imprescindível para o aumento das chances de sobrevivência nos casos de adoecimento agudo (Evangelista et al, 2008).

Os hospitais credenciados para o atendimento às urgências, conforme determinado pela Portaria Ministerial 2.395/11, devem ter quantidade de leitos em UTI equivalente a 10% do número de leitos gerais (Brasil, 2006b). Os obstáculos encontrados pela regulação na promoção da assistência e a baixa resolutividade dos prestadores em acolher a demanda parecem se retroalimentar, pois a ausência de leitos de UTI restringe o acesso e prolonga a permanência do usuário em lugares inapropriados nos hospitais (Mendes et al, 2012). A estrutura física, tecnológica e logística de cada central de regulação depende de sua área de abrangência, dos prestadores de serviços credenciados e da densidade populacional assistida (Brasil, 2006b). O compartilhamento do espaço físico favorece o trabalho das unidades de regulação, porém requer recursos, tanto para implantação, quanto para manutenção. Os gestores identificaram carência de equipamentos, recursos humanos e treinamento, aliados à dificuldade da produção de informações comuns.

No entanto, na opinião dos gestores entrevistados, todos os esforços realizados para reduzir as disparidades orçamentárias entre os municípios têm-se mostrado ineficientes. Também evidenciaram as internações por quadros de surtos psicóticos, de ordem patológica ou por uso de substâncias psicoativas, realizadas em cumprimento a mandados judiciais, aos quais são unânimes em dizer que têm enfrentado dificuldades para promoção do acesso a esses usuários. As iniquidades em relação à renda e à apropriação econômica dos municípios são, na maioria dos casos, desfavoráveis, o que acarreta dificuldades para financiar suas ações e serviços de saúde, essa situação reforça a necessidade de se rediscutir a regionalização (Lima & Andrade, 2009).

Associada aos desafios financeiros na gestão dos recursos para atender o usuário, está a falta de rotatividade de leitos decorrente de alterações macroestruturais na saúde, no perfil demográfico da população e nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e doenças infecciosas que, não subtraindo outras causas como acidentes, têm resultado em novas demandas para o setor hospitalar (Brasil, 2005).

Em 2011, o Estado do Paraná apresentava 458 hospitais credenciados pelo SUS, dos quais 72,3% desses estabelecimentos possuíam menos que 50 leitos e com poucos recursos assistenciais para o atendimento, sendo que 11% dos prestadores no Estado possuíam mais de 100 leitos munidos de recursos humanos e tecnológicos (CFFM, 2010). Os gestores foram uníssonos ao manifestar que enfrentam dificuldades e problemas para atender os casos de média complexidade e identificaram a baixa resolutividade desse setor com a gestão inadequada dos recursos, que são alocados na sua maioria na atenção básica e na alta complexidade.

Na busca da promoção do acesso através da regulação, os funcionários deparam-se com poucos

recursos e má gestão dos mesmos (Gawryszewski et al, 2012). Com isso, convivem com ações fragmentadas e sem articulação, que promovem visibilidade política, mas que não resolvem as carências estruturais nem incentivam a participação popular para que ocorram mudanças (Paim et al, 2011). Os resultados dessa pesquisa indicam que é premente o redimensionamento na média complexidade, para que se dê vazão a uma demanda reprimida que carece em sua maior parcela, de cirurgias. Nesse sentido, a forma de contratação dos serviços pode ser revista, ou seja, não pela oferta do prestador, mas sim pelas necessidades de saúde dos usuários.

Como limitação, poder-se-ia indicar que o estudo tem um ponto de corte histórico e político, o que muitas vezes dificultaria a análise conjuntural e longitudinal da regulação do sistema. Contudo, deve-se ter em mente que esses problemas vêm sendo enfrentados há muito tempo, caracterizando claramente um contexto vivido nos últimos anos, o que merece ser investigado e analisado.

CONCLUSÕES

O sistema de regulação da Macro Norte não apresenta desempenho máximo por problemas organizacionais, estruturais e não técnicos, influenciados pela política. Os municípios não têm recursos na rede primária de assistência, o que desloca a clientela para outras regiões. As deficiências na média complexidade acarretaram longas filas de espera para assistência hospitalar; o que demonstra a necessidade de pesquisa e planejamento na área para melhoria do acesso. São muitos os problemas a serem enfrentados para a promoção do acesso e da redução das desigualdades assistenciais regionais. A regulação, nesse sentido, estabelece um instrumento ordenador e definidor do acesso, ao equilibrar oferta à demanda, e proporciona ao usuário o cuidado mais adequado às suas necessidades em saúde.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bittencourt, R.J., & Hortale, V.A. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*, 25(7): 1439-1454.
- Brasil. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. (2005). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS. (2011). Brasília: CONASS.

Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996 (1996). Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Brasil. (Cap. 1, p. 61).

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. (2006). Brasília: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993 (1993). Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica (NOB). Diário Oficial da União (1993, maio 21). Ministério da Saúde. Brasil. (Cap. 1, p. 9).

Brasil. Ministério da Saúde. Regulamenta a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. (2008, agosto 4). Diário Oficial da União. (Cap. 1, pp. 48-49).

Brasil. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. (2009). Brasília: 2ª ed. Ministério da Saúde.

Brasil. Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002c [acesso 15 jul 2013]. Regulamenta o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência e dá outras providências [internet]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>

Brasil. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 [acesso 22 jun 2013]. Aprova na forma do Anexo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

Brasil. Portaria n.º 699 de 30 de março de 2006. [acesso 06 mai 2013]. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão [internet]. Disponível em: Brasil. Portaria n.º 968, de 11 de dezembro de 2002c [acesso 17 ago 2013]. Atualiza a relação de procedimentos de ações de alta complexidade e estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html

Canzoniere, A.M. (2010). Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde. Petrópolis: Vozes.

Carret, M.L.V., Fassa, A.C.G., & Domingues, M.R. (2009). Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saude Publica*, 25 (1): 7-28.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Análise do Conselho Federal de Medicina aponta queda acentuada de leitos do SUS desde 2010. Brasília; 2013. [Internet] [acesso em 2013 nov 13]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24121:analise-do-conselho-federal-de-medicina-aponta-queda-acentuada-de-leitos-do-sus-desde-2010&catid=3:portal

Evangelista, P.A., Barreto, S.M., & Guerra, H.L. (2008). Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cad Saude Publica*, 24(4): 767-776.

Gawryszewski, A.R.B., Oliveira, D.C., & Gomes, A.M.T. (2012). Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*, 22 (1): 119-140

Gomes, R. (2010). Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In M. C. S. Minayo, (org). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informações sobre os municípios brasileiros. Brasil; 2012. [Internet] [acesso 2013 mar 16]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>

Lima, L.D., & Andrade, C.L.T. (2009). Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica*, 25(10): 2237-2248.

- Machado, C.V., Salvador, F.G.F., & O'Dwyer G.O. (2011). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: uma análise da política nacional. *Rev Saude Publica*, 45(3): 519-528.
- Medeiros, M. (2012). Pesquisas de abordagem qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(2): 224-5.
- Mendes, A.C.G., Sá, D.A., Miranda, G.M.D., Lyra, T.M., & Tavares, R.A.W. (2012). Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saude Publica*, 28(5): 955-964.
- Mendonça, C.S., Reis, A.T., & Moraes, J.C. (2006). A política de regulação do Brasil (org.). Brasília: Organização Pan Americana da Saúde e Ministério da Saúde.
- Minayo, M.C.S. (2006). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (9a ed.). São Paulo: Hucitec,
- O'Dwyer, G., & Mattos, R.A. (2012). O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis*. 22(1): 141-160.
- O'Dwyer, G., Oliveira, S., & De Setta, M.H. (2009). Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Cienc Saude Colet*. 14(5): 1881-90
- Paim, J., Travassos, C., Bahia, L., Almeida, C., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 377(9779): 1778-1797.
- Paraná. Curitiba; 2010 [Internet] [acesso em 2012 jun 10]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_atualizado__Edson.pdf
- Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). 17ª Regional de Saúde. Manual da unidade de regulação de leitos Macro Norte. 2ª ed. Londrina, 2011.
- Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). 17ª Regional de Saúde. Londrina; 2012. [Internet] [acesso em 2013 jul 11]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>.
- Puccini, P.T., & Cornetta, V.K. (2008). Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad Saude Publica*. 24(9): 2032-2042.
- Trivões, A.N.S. (1995). Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas.
- Vilarins, C.M. (2010). Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. *Com Ciencias Saude*. 21(1): 81-84.