

**Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde: a mediação do
Núcleo de Atendimento ao Cliente**

*Regulation of Access to Health Services: mediation of the Customer
Service Center*

*Regulación del Acceso a los Servicios de Salud: la mediación del
Centro de Servicio al Cliente*

Jamyle Martins de Sousa¹

Karen Lopes Felipe²

Karen Lopes Felipe³

Maria Andrezza dos Santos Nascimento⁴

Francisca Aparecida Pinheiro Cavalcante⁵

Lucia Conde de Oliveira⁶

RESUMO

O poder público implantou a estratégia de regulação do acesso como forma de organizar o sistema de saúde e garantir o ingresso aos serviços de saúde. Com a regulamentação da RAS, através da Portaria nº 4.279, a Regulação Assistencial visa garantir o ingresso aos serviços de saúde, possibilitar a integralidade do cuidado e a comunicação entre os serviços de saúde. O presente estudo tem como objetivo analisar os processos de regulação do acesso dentro da Rede de Atenção à Saúde do município de Fortaleza. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido em três Unidades de Atenção Primária do município de Fortaleza, com gerentes das unidades e trabalhadores do Núcleo de

⁴¹ jamylemartins@gmail.com

² karen.lopes13@gmail.com

³ suzianefabricio@gmail.com

⁴ andrezzanascimento@gmail.com

⁵ cida0411@hotmail.com

⁶ conde.lucia@gmail.com

Atendimento ao Cliente (NAC). A realidade do município de Fortaleza demonstra um avanço no fluxo de atendimentos com a implantação da Central de Regulação e do Núcleo de Atendimento ao Cliente, entretanto a oferta ineficiente de serviços, a ausência de sistemas informatizados integrados, dificultam o atendimento especializado gerando filas de espera virtuais que comprometem significativamente a integralidade da atenção e qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Regulação do acesso à saúde.

ABSTRACT

The government has implemented a strategy to regulate access as a way of organizing the health system and guaranteeing access to health services. With the regulation of the RAS, through Ordinance No. 4,279, the Assistance Regulation aims to guarantee access to health services, to enable comprehensive care and communication between health services. This study aims to analyze the processes of regulating access within the Health Care Network in the city of Fortaleza. This is a qualitative study, developed in three Primary Care Units in the city of Fortaleza, with unit managers and workers from the Customer Service Center (NAC). The reality of the city of Fortaleza shows an advance in the flow of services with the implementation of the Regulation Center and the Customer Service Center, however the inefficient service offer, the absence of integrated computerized systems, hinder the specialized service generating queues that significantly compromise the integrality of care and quality of health services.

Keywords: Single Health System; Primary Health Care; Regulation of access to health.

RESUMEN

Las autoridades públicas implementaron la estrategia de regular el acceso como una forma de organizar el sistema de salud y garantizar el acceso a los servicios de salud. Con la regulación del RAS, a través de la Ordenanza N ° 4.279, el Reglamento de Asistencia tiene como objetivo garantizar el acceso a los servicios de salud, para permitir la atención integral y la comunicación entre los servicios de salud. Este estudio tiene como objetivo analizar los procesos de regulación del acceso dentro de la Red de Atención de Salud en la ciudad de Fortaleza. Este es un estudio cualitativo, desarrollado en tres Unidades de Atención Primaria en la ciudad de Fortaleza, con gerentes de unidades y trabajadores del Centro de Servicio al Cliente (NAC). La realidad de la ciudad de Fortaleza muestra un avance en el flujo de servicios con la implementación del Centro de Regulación y el Centro de Atención al Cliente; sin embargo, la oferta de servicio ineficiente, la ausencia de sistemas computarizados

integrados, obstaculizam las colas de generación de servicios especializados, que comprometen significativamente la integralidad de la atención y la calidad de los servicios de salud.

Palabras-clave: Sistema Único de Salud; Atención Primaria de Salud; Regulación del acceso a la salud.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um longo processo de lutas sociais no sentido de consolidar o Estado democrático de direito, cujo marco se deu por meio da Constituição Cidadã e as leis orgânicas da saúde, modo pelo qual o Estado intervém na sociedade para assegurar o arcabouço institucional do sistema de saúde. A Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990¹ instituiu o SUS e estabeleceu uma política de saúde pública pautada na concepção ampliada de saúde, compreendendo-a como determinada e condicionada pelas condições sociais, de vida e trabalho da população.

