



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Ana Raquel Bonder Gawryszewski

**O acesso ao SUS: representações e práticas profissionais
desenvolvidas nas Centrais de Regulação**

Rio de Janeiro

2010

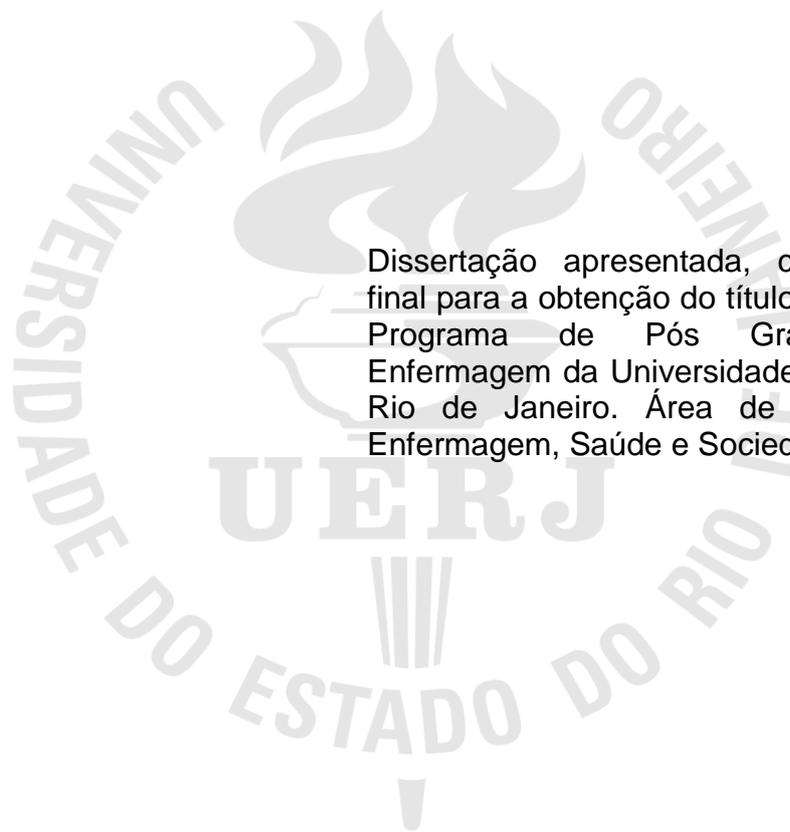
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Ana Raquel Bonder Gawryszewski

**O acesso ao SUS: representações e práticas profissionais desenvolvidas nas
Centrais de Regulação**



Dissertação apresentada, como requisito final para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denize Cristina de Oliveira

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

G284 Gawryszewski, Ana Raquel Bonder.
O acesso ao SUS: representações e práticas profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação / Ana Raquel Bonder Gawryszewski. - 2010.
122f.

Orientadora: Denize Cristina de Oliveira.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Representações Sociais.
3. Política de saúde. I. Oliveira, Denize Cristina de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Ana Raquel Bonder Gawryszewski

O acesso ao SUS: representações e práticas profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação

Dissertação apresentada, como requisito final para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2010.

Banca examinadora:

Prof^a Dr^a Denize Cristina de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof. Dr Sergio Correa Marques
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Centro de Ciências Médicas da UFF

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

À minha mãe Izabel (in memoriam) que fomentou e propiciou que eu realizasse todos os meus projetos de vida.

À minha família, Vicente, Lucas e Gabriel que estão sempre juntos a mim e me completam a cada dia. E pela paciência dispensada sempre e em especial nesses últimos 2 anos. Aos meus familiares, meu pai José e minha tia Alice que nunca se afastaram e são elos fortes, contrapontos da minha história.

Às amigas do dia-a-dia, Chica que há mais de 10 anos divide os bons e maus momentos e nunca perde uma piada. A Raquel minha “filha” preta que aprende e me ensina, mas quando emburra ninguém segura.

AGRADECIMENTOS

Às equipes do SAMU e da Central de Regulação do Estado (CER) e seus gerentes, que além da convivência, contribuíram com seus depoimentos que permitiram a construção desse estudo. Em especial a minha equipe da CER: Comadre Edea, Joaquina, Carlos e Luciana entre outros. A minha antiga equipe SAMU: André, Henry, Luciana, Silvia, Regina etc.; os especiais operadores de frota e "TARMES" que moram no meu coração e traduzem um momento histórico desse serviço.

À super equipe IOC: André, Antonio, Angélicas, Bárbara, Débora, Elaine, Edna, Flávio, Lyete, Maria Lucia, Marcele, Monica, Renatinho, Rosana, Silvio, Sheila, Sonia, Simoninha, Vanda e a novata Leila que, com as equipes bacanas, reescreveram a história dessa unidade, fazendo como diz a amiga Rosana a nossa "reabilitação com dignidade".

À professora Doutora Denize Cristina de Oliveira, pelo grande aprendizado que me oportunizou com sua grande destreza como pesquisadora.

Aos professores, Sergio Marques, Marcos Tosoli, Túlio Franco e Virginia Hortale que se dispuseram a participar das bancas examinadoras desse estudo.

Ao Professor Doutor Túlio Franco que com suas contribuições norteou o estudo e ampliou o olhar desse trabalho.