Ao longo dos anos, o SUS avançou nos marcos legais e muitos passos foram dados no sentido da mudança no modelo de atenção, entendido aqui como saberes e práticas utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas². Contudo, um dos principais desafios para a consolidação do sistema de saúde brasileiro consiste em superar as profundas desigualdades em saúde, respeitando a diversidade regional e local.

Nessa lógica, um passo significativo no sistema é a Atenção Primária à Saúde (APS), que dentro da proposta do modelo organizativo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), é considerada a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, tendo a Estratégia Saúde da Família como forma principal de organização da APS. Contudo, sabe-se que muito ainda precisa ser feito para sua qualificação e para que essa mudança signifique de fato a superação de um sistema de saúde fragmentado, com processos de cuidado centrados essencialmente no hospital e na cura das doenças.

Nesse sentido, a categoria acesso é de suma importância na formulação e implementação de políticas públicas, apresentando um elevado potencial para a organização do sistema de saúde brasileiro. Assim, a reflexão aqui proposta compreende-a como um fenômeno social, que contém em si uma multidimensionalidade, envolvendo tanto aspectos políticos, econômicos e sociais quanto organizativos, técnicos e simbólicos e que extrapola a dimensão geográfica.

No esforço de resolver, ou, ao menos amenizar a problemática do “não acesso”, o poder público implantou a estratégia de regulação do acesso: uma forma de organizar o sistema de saúde para o enfrentamento da demanda maior que a oferta de serviços públicos de saúde.

Assim, a Regulação ganha destaque no SUS, a partir das Normas Operacionais de Assistência e se configura como um dos eixos estruturadores do Pacto de Gestão, que consolida o processo de descentralização, com responsabilidades compartilhadas pelos entes federados, de modo a produzir ações integrais de assistência à saúde, em função das necessidades da população, buscando o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS³.

Conforme Merhy⁴, a regulação pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores. A intervenção entre a demanda e a prestação direta dos serviços, nos seus diversos aspectos, pode ser caracterizada como mecanismo de regulação.

De acordo com Cecílio *et al*⁵, na sua dimensão operacional, a regulação assistencial é compreendida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades dos cidadãos, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, efetivada por meio de complexos reguladores, articulada com a avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação de recursos, além das ações de avaliação e controle.

Desse modo, em seu Art. 2º, a Política de Regulação do SUS⁶ é definida em três dimensões que devem estar integradas para a sua efetivação, são elas: Regulação de Sistemas de Saúde, com foco nos sistemas municipal, estadual e nacional de saúde, estabelecendo macrodiretrizes e o monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; Regulação da Atenção à Saúde, que:

[...] tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos.⁵

Esta é executada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde para garantir a efetivação das ações e serviços de saúde, realizando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS⁶.

E a Regulação do Acesso à Assistência à Saúde, dimensão priorizada neste estudo, ocorre pela disponibilidade da atenção às urgências, consultas e exames especializados, e leitos. Apresenta como objetos a regulação da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências e emergências; a organização, gerenciamento, priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, controle de leitos e agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; estabelecimento de referências em distintos níveis de complexidades, com abrangência local, intermunicipal e interestadual, com a pactuação de fluxos e protocolos⁶.

Com a implementação da RAS, através da Portaria nº 4.279, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reafirmada como coordenadora do cuidado, sendo a principal porta de entrada do SUS⁷. Nessa nova conjuntura, os mecanismos de Regulação do Acesso são aperfeiçoados para garantir o acesso aos serviços de saúde, possibilitando a integralidade do cuidado e comunicação entre os serviços de saúde. Nesse sentido, Silva *et al*⁸ considera o fortalecimento da atenção básica e da regulação como um dos elementos necessários para a

consolidação das Redes de Atenção à Saúde, uma vez que é imprescindível fortalecer a regulação nas regiões de saúde.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os processos de regulação do acesso dentro da Rede de Atenção à Saúde do município de Fortaleza na perspectiva da integralidade do cuidado.