À minha eterna coordenadora Solange, importante incentivadora desse mestrado, e seu braço direito Denise que me apoiaram integralmente na missão de direção da unidade e por isso apoiaram o mestrado

Aos colegas do mestrado, Alcione, Ana Paula, Erika, Jaldeci, Roberta e a todos que compartilharam esses momentos inesquecíveis

Aos amigos que durante esse período tive menor convivência, mas que me apoiaram e torceram para conclusão desse projeto.

Aos meus Santos Vicente e Lucas e anjo Gabriel que transcreveram, gravaram, digitaram e tabelaram todas às vezes em que a situação ficou à um ataque de nervos, me dando o colo necessário no momento.

Às minhas filhas de coração que sempre estão disponíveis para "socorro": a preta, primogênita; a caçula, adoção recente.

À todos meu muito obrigado.

RESUMO

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder. **O acesso ao SUS: representações e práticas profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação**. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A universalização das ações e serviços promovida pelo SUS tem sido caracterizada como excludente e acompanhada de racionalização do financiamento e da inclusão de toda a população na atenção pública à saúde. Este estudo analisa a política de hierarquização do SUS como mecanismo do planejamento, através das práticas institucional e profissional desenvolvidas nas Centrais de Regulação. O objetivo geral é apreender e analisar as práticas e as representações sociais do acesso aos serviços de saúde entre técnicos e gerentes das Centrais de Regulação do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas com 20 técnicos e gerentes das Centrais de Regulação de Urgência e Estadual de Regulação de Leitos, submetidas à análise temática. Como resultados destacam-se as seguintes categorias representacionais: Escassez de recursos para o atendimento; Dificuldades de utilização dos fluxos para o acesso; Papel e práticas da regulação; Fragmentação e a autonomia da regulação; Rede de relacionamentos pessoais determinando o acesso; A ausência de comando único. A fragilidade do sistema público de saúde apresentou-se exposta e as práticas nas centrais de regulação se configuraram como pouco efetivas e dependentes de mecanismos não formais de ação. Nesse contexto, observou-se um SUS menos consolidado no Rio de Janeiro, quando comparado a municípios que avançam enfrentando de forma unificada, regionalizada e hierarquizada o acesso às ações do SUS. Destaca-se que as centrais de regulação são espaços privilegiados para observação do sistema e podem ser capazes de ações efetivas e ágeis, facilitando o acesso aos serviços e propiciando um canal sensível para o atendimento das demandas de saúde da população.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde.Representações Sociais.Políticas de Saúde.

ABSTRACT

The Brazilian Public Health System (SUS) promotion of the universality of healthcare services and practices has been characterized as excluding, coping with difficulties to guarantee its most important principle. This study analyses how Regulatory Centers develop health system policy of hierarchy as a planning mechanism through institutional and professional practices. The aim is to comprehend and analyze social representation of the access to practices and healthcare by managers and technicians of Regulatory Centers of Rio de Janeiro city. The scope of the study entailed Urgency Regulatory Centers and The State Regulatory Center of hospital bed. The data collection consists of interviews with twenty managers and technician. The results point at the following representational categories: 1- the attitude assumed towards access organization and flux (or routine). ; 2- Regulatory roles and practices; 3- Fragmentation of Regulatory autonomy; 4- Relationship networks determining access; 5 – the absence of a unique command. The fragility of the Public Health System seems to be exposed and the practices at the Regulatory Centers are characterized as ineffective and dependent on the mechanism of informal action. In this context, it is observed a Public Health System (SUS) less consolidated in the state of Rio de Janeiro once compared to other cities that progress coping in a unified, regionalized and hierarchic way the access to Public Health System actions. On the other hand, it is realized the Regulatory Centers are privileged space to observe the system and they might be capable of agile and effective action, facilitating the access to services and providing a sensitive means to meet population healthcare demands.

Key words: Brazilian Public Health System.Social representation. Health Policy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 1. Rio de Janeiro, 2009.....	56
Quadro 2 -	Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 2. Rio de Janeiro, 2009.....	60
Quadro 3 -	Demonstrativo das unidades de significação da categoria 2. Rio de Janeiro, 2009.: Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 3. Rio de Janeiro, 2009.....	65
Quadro 4 -	Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 4. Rio de Janeiro, 2009.....	72
Quadro 5 -	Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 4. Rio de Janeiro, 2009.....	75
Quadro 6 -	Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 5. Rio de Janeiro, 2009.....	78

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	15
1.1	Abordagem histórica da Saúde no Brasil:A formação das políticas de saúde	15
1.2	O processo de implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde	20
1.3	Acesso e Regulação as Normas da Assistência `a Saúde	27
1.4	Complexos Reguladores e Centrais de Regulação	31
2	A TEORIA DAS REPRESENTÇÕES SOCIAIS E SUA UTILIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE	35
3	PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.1	Desenho do estudo	43
3.2	Campos do estudo	44
3.2.1	<u>O campo teorico do estudo</u>	44
3.2.2	<u>O campo de estudo efetivado</u>	46
3.3	Sujeitos do estudo	48
3.4	Coleta de dados	51
3.5	Análise de dados	52
3.6	Aspectos éticos da pesquisa	54
4	ANÁLISE DAS REPESENTAÇÕES SOCIAS DO ACESSO E DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO	55
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICE A .- Roteiro temático de entrevista.....	97
	APÊNDICE B - Questionario de identificação.....	100
	APÊNDICE C –Termo de consentimento livre e esclarecido.....	102
	APÊNDICE D - Planilhas de UR e categorias.....	103

INTRODUÇÃO

Este estudo possui como temática o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), analisado a partir das representações sociais e das práticas profissionais e institucionais desenvolvidas nas centrais de regulação, e está vinculado ao um projeto integrado de pesquisa intitulado: “As políticas municipais de saúde no contexto do SUS: memórias e representações das instituições, dos profissionais e dos usuários na cidade do Rio de Janeiro” (OLIVEIRA et al., 2003), coordenado pela prof^a. Denize Cristina de Oliveira e desenvolvido no Grupo de Pesquisa “Promoção da Saúde e Práticas de Cuidado de Enfermagem e Saúde de Grupos Populacionais”.