2. METODOLOGIA

A pesquisa Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde de Fortaleza teve como objetivo analisar os processos de regulação do acesso dentro da Rede de Atenção à Saúde do município de Fortaleza na perspectiva da integralidade do cuidado. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado através de pesquisa de campo, desenvolvida no município de Fortaleza, de agosto de 2016 a junho de 2017, em duas unidades da Secretaria Regional V e uma unidade da Secretaria Regional III do município, onde foram analisadas as percepções dos gerentes das três unidades referidas e oito trabalhadores do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), operadores do sistema de regulação na unidade de saúde.

Foram realizadas visitas às unidades para observação direta em dias e turnos predefinidos e entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas. Cada NAC possuía uma média de três trabalhadores, e em duas unidades foram entrevistados todos os integrantes, em uma entrevistamos apenas dois sujeitos.

Para preservar o sigilo dos informantes, as unidades foram identificadas pelos números 1, 2 e 3. Quanto aos entrevistados, estes estão divididos entre os gerentes das unidades, que serão identificados pela letra G e o número da unidade, e os trabalhadores do NAC, identificados pela letra T, seguidos por numeração.

Para a realização deste estudo, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com o Parecer nº880.192/2014, atendendo às normas emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Desse modo, foi

elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado pelos sujeitos e pelos pesquisadores (responsáveis e colaboradores) em duas vias de igual teor.

Este estudo é parte da pesquisa Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção desenvolvida pelo Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Fortaleza conta com uma população de 2.452.1852⁹ habitantes, conforme o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017, o município está administrativamente dividido em seis Secretarias Regionais, abrangendo 119 bairros.

A Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde composta por 104 Unidades de Atenção Primária à Saúde e mais um conjunto de pontos de atenção de diferentes níveis de complexidade

A partir de 2013, a gestão de Fortaleza optou por reorganizar e reestruturar os serviços de saúde a partir das RAS, com vistas a promover uma maior articulação entre os pontos da Atenção à Saúde, garantindo maior eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

Para tanto, optou pela implementação de quatro Redes Temáticas de Atenção, sendo elas: Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção às Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências. E estabeleceu a APS como coordenadora do cuidado, promovendo uma série de ações para o fortalecimento desta, tais como:

[...] melhorias na estrutura, [...] aumento da cobertura de equipes completas da Estratégia Saúde da Família (ESF); construção reforma e/ou ampliação de unidades de atenção primária à saúde - UAPS; aquisição de mobiliário e equipamentos médicos e de odontologia; implantação do Prontuário Eletrônico, do Cartão SUS e do ponto eletrônico para os profissionais; sistema de videomonitoramento; implantação do núcleo de atendimento ao cliente; implantação de postos de coletas de exames e da lista padronizada de medicamentos da APS^{10 (34 - 35)}.

Os pontos salientados pelo Plano Municipal de Saúde já estavam em funcionamento nas UAPS pesquisadas. E as mudanças do sistema de regulação do acesso aos serviços de saúde foram observadas. Dentre as novidades, destaca-se a implantação do Núcleo de Atendimento ao Cliente, que antes de 2013 era conhecido por Sistema de Arquivo Médico Estatístico (SAME). Outra novidade foi a transferência da Central de Regulação Municipal para a Secretaria de Saúde do Estado e a unificação do sistema operacional. Esse processo está descrito em seguida por meio das falas dos entrevistados.

3.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

O perfil dos entrevistados quando a tempo de serviço participação em entidades sindicais e vínculo empregatício podem ser observados na tabela abaixo:

TABELA 01: PERFIL DOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADOS	TEMPO DE SERVIÇO	PARTICIPAÇÃO EM ENTIDADES SINDICAIS	VÍNCULO EMPREGATÍCIO
G1	3 anos	Sim	Estatutário
G2	Não informado	Sim	Estatutário
G3	3 anos	Não	Não informado

T1	3 anos	Sim	Terceirizado
T2	Não informado	Não	Terceirizado
T3	3 anos	Não	Terceirizado
T4	4 anos	Não	Terceirizado
T5	5 meses	Não	Terceirizado
T6	3 anos	Não	Terceirizado
T7	3 anos	Não	Terceirizado
T8	2 anos	Não	Terceirizado

Fonte: Elaborada pelas autoras (2017).