O interesse pelo estudo das práticas e do pensamento desenvolvido pelos profissionais de saúde surgiu ao longo da minha vivência pessoal/profissional atuando, há dezoito anos, em unidades públicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro, onde aconteceu a implementação da minha prática assistencial nos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, vivenciei o processo de gestão de uma unidade pública de saúde, no contexto do referido sistema, e atuo no presente momento como médica do complexo regulador. Ressalta-se, também, que este interesse se consolidou com o meu ingresso no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2008, para o desenvolvimento do curso de mestrado.

Articulando a minha vivência profissional com o atual cenário do SUS no Rio de Janeiro construiu-se o objeto deste estudo centrado na regulação do acesso à atenção à saúde, o qual surgiu envolto em questionamentos quanto às barreiras para a efetiva utilização das ações e serviços do SUS.

A integralidade das ações do sistema público de saúde tenta aproximar a chamada medicina curativa das concepções da Saúde Pública, o que significa dizer que a assistência médica não pode ser desvinculada de melhores condições de vida. Em princípio, a universalização da assistência foi acompanhada de racionalização do financiamento, acompanhada pela inclusão de todas as camadas sociais na utilização universal dos serviços de saúde. Esse fato, acompanhado de vários outros, gerou a desestabilização do sistema de assistência e direcionou

segmentos ainda mais amplos da população ao setor privado. Depara-se com um cenário que, para muitos, se caracteriza como um SUS para “os pobres”.

Cabe ressaltar que os planos de saúde não prestam ações de caráter coletivo, de prevenção, de tratamento para doenças endêmicas e de reabilitação. Esse grande espaço da atenção à saúde tem sido coberto pelo sistema público, além da atenção médica geral e especializada.

Para a exploração do objeto proposto, um primeiro aspecto que deve ser considerado é a conotação de acesso excludente, que acompanha a própria implantação do SUS desde 1988. Um aspecto determinante desse cenário inclui o crescimento de seguros de saúde de pré-pagamento, através da participação de camadas significativas de setores da atividade industrial e das camadas médias, garantindo o acesso aos serviços privados de saúde, não incluídos assim no Sistema Único. O segundo aspecto a considerar é que esse sistema universal é efetivado por restrições ao acesso, através de longas filas, sucateamento de meios e dos equipamentos públicos e, por último, o sistemático marketing realizado na mídia da eficiência dos serviços privados em oposição à insatisfatória qualidade dos serviços públicos, fomentando o desenvolvimento do setor privado baseado na universalidade excludente (SILVA, 1995).

O avanço da universalização tem sido construído baseado na regionalização e na municipalização. O Ministério da Saúde tem apontado como base para o avanço das redes regionalizadas a melhoria da gestão a partir de três eixos: o fortalecimento da atenção básica, a implementação da política de regulação e o fortalecimento da gestão regional (BRASIL, 2004).

Este estudo busca investigar o acesso às ações e serviços de saúde, através das suas representações, bem como a influência dessas representações no processo de tomada de decisões que determinam as práticas profissionais dos sujeitos envolvidos em ações técnicas e gerenciais na cidade do Rio de Janeiro. Possui como fundamentação a teoria das representações sociais, que foi iniciada por Serge Moscovici em 1961. Herzlich (1991) afirma que as representações sociais da saúde e da doença estão relacionadas às visões do biológico e do social, sendo portanto, enraizadas na realidade social e construídas historicamente pela sociedade e manifestadas em representações coletivas. Afirma, ainda, a autora que no campo da doença a representação não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas uma questão de sentido que emerge de uma

desordem, a doença que adquire significação, isto por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, a vida individual, a inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo. A doença mostra a necessidade de construção de um discurso, a necessidade de uma interpretação contínua da sociedade inteira para a sua compreensão (HERZLICH, 1991).

Explorando o aspecto conceitual de acesso ao SUS, o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa traz como definição de acesso: “ingresso, entrada, possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo” (FERREIRA, 1975, p.23). Ao estabelecer uma relação desta definição com os serviços de saúde, estes podem ser entendidos como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento da expressão de suas necessidades, e, de certa forma, aos caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessas necessidades (JESUS; ASSIS, 2006).