Como mostra o quadro, sobre o vínculo empregatício percebe-se uma realidade diferente entre o regime contratual dos gerentes e os trabalhadores do NAC. Os gerentes são em sua maioria estatutários, já os demais entrevistados são todos terceirizados, possuindo vínculo com o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), organização social de direito privado que atua na área de gestão em saúde e presta serviços à Prefeitura de Fortaleza. Por meio de um contrato de gestão, o ISGH é responsável pela contratação de pessoal dos setores NAC, farmácia, exames laboratoriais e provimento de insumos para todas as unidades de atenção primária de Fortaleza¹¹.

Nesse contexto, a concepção neoliberal diante das crises econômicas passa a criticar o modelo de intervenção do Estado no provimento de serviços sociais, optando pela privatização desses serviços contratando entidades privadas para operacionalizar as políticas públicas, ou seja, a execução dos serviços de saúde por entidades não estatais financiadas pelo setor público, denominadas Organizações Sociais (OS)¹².

A terceirização no serviço de saúde pública com a implementação das organizações sociais demonstra a transferência de recursos públicos para instituições privadas que passam a assumir um serviço essencial à sociedade,

que é dever do Estado. Além de ampliar a diversidade de modalidades de terceirização da esfera pública, onde os serviços públicos passam a ser realizados pelos mais diferentes trabalhadores, muitas vezes empregados de forma precária. Marcando assim, a diminuição de funcionários públicos e o aumento de funcionários terceirizados, sem vínculo permanente¹³.

Existem trabalhadores contratados diretamente pelo ISGH que, por sua vez, celebra contratos de terceirização com outras empresas, revelando uma quarteirização de mão de obra, como pode ser observado na fala do trabalhador 5:

[...] eu sou responsável também pelo pessoal da QUIOMA e da SERBAL, que é os porteiros, os vigilantes e o pessoal dos serviços gerais [...] eles são terceirizados também, como se fosse terceirizado do terceirizado (T-05).

Nota-se que o processo de terceirização marca não só a transferência de recursos públicos para instituições privadas, como também a fragilização do vínculo profissional destes trabalhadores e a crescente precarização do trabalho e a desvalorização do trabalhador.

3.3 O NAC CONFORME OS TRABALHADORES

Os trabalhadores que atuam no NAC o compreendem como um serviço de acolhimento, prestação de informações e atendimento aos usuários do SUS no município. É um espaço físico na APS, mas atua conectando os usuários aos diferentes níveis de Atenção à Saúde, como destaca o trabalhador T-03, ao apresentar o NAC como:

[...] um serviço onde nós prestamos o serviço à população, com informações a respeito do atendimento da unidade, informações sobre o atendimento do paciente fora da unidade, [...] comunicamos ao paciente em relação a tudo o que o sistema do SUS oferece (T-03).

Essa articulação com os outros níveis de Atenção à Saúde ocorre por meio da marcação de consultas e exames para os demais serviços de saúde do município. Entretanto, o NAC também marca as consultas, para a própria APS. O trabalhador T-04 resume o trabalho do NAC como “*o setor de marcação de consultas especializadas e exames*”.

Em síntese, o serviço ocorre por meio da marcação de exames e consultas e ‘esclarecimento’ da população a respeito do funcionamento do serviço. Consistindo em um atendimento voltado a recepcionar, registrar e informar as demandas dos usuários.

Por conseguinte, o NAC assume uma posição central dentro da unidade, uma vez que seu atendimento perpassa desde a entrada na APS até o encaminhamento para demais serviços de saúde como podemos observar no relato do trabalhador T5:

Eu sempre costumo dizer que eu acho que o NAC é meio que como se fosse o coração da unidade, né? Porque para tudo tem que passar por ele, vai da abertura das agendas às marcações, as solicitações de exame, exame de fila de espera, tudo se passa por ele (T-05).