Segundo a política de avaliação do desempenho do sistema de saúde, que têm como prioridade avaliar o acesso às ações e serviços de saúde caracteriza o acesso como “capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e no momento certo”, e ainda como “a capacidade do sistema de produzir serviços que atendam às necessidades, manifestas e potenciais, individuais e coletivas, no local e tempo certos”, observando-se a perspectiva das pessoas em obter e do sistema em produzir serviços. (BRASIL, 2007, p. 11)

Os dispositivos legais que tratam do acesso e da regulação têm como marco a publicação da NOAS 2001/2002 que define a regulação assistencial, bem como a publicação da Portaria SAS/MS nº 729/2002 que estabelece indicadores destinados tanto para orientar a elaboração, quanto para avaliar a implementação dos Planos de Regulação, Controle e Avaliação de estados e municípios; a Portaria GM/MS nº 399/2006 que estabelece as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; a Portaria GM/MS nº 699/2006, que regulamenta a implantação dos Pactos pela Vida e Gestão do SUS e institui o Termo de Compromisso de Gestão.

O planejamento do sistema de saúde utiliza mecanismos que visam garantir e ampliar o acesso aos serviços e/ou procedimentos do SUS. Esses mecanismos compreendem a atenção básica resolutive, encaminhamentos responsáveis e adequados, protocolos assistenciais e complexos reguladores, entre outros. Uma política de regulação pautada pelo cuidado integral deve programar as ações meio

que facilitem as ações de atenção, tais como, assegurar o acesso aos exames de usuários da atenção básica, agilizar o processo de autorizações; garantir o acesso dos usuários as consultas, terapias ou exames; disponibilizar, nos casos de internação, os leitos referenciados na medida da gravidade/emergência do problema de saúde, da complexidade tecnológica e da resposta exigida (BRASIL, 2004).

A regulação do acesso à assistência tem como objetos a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos as urgências, consultas, exames, leitos para internação e outros que se fizerem necessários. (BRASIL, 2007)

O objetivo geral é apreender e analisar as práticas e as representações sociais do acesso aos serviços de saúde entre técnicos e gerentes das Centrais de Regulação do município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos propostos são: descrever o conteúdo das representações sociais do acesso ao SUS e as práticas das centrais de regulação; analisar as barreiras e facilidades ao acesso ao SUS a partir dessas práticas e representações; discutir as práticas profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação e as relações estabelecidas com as representações sociais do acesso.

Ao contemplar os objetivos desta pesquisa espera-se contribuir com a construção do próprio SUS, ampliando a produção de conhecimento sobre o sistema, além de permitir reconhecer suas potencialidades e fragilidades, identificar as barreiras e facilidades enfrentadas à medida que se acessa as representações destes profissionais e explicitam-se suas práticas e julgamentos diante do acesso. Ao delimitar essas representações dentro do atual contexto do sistema e identificar as dificuldades do exercício profissional dentro dos preceitos preconizados, espera-se contribuir com reflexões que permitam tanto instrumentalizar o planejador, os gestores e os profissionais de saúde, como todos os sujeitos que compõem a malha de atores sociais e, assim, contribuir para a melhoria do acesso ao SUS através de uma prática que possibilite diminuir as desvantagens sociais.

1 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

No cenário de concepção e estruturação do SUS se destaca o papel de diferentes atores que contribuíram como protagonistas da Reforma Sanitária e executores da implantação do SUS. Para melhor elucidar esse percurso serão historiados alguns momentos das políticas de saúde até a construção do SUS.

1.1 Abordagem Histórica da Saúde no Brasil: A formação das políticas de saúde

A assistência hospitalar nos primórdios da história brasileira ficava a cargo das Santas Casas de Misericórdia e tinha como função albergar os doentes. No entanto, naquela época, quando a situação era grave, pouco se podia fazer pelo enfermo em relação ao tratamento curativo, o que determinava a prestação de assistência religiosa nessas instituições, e também a busca de curandeiros pela população. Ao longo do século XIX, a evolução do país continuava enquanto as epidemias grassavam, dentre elas de forma destacada as gripes, a varíola e a febre amarela. Enquanto isso a profissão médica se institucionalizava, com o surgimento das escolas médicas nas principais cidades brasileiras. (SCLIAR et al., 2002).

O período entre 1850 a 1900 se caracterizou como de transição do Brasil Colônia para o Brasil República, marcado pela segunda grande epidemia de febre amarela que determinou a criação da Junta Central de Saúde Pública, embrião do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Naquele contexto, o combate às doenças tropicais se traduzia como necessidade econômica, já que o avanço das endemias comprometia a economia brasileira, a força de trabalho e, assim, a produção agrícola. Os imigrantes oriundos da Europa eram dizimados, muitas vezes, na chegada ao Brasil, eliminando quase navios inteiros. Essas notícias se espalhavam na Europa e as embarcações se recusavam a aportar no Brasil. Com isso não levavam café e não entravam as divisas necessárias ao pagamento das dívidas contraídas com os ingleses.

Scliar et al. (2002) apresentam o combate às doenças nessa época, não como uma ação humanitária, mas uma questão de sobrevivência econômica do país.

Em 1903, Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública, com o objetivo de exterminar a febre amarela. Este tinha sido aluno do Instituto Pasteur em Paris, e responsável pela introdução da “medicina científica” no Brasil. A sua estratégia era delimitar a cidade em 10 distritos, cada um chefiado por um delegado de saúde, realizar a inspeção sanitária visitando as casas e, se necessário, empregando multas e fazendo a interdição de residências. Em síntese, esse era o perfil do modelo de Polícia Médica, largamente empregado então.

O grande exemplo dessa política é a campanha da febre amarela que foi realizada por batalhões de mata-mosquitos, a partir da qual pode-se inferir um novo modelo de intervenção em saúde, não aquele pautado pela doença/doente e sim o da saúde sanitária como estratégia de atuação.

O período que sucedeu essa fase, entre 1945 e 1960, foi denominado de período de transição, culminando com a consolidação do modelo médico assistencial privatista, no início da década de 80 e, posteriormente, o modelo plural institucionalizado pelo SUS.

Para Cordoni Júnior (2001) existem quatro momentos de destaque no processo de construção das políticas de saúde no Brasil. A primeira fase, denominada de sanitarismo campanhista, desenvolveu-se no período compreendido entre o início do século XX até 1945. A característica mais marcante desse período foi o desenvolvimento das campanhas sanitárias.

As primeiras décadas do século XX foram fortemente marcadas pela primeira grande guerra e, com seu fim, pela recessão econômica. Esse cenário foi acompanhado da grande epidemia de gripe espanhola. Durante a pandemia de 1918, Carlos Chagas assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz. Chagas liderou a campanha para combater a gripe espanhola, implementando cinco hospitais emergenciais e 27 postos de atendimento à população em diferentes pontos do Rio de Janeiro. Nos anos 1910 a 1920, criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública, algo que se tornou realidade após 1930. Entre as conquistas destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, dirigido até 1926 por Carlos Chagas.

Assim, o período da Primeira República, caracterizado como a Era do Saneamento, foi um período de crescimento da consciência das elites em relação à situação sanitária do País e da percepção de que o Estado nacional deveria assumir a responsabilidade pelas questões relativas à saúde. Nesse período foram assentadas as bases para a criação de um incipiente sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização no governo federal, que marcam o sistema de saúde até os dias de hoje.

Na década de 30, surgiram inúmeros sanatórios para tratamento de doenças, como a tuberculose e a hanseníase, somando-se aos manicômios públicos já existentes, caracterizando a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica. Foi neste período que surgiram também os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das futuras Secretarias Estaduais de Saúde, implantando-se, progressivamente, uma rede de postos e centros de saúde estaduais, voltados ao controle das doenças endêmicas e epidêmicas (BRASIL, 2006).

Cordoni Júnior (2001) apresenta as modificações ocorridas nesse período da Primeira República com o estabelecimento de leis reguladoras do processo de trabalho e da Lei Eloy Chaves em 1923, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), caracterizando-se como marco da previdência social no Brasil. (BRASIL, 1923)

Em 1930 o presidente Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde, com dois departamentos: Departamento Nacional de Saúde e o Departamento Nacional de Educação.

Em 1933 foi criada a nova estrutura da previdência social, os institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), substituindo as antigas Caixas de Pensão. O Departamento Nacional de Saúde, em 1934, passou a ser chamado Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, que assim se organizava: Diretoria; Organização de Órgãos Centralizados (serviços especiais de combate à tuberculose, à lepra, além de hospitais e laboratórios); Coordenação de Órgãos Descentralizados (centros de saúde nas cidades maiores e postos de higiene na área rural).

O período que vai de 1945 a 1966 se desenvolveu com base nas influências descritas, ampliando significativamente a rede assistencial pública existente no País. Ao mesmo tempo, a ditadura militar começou a perder o apoio da classe média e também da própria classe dominante, em virtude, inclusive, da crise do petróleo que

se instalou no plano internacional. O governo militar programou, a partir daí, uma série de medidas burocráticas que visavam promover a racionalização do modelo vigente, a fim de conter a insatisfação instalada em amplos setores da sociedade.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o qual ficou com apenas um terço dos recursos do antigo Ministério da Educação e Saúde, determinando um processo gradativo de desfinanciamento das ações tipicamente de saúde pública. No entanto, para Cordeiro (1997) a concentração de poder na previdência social aconteceu a partir da criação do INPS em 1967.

A ditadura militar passou nos anos 60 e 70 a expandir as coberturas via compra de serviços privados, como forma de conter insatisfações e mascarar o caráter extremamente autoritário e violento do governo. Tais políticas, no entanto, foram dirigidas apenas aos profissionais formalmente inseridos no mercado de trabalho, com carteira profissional assinada. A proposta de fortalecimento do setor privado na área da atenção à saúde logrou sucesso, pois dentro desse programa de ampliação das políticas sociais, o aumento da cobertura assistencial teve grande peso. Para possibilitar esta ampliação do atendimento à população, o governo passou a financiar a construção e equipamento de hospitais privados, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), com empréstimos longos e de juros baixos. Uma vez construídos, os hospitais passaram a vender serviços para o próprio INPS, que os comprava por meio de credenciamento de hospitais e com a remuneração por serviços prestados com base numa tabela de unidades de serviço (BRASIL, 2006).

Em 1974 foi implantado o Plano de Pronta Ação, que propunha universalização da atenção às urgências e estabelecia contratos por serviços prestados e convênios, inclusive passando a remunerar hospitais públicos e universitários. A partir do mesmo ano, uma série de movimentos sociais surgiu a partir da insatisfação popular que se acumulava. Com o fim do período denominado de "Milagre Econômico", o abandono das ações de saúde pública, os gastos incontroláveis da previdência e a má qualidade da atenção marcaram a época. Estes movimentos caminhavam no sentido da transformação deste modelo.