Vale ressaltar que as ferramentas tecnológicas são de fundamental importância para o bom desempenho das atividades. Há uma dependência dos sistemas informatizados, o que compromete a realização do trabalho quando estes não estão disponíveis, como as falas revelam a seguir:

Eu acho que a maior dificuldade é essa mesmo do sistema que sempre dá problemas [...] Todo dia sai fora do ar. Só que tem dias que tem mais escalas ou menos escalas né... agora está frequentemente. [...]. A única coisa que a gente faz quando o sistema está fora do ar é: se vier com o exame de sangue manual, a gente marca. Mas o resto a gente fica basicamente sem fazer nada (T-04).

Quanto à comunicação com a Central de Regulação, não há um contato direto entre os trabalhadores do NAC e o serviço. A comunicação fica a cargo

da administração da unidade de saúde, juntamente com os supervisores do NAC, que repassam o que é necessário para os demais funcionários do Núcleo.

[...] o acesso é direto entre a coordenação e o médico regulador, entendeu? Então, o paciente vem sempre na unidade, no caso de procedimentos que estão em regulação, não há necessidade de vir diariamente, mas pelo menos uma ou duas vezes na semana averiguar como está o processo e esse processo a gente verifica direto na tela do sistema, mas nós diretamente do NAC nós não temos como agilizar (T-03).

A fala em questão também permite observar a divergência entre as orientações a respeito do acompanhamento do processo de marcação por parte dos usuários, nas quais os trabalhadores de uma unidade solicitam o retorno do usuário à UAPS para verificar a disponibilidade de vaga, e os trabalhadores de outra unidade dizem que estes devem aguardar o resultado no domicílio.

Durante as entrevistas e observações dos trabalhadores dos Núcleos, percebeu-se nas falas um conhecimento incipiente acerca da regulação e o funcionamento das RAS como se observa na fala do entrevistado T-01, “Só teve um treinamento referente ao cartão do SUS, que a gente deve pegar os dados do paciente, mas com relação à secretaria de saúde, não”.

Além disso, percebe-se uma hierarquia entre os trabalhadores para definir o acesso aos espaços de formação, onde oportunizam-se cursos e formações para os trabalhadores em cargo de supervisão e gestão, deixando os demais à mercê do repasse destas informações durante o cotidiano na unidade. Conforme o trabalhador T8 “Geralmente, [cursos e formações] é só com a gente [supervisores e gerentes], aí eu repasso para eles [os demais trabalhadores do núcleo]”.

Nessa lógica, as limitações com relação ao entendimento dos temas anteriores podem se explicar pela ausência de uma compreensão ampliada do processo de trabalho no qual estão vinculados. O que podemos observar é que os trabalhadores atuam sem o conhecimento mais amplo sobre a regulação e sua importância para o funcionamento das RAS. Dessa forma, evidencia-se a predominância do modelo tradicional de gestão em que os processos são

organizados de forma centralizada por normas, protocolos e programas, com sujeitos operando em uma lógica normativa¹⁴.

Assim, ressalta-se que a ausência dos espaços de formações prejudica o sistema, o serviço e, conseqüentemente, os usuários, limitando as ações profissionais, que dizem muito sobre a qualidade dos serviços. Desse modo, os espaços de educação permanente são necessários para a melhoria da percepção sobre seu campo de trabalho, melhorando o atendimento aos usuários e a operacionalidade do sistema.

Mediante algumas falas, percebe-se que a regulação ‘funciona’ no sentido de agendamentos de consultas para especialidades médicas, onde pode haver demora na liberação, mas o usuário tem a ‘certeza’ de seu agendamento. Contudo, essa certeza é contrariada com a informação de que o pedido expira e o usuário volta à estaca zero”, conforme o Trabalhador T-03, pois, “se até 30 dias não é agendado ele se expira pelo sistema”.

Mesmo com tais contradições, os entrevistados apresentam o sistema como um ganho para a população, destacando que não há mais a necessidade de se chegar à unidade durante a madrugada para conseguir fichas.