A separação crescente da saúde pública e da medicina curativa veio acompanhada do esvaziamento da saúde pública, associada à privatização dos recursos da previdência social. Essa divisão contribuiu para fragmentar o processo saúde e doença. O movimento de luta contra o crescimento do complexo médico

empresarial, bem como a politização do processo saúde doença, caracterizou o conceito de Reforma Sanitária, concebido como conjunto de políticas sociais articuladas, integradas, ligadas à gênese de uma situação de saúde e doença da população (CORDEIRO, 1997).

Iniciou-se, nesse contexto, o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, que se desenvolveu entre os anos 70 e 80, abrigando a proposta internacional de 1978 da Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela OMS, de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde. Assim, simultaneamente, vários movimentos sociais foram se consolidando e somando forças no processo de reabertura democrática e da reforma sanitária, tais como: o surgimento em vários municípios, com governos de oposição, de experiências de implantação de redes de atenção básica à saúde, a partir da ação de profissionais da área de saúde coletiva; os movimentos de trabalhadores de saúde; o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que promoveu debates e publicações (BRASIL, 2006).

Este movimento se caracterizava pela luta para modificar a situação de desigualdades sociais, a concentração de renda e a situação de pobreza de parcela significativa da população. As bandeiras do movimento da reforma sanitária, sustentadas pela participação política, caracterizavam a busca por melhor qualidade na assistência em saúde e maior justiça social.

O projeto de reforma social e de redefinição das políticas sociais, congregava diversas parcelas da sociedade, partidos políticos de esquerda, movimentos populares e nas universidades se destacavam as escolas de saúde pública, os departamentos de medicina preventiva e social, entidades médicas, de profissionais de saúde e entidades de classes de trabalhadores. Os defensores da reforma do sistema de saúde criticavam duramente o fato do INAMPS sustentar o setor privado de assistência médica, que crescia à custa de recursos financeiros do estado, levando a ineficiência da assistência médica e de saúde pública (BRASIL, 2006).

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social (Sinpas), base jurídica do sistema de saúde da década de 70, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), reorganizando e procurando racionalizar e centralizar administrativamente a previdência.

Nesse momento, o INPS foi fragmentado em três institutos, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e o próprio INPS,

responsável pelas questões previdenciárias. Foi criada, ainda, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), com a missão de implementar o controle e avaliação dos serviços contratados; a Central de Medicamentos (Ceme); o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA) (BRASIL, 2004).

Em 1977 aconteceu a segunda maior concentração de recursos com a criação do INAMPS, com expansão da área hospitalar, principalmente privada, através da assistência médica articulada com a indústria farmacêutica, de equipamentos e com o seguro-saúde, organizando o sistema privado e interferindo e esvaziando o projeto de organização pública.

Na evolução das políticas de saúde do país, Cordoni Júnior (2001) aponta a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) , no período de 1984 a 1987 cujo financiamento foi viabilizado através de uma parceria com a participação do INAMPS, das Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde, constituindo um fundo único para custeio e investimento dos serviços estaduais e municipais. Avanços consideráveis foram percebidos em vários estados com a ampliação da rede básica assistencial. O passo seguinte foi a implantação do sistema unificado e descentralizado de Saúde (SUDS) no primeiro semestre de 1987, visando à reformulação do sistema nacional de saúde. Suas maiores conseqüências foram à concentração de poder nas secretárias nacionais de saúde e o início do desmantelamento do INAMPS.

1.2 O Processo de Implantação e Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

Scatena (2001) afirma que o auge da Reforma Sanitária ocorreu com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que traçou as bases do sistema de saúde atual, com posterior promulgação da nova Constituição Federal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei 8142, também editada no ano de 1990. Este sistema surgiu com o propósito de alterar a situação da desigualdade na assistência à saúde da população, observada

no momento anterior à sua implantação. A partir de então, qualquer cidadão, independente de raça, credo e condição social, passou a ter direito de atendimento na rede pública de saúde, em todas as suas instâncias e complexidades (BRASIL, 2003).

O aparato legal do sistema de saúde, no artigo 4º da Lei 8080/90, afirma que o SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo poder público, bem como, de forma complementar, pela iniciativa privada (BRASIL, 1990).

A finalidade do Sistema é promover assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, seguindo a mesma doutrina e princípios em todo o território nacional. Baseada nos preceitos constitucionais, a construção do SUS está ancorada nos seguintes princípios ético-doutrinários: universalidade, equidade e integralidade.

O documento editado pelo Ministério (BRASIL, 2000), além de apresentar e definir os princípios que regem o SUS, aprofunda as características dos princípios organizativos e a sua importância para a implementação do Sistema de Saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p.12) considera como sendo princípios ético-doutrinários, "a universalidade do atendimento, a equidade na prestação dos serviços e a integralidade da assistência" e os organizativos, "a descentralização dos serviços, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação social".

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1990a; 2000) entende por universalidade a garantia de todo cidadão ao direito de acesso aos serviços públicos de saúde ou, quando estes se encontram inexistentes, aos conveniados que agem como complementares ao SUS. Considera-se, ainda, que a universalidade dos serviços refere-se ao:

Acesso à saúde como direito público subjetivo e a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana integrante dos direitos da cidadania. A universalidade é o princípio segundo o qual 'a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2000, p. 6).

O conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se, desta forma, como um direito de cidadania.

Já a integralidade é "entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990, p. 5). O Ministério da Saúde ainda define a integralidade como sendo o direito de as pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades. Este princípio define a abrangência do sistema e o que deve ser considerado como ação de saúde, a partir da compreensão do indivíduo como um todo, que deve ser atendido para a manutenção de sua saúde em todas as suas dimensões. Para isso o sistema deve agir na promoção, evitando agravos à saúde a partir do combate as suas causas; proteção, atuando na manutenção do estado de saúde e bem estar; recuperação da saúde a partir do correto tratamento das doenças, evitando a morte ou seqüelas decorrentes da doença (BRASIL, 2000).

A integralidade das ações de saúde estabelece uma associação entre assistência médica e melhores condições de vida, implicando que as ações devem ser conjuntas e devem se constituir em um direito de toda a população, implicando portanto em acesso universal aos serviços de saúde, rompendo com a concepção do seguro-saúde. A universalização do acesso rompe o conceito de seguro social quando garante ao idoso um salário mínimo para subsistência ou quando garante acesso ao atendimento médico independente de inserção no trabalho formal.

Discutindo o conceito de integralidade, Mattos (2001, p.32))refere:

Nesse sentido, poderíamos criticar um programa de prevenção do câncer de mama, que deixe de levar em conta as necessidades de restauração de mamas das mulheres que realizam mastectomias em função da doença. Uma resposta coerente com o princípio da integralidade da assistência, nesse sentido, deveria viabilizar o acesso às técnicas de diagnóstico precoce, assegurando a todas as mulheres que fazem o diagnóstico (mesmo as que fazem o diagnóstico tardio) o acesso às formas de tratamento de que necessitam. Aliás, como a prevenção do câncer de mama se faz através de diagnóstico precoce, a oferta desse diagnóstico desacompanhada do pronto acesso a todas ao tratamento adequado é não só uma transgressão ao princípio da integralidade, como é algo totalmente inaceitável do ponto de vista ético.

Em conformidade com Cordeiro (2004) a universalização é o marco do reconhecimento do direito à saúde e do direito social, ampliando o conceito para seguridade social. A integralidade das ações de saúde une a concepção preventiva e curativa.

A equidade implica na diminuição das desigualdades e, neste sentido, não se constitui como sinônimo de igualdade. Destaca-se, então, que na busca por ser equânime, o SUS procura levar em consideração as características sociais,

peçoais, econômicas e culturais dos indivíduos atendidos. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e têm necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, sendo, portanto, um princípio de justiça social (BRASIL, 2000).

A operacionalização do sistema constitui-se em um problema igualmente importante, já que deve ocorrer através das equipes de saúde e, portanto, dos seus profissionais. Essa operacionalização deve ser instrumentalizada por princípios organizativos, constituídos pela descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 2000; SOUZA, 2001).

De igual forma, os princípios organizativos também estão fortemente interligados. A descentralização consiste na redistribuição de responsabilidades e decisões relativas às ações e serviços de saúde entre os entes federados. A regionalização consubstancia-se na organização territorial dos serviços de saúde, no sentido de promover o acesso da população às diversas modalidades de serviço e de diferentes complexidades tecnológicas, o mais próximo possível de sua residência. O princípio da hierarquização organiza o acesso da população ao sistema de saúde, onde a porta de entrada deve ser pela atenção básica, referenciando o cidadão para níveis maiores de complexidade, de acordo com as demandas apresentadas. A participação social, por sua vez, traduz a característica democrática desse sistema, permitindo a participação da população nos rumos da política de saúde, atuando nas instâncias de planejamento, avaliação e controle das ações de saúde. (BRASIL, 2000; SOUZA, 2001)

Também por descentralização, entende-se:

A redistribuição dos recursos e das responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do sistema (SUS) passa a ser de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, agora entendidos como os gestores do SUS (BRASIL, 2000, p. 6).

Neste sentido, cabe aos municípios a execução dos serviços de saúde e, ao estado, a responsabilidade de prestar assistência nos serviços de referência, em articulação com os municípios. À união, então, cabe executar ações de gestão e em situações extremas, tornando-se responsável, portanto, pela coordenação da política nacional de saúde ao utilizar as informações provenientes dos outros níveis de governo (SOUZA, 2001).

Em relação à regionalização e hierarquização, destaca-se que estes princípios significam, respectivamente, a “distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Exige ações articuladas entre estados e municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios”. (BRASIL, 2000, p. 6).

Caso os recursos das instituições públicas não sejam suficientes ou adequados à demanda apresentada, existe a alternativa da complementaridade do setor privado nesta organização da rede (SOUZA, 2001).

A participação social nas diversas instâncias planejadoras e fiscalizadoras é reflexa do processo de transformação do sistema de saúde, uma vez que mantém em vigência a base da Reforma Sanitária Brasileira. O Ministério da Saúde (2000, p. 6) compreende este princípio como sendo a “institucionalização da democracia participativa e do conseqüente controle social na área de saúde, com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de Conselhos de Saúde nos três níveis de governo”.

Durante a década de 90, o Governo Federal optou pelo avanço do SUS por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Neste sentido, a NOB 01/91 foi inicialmente criada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e reeditada logo em seguida pelo Ministério da Saúde, reproduzindo, em seu texto, muitos pontos contidos na legislação relativa ao SUS. No entanto, o foco foi a normalização das formas de financiamento e do repasse de verbas, bem como do acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros do INAMPS para os municípios e estados. Além disso, ao negociar tetos e realizar repasses diretamente ao gestor municipal, a NOB/91 estimulou a estruturação de sistemas municipais isolados, descaracterizando as atribuições do nível estadual no processo de estruturação do SUS. Essa NOB trouxe como principal avanço o envolvimento do nível municipal na assistência à saúde, até então praticamente inexistente. (BRASIL, 2006)

Scatena (2001) aponta que esta norma promovia incentivos ao processo de descentralização já proposto na Lei Orgânica da Saúde. O autor afirma que a NOB 01/91 teve um papel histórico no processo de construção do SUS e destacou-se como o primeiro instrumento para regulamentar os inúmeros espaços abertos deixados pelas Leis Orgânicas da Saúde, inclusive promovendo incentivos ao processo de descentralização já proposto naquela mesma Lei. Para o próprio-

Sua grande limitação é derivada de sua orientação pelos princípios do INAMPS e de seu enfoque dirigido fundamentalmente ao financiamento com valorização das atividades hospitalares e ambulatoriais, perpetuando a lógica de privilegiamento da assistência médica (e da concepção de saúde, tendo a doença como referência), que sempre orientou o INAMPS. (SCATENA, 2001, p. 11)

Carvalho (2001) destaca que, no ano seguinte, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), do Ministério da Saúde editaram a NOB 01/92. O ponto de inovação, em relação à anterior, foi o surgimento do consenso entre SNAS, Ministério da Saúde, INAMPS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), caracterizando a atuação de diversas instâncias governamentais, tendo contado também com a participação social, conforme previsto nas Leis 8080 e 8142.

A NOB/93 (BRASIL, 1993), do período pós-*impeachment* de Collor, resultou num instrumento fundamental para o processo de descentralização e municipalização da saúde, conforme determina a Constituição (BRASIL, 1988). Essa norma foi lançada com um documento de apresentação denominado “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”, resgatando os princípios da Reforma Sanitária e assumindo o compromisso irrestrito com a implantação de um Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006)

A NOB/96 tem como principais diretrizes a consolidação do pleno exercício do poder público municipal, a caracterização das atribuições de cada nível de gestão, a reorganização do modelo assistencial com forte incentivo à atenção básica e a diminuição dos repasses por produção, aumentando os repasses fundo a fundo. (BRASIL, 1996)

Passa, a partir daí, a existir apenas duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. Foi implantado o PAB (Piso da Atenção Básica) que passou a financiar a atenção básica com pagamento per capita, e não mais por procedimentos. Cabe destacar que a NOB/96 determinou a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), como forma ascendente de planejamento, a partir das necessidades assistenciais de cada município. Visou garantir o acesso da população a todos os serviços de saúde que ela necessita, seja dentro do próprio município ou por encaminhamento ordenado e pactuado a municípios vizinhos, com

a proposta de repasse dos respectivos aportes financeiros, sinalizando, assim, com uma lógica de organização regional e ascendente do SUS. (BRASIL, 2006)

Scatena (2001) cita que esta NOB não representa uma simples regulamentação administrativa e financeira. Significa, na realidade, a expressão de uma decisão política de procurar cumprir os princípios e as diretrizes do SUS, neste caso principalmente o de descentralização.

Por sua vez, a NOB 01/96 foi editada pelo Ministério da Saúde, pretendendo dar continuidade ao processo de consolidação do SUS (BRASIL, 1996). Ela aponta, em sua introdução, para o reordenamento do modelo de atenção à saúde, e reafirma os princípios do SUS, redefinindo os papéis de cada esfera de governo. Ao mesmo tempo, indica os instrumentos gerenciais para que municípios e estados deixem de serem meros prestadores de serviços e passem a assumir seus respectivos papéis de gestores do SUS. Assim, descreve os mecanismos de financiamento e promove maior ênfase nos resultados, adotando critérios epidemiológicos e de qualidade de desempenho. Como formas de acompanhamento, controle e avaliação do SUS estimula a implantação da assistência domiciliar através do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/2001 - foi criada com base nos princípios de universalidade do acesso e de integralidade da ação (BRASIL, 2001). Desta forma, esta norma retoma o processo de regionalização da assistência, entendendo-o como estratégia de hierarquização dos sistemas de saúde e de busca de maior equidade. Define também os critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados e cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.

A NOAS 01/2002 pretendeu avançar na consolidação do SUS com base no aprimoramento da regionalização do sistema, assentado em módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, no reforço do comando único sobre os serviços em cada território e na organização dos mecanismos de regulação do acesso. (BRASIL, 2001/2002) Observa-se, porém, que muitas das propostas constantes dos dois planos – PDR e PDI não foram concretizadas, e desta forma a proposta de regionalização da NOAS também não se efetivou.

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), a dificuldade de implementação destas propostas representa o impasse atual no campo da gestão descentralizada, caracterizado pela dificuldade da gestão municipal em assegurar uma atenção

básica resolutiva e acesso à atenção especializada, e da gestão estadual que não conseguiu exercer a coordenação do processo e liderar a criação de subsistemas de atenção à saúde nas regiões.

1.3 Acesso e Regulação e as Normas de Assistência à Saúde

O SUS, após 20 anos de implantação, ainda apresenta desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Sabe-se que segmentos diferentes da população têm maior dificuldade de acesso às consultas médicas e as diferentes ações necessárias à saúde, como é o caso de imigrantes, jovens, população rural, etc. A situação da população rural reflete a enorme dificuldade de acesso observada, onde a relação é de menos de uma consulta por ano por habitante, quando a população urbana