3.4 MECANISMOS DE REGULAÇÃO DO ACESSO EM FORTALEZA PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, através da Central de Regulação Municipal, assume a responsabilidade pela organização do acesso dos usuários do SUS às consultas e exames/procedimentos especializados a fim de garantir um atendimento integral, humanizado e equânime. O trabalho de regulação da assistência consiste em conhecer a demanda por serviços de saúde e disponibilizar, de forma ordenada, a oferta existente.

A Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados é uma das estruturas componentes do complexo regulador, que compreende toda ação/meio do processo regulatório, ou seja, recebem as solicitações de

atendimento, processam e agendam. Para tanto, a central conta com um sistema tecnológico informatizado e integrado às unidades prestadoras e às unidades solicitantes, além de equipamentos e recursos humanos. Ela é responsável pela parte operacional do processo regulatório.

Os procedimentos solicitados chegam à central por meio do sistema informatizado de regulação denominado Unisus Web que integra os estabelecimentos da rede do SUS e são operacionalizados por meio do Complexo Regulador do Ceará. O Unisus Web implantado em 2014, conta com aspectos tecnológicos e funcionais de última geração, operando via internet, com todos os processos e unidades conectados em tempo real, com informações sintetizadas voltadas para a tomada de decisão e controle efetivo do acesso aos leitos de urgência/emergência, agendamento de procedimentos ambulatoriais de médio e alto custo/complexidade¹⁵.

Segundo os entrevistados, a comunicação acontece a partir do sistema informatizado Unisus Web, desde o momento que o médico faz o pedido do procedimento. Esses procedimentos são classificados de duas formas: procedimentos regulados e não regulados.

Os procedimentos regulados referem-se aos procedimentos de alto custo ou aqueles em que há um número reduzido de profissionais especializados. Após solicitados pelo médico da APS, estes precisam aguardar a avaliação do médico regulador da Central de Regulação, que com base nos dados clínicos classifica o grau de prioridade do atendimento em baixo, médio e alto risco. Após essa avaliação, as solicitações seguem para os operadores da central que, observando o grau de prioridade e a data de solicitação faz o agendamento do procedimento.

No caso de procedimentos não regulados, o usuário se encaminha ao NAC com a solicitação do procedimento, o Trabalhador do NAC insere a solicitação na Central e, havendo a vaga, o procedimento é agendado e comunicado ao usuário.

[...] quando o médico faz o pedido do procedimento, esse procedimento é migrado ao UNISUS WEB, que é o sistema de agendamento de serviço especializado. A partir disso, a unidade de saúde vai encaminhar essa solicitação para central de marcação de consultas, através do próprio sistema. A Central vai oferecer ou não a vaga (G-03).

No caso da vaga estar disponível, o usuário sai com o procedimento agendado. Se não houver vaga, o usuário precisa aguardar a vaga ser disponibilizada pelo sistema.

O Trabalhador T-08, relata como é feita a marcação de consultas para os atendimentos na ESF e posterior agendamento de procedimentos para outros níveis de atenção. Nessa fala, ele destaca ainda a falta de médicos para algumas equipes de saúde da família e, nesses casos, ele será atendido pelo profissional que estiver atendendo às demandas espontâneas no acolhimento:

O paciente vem na unidade, ele tem um agente de saúde, dependendo da área dele a gente marca a consulta para o médico. Um problema grande que a gente está tendo agora é a falta de médicos em duas das equipes, aí essas pessoas vêm no dia do acolhimento e isso sobrecarrega, porque às vezes não é urgência, mas como ele não tem médico acaba sendo atendido como se fosse. E eles querem ser atendidos, não importa como. Aí o médico solicita o exame, e o paciente vem para o NAC e agenda (T-08).

Assim, que a vaga é ofertada, o paciente é informado por contato telefônico ou através do ACS, para que este possa comparecer a unidade e pegar a autorização com todas as informações sobre o procedimento.

De acordo com os dados produzidos no estudo foi possível compreender como o sistema de marcação opera. As escalas são colocadas no sistema pelos prestadores até o quinto dia útil de cada mês, com todas as informações, ou seja, a quantidade das vagas ofertadas para cada tipo de procedimento, os prestadores responsáveis pelos atendimentos, os profissionais segundo as especialidades e as datas disponíveis. A liberação dessas escalas é sistematizada de modo que o sistema disponibilize vagas todos os dias para as unidades solicitantes.

Contudo, vale ressaltar que a partir do momento que o sistema libera as vagas, todas as UAPS as visualizam ao mesmo tempo, ou seja, a agilidade e o compromisso profissional por parte dos trabalhadores do NAC fazem toda a diferença, tendo em vista que a demanda é sempre superior que a oferta por serviços.

Uma das principais queixas dos trabalhadores está relacionada à oferta de vagas pelo sistema. O Gerente 01 fala sobre o grande número de atendimentos em espera, definidos como demanda reprimida, uma reconfiguração das famosas ‘filas de espera’, nem chegando a entrar no sistema, mas existindo no campo do real.

[...] o paciente vem até o NAC, e o paciente é colocado no programa [Sistema], aí tem 2 possibilidades: esse paciente vai pra um sistema de regulação ou esse paciente é atendido numa demanda reprimida e o nosso grande problema é nessa demanda reprimida. (G-01).

O entrevistado T-05 conta que o usuário pode passar meses nessa fila de espera aguardando vaga. Além disso, o profissional ainda tem de recolocar no sistema todos os pacientes que aguardam por atendimento, mas que tiveram sua solicitação expirada no sistema.

[...] Mensalmente, eu tenho que pegar esses pacientes que foram expirados na fila e tenho que colocar no sistema de novo. [...] a guia médica, a solicitação, ela tem validade por seis meses. [...] Aí ao invés dele vir até a unidade e a gente dizer “Olha, hoje não tem a vaga, volte amanhã”. Não, a gente vai pegar o encaminhamento vai colocar na guia que já foi inserido, vai fazer essa anotação e, diariamente, a gente vai ver se tem alguma vaga disponível e aí, já faz a marcação, entra em contato através do telefone ou então, manda o boleto da marcação através do Agente de Saúde (T-05).

Diante desses dados, faz-se necessário refletirmos sobre algumas questões: Essa dinâmica de liberação de vagas que está sendo utilizada fortalece a APS como coordenadora do cuidado? A Regulação do Acesso como instrumento de gestão, que objetiva a priorização do acesso e dos

fluxos assistenciais, legitima os princípios da universalidade, da integralidade e, por fim, com o princípio da equidade garantida constitucionalmente pelo SUS?

Paim (2006)¹⁶ esclarece que a grande problemática quanto ao acesso ao SUS se encontra nas filas de espera para marcação de consultas. Lima e Oliveira¹⁷ elucidam que o grande obstáculo encontrado pelos usuários é o acesso ao serviço em níveis secundários e terciários da atenção, colocando-se como o principal desafio para a materialização do princípio da universalização da política de saúde.

As autoras também destacam que este cenário é motivo de angústia para os usuários que tentam buscar estratégias para suprirem suas necessidades como a compra direta de serviços particulares ou a obtenção de planos de saúde. Contudo, grande parcela da população que não tem condições de desfrutar desses meios fica à mercê na espera pelo atendimento.

Outro aspecto relevante trata-se da responsabilidade da central em fazer os agendamentos para os procedimentos solicitados judicialmente, que não passam pelo fluxo da regulação e são agendados imediatamente.

Nesse sentido, a questão da judicialização da saúde é um tema que envolve certa polêmica, pois quem entra por via judicial acaba sendo priorizado em detrimento daqueles que aguardam nas filas virtuais, uma vez que a oferta é insuficiente. Conforme Polakiewicz¹⁸, a judicialização aparece como resposta a deficiências presentes na política de saúde do local. O que requer alto investimento público, uma vez que as demandas via judicialização são aquisições não programadas.

Portanto, apesar da regulação assistencial objetivar a promoção da equidade do acesso aos serviços de saúde, no sentido de garantir a integralidade da assistência, utilizando-se de estratégias como a organização de centrais de regulação do acesso por temas ou áreas assistenciais, observa-se que esse processo enfrenta dificuldades significativas.

4. CONCLUSÃO

A partir deste estudo, compreendemos a regulação do acesso como ferramenta fundamental para a organização e promoção do acesso aos serviços de saúde, bem como instrumento de ligação entre os níveis de atenção à saúde.

A realidade do município de Fortaleza demonstra um avanço no fluxo de atendimentos com a implantação da Central de Regulação e do Núcleo de Atendimento ao Cliente. Nesse cenário, a APS aparece como lócus da regulação, tendo em vista que é na unidade que os encaminhamentos acontecem, onde os usuários buscam por informações e realiza-se o atendimento inicial de suas demandas. Percebe-se a construção de um elo entre os serviços de saúde, uma vez que a comunicação entre estes torna-se constante mediante a implementação de sistemas de informação que permitem o acompanhamento das ações e serviços ofertados nas redes de atenção à saúde.

Entretanto, o estudo evidencia que apesar dos avanços, os desafios são constantes diante de uma oferta de serviços de saúde insuficiente, associado à ausência de integração entre os sistemas informatizados, dificultando a comunicação. O baixo financiamento e a conseqüente oferta insuficiente de serviços são alguns fatores que comprometem significativamente a integralidade da atenção e a qualidade dos serviços.

5. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 de Set 1990.
2. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. *In*: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, p. 287-301, 2014.

3. Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. [Acesso em: 2017 jul. 26]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf
4. Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
5. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública [internet]. 2014 Jul. [Acesso em: 2017 jul. 26]. 30 (n.7: 1502-1514. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701502&lng=pt&tlng=pt
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui uma Política Nacional Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 04 ago. 2008.
7. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010.
8. Silva SF, Carvalho G, Júnior HMM, Medeiros, *et al.* Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS. 2.ed.Campinas: Saberes, 2013.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). IBGE Cidades [internet]. [Rio de Janeiro] [data desconhecida] [acesso em: 2017 jul 16]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ce/fortaleza/panorama>
10. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde (Fortaleza). Plano Municipal de Saúde 2014-2017. [internet]. [Fortaleza]: Secretaria Municipal da Saúde; [2017]. [acesso em: 2017 jul 26]. Disponível em:
http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u1815/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf
11. Ponte DCF. Política de Humanização na estratégia de saúde da família: Caso de uma unidade no município de Fortaleza/Ce [dissertação] [internet]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2014. 121 p. [acesso em: 2017 jul 18]. Disponível em:
<http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20%C3%89BORA%20CARDOSO%20FERREIRA%20DA%20PONTE.pdf>
12. Silva MV, Lima SML, Teixeira M. Organizações sociais e fundações estatais de direito privado do sistema único de saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. Saúde em Debate [internet]. 2015

Dez [acesso em: 2017 mai 13]; 39 (nº Especial):145 – 159. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00145.pdf>

13. Druck G. A terceirização da saúde pública: Formas diversas de precarização do trabalho. Revista Trabalho, Educação e Saúde [internet]. 2016 [acesso em: 2017 jul 18]; 14 (supl.1):15-43. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0015.pdf>

14. Ponte HMS, Oliveira LC, Ávila MM. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). Revista Saúde em Debate [internet]. 2017 [acesso em: 2017 jul 18]; 40(108): 34-47. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00034.pdf>.

15. Ceará. Secretaria e Saúde do Estado. Disponível em:
<https://www.saude.ce.gov.br/2014/01/02/unisus-web/>. Acesso em: 17 de abril de 2017.

16. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.

17. Lima DCM, Oliveira LC. Acesso aos Serviços de Saúde: espera, sofrimento e incerteza. *In*: Oliveira LC, Ávila MMM, Maia LFRB, organizadores. Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza: EdUECE; 2012.p.91-108.

18. Polakiewicz RR. Judicialização da saúde: A luta pelo direito à saúde e os processos de acesso/barreira ao cuidado[dissertação] [internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2018. 113 p. [acesso em: 2018 set 11]. Disponível em:
<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/5955/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20judicializa%C3%A7%C3%A3o%20da%20saude%20a%20luta%20pelo%20direito%20%C3%A0%20sa%C3%BAde.pdf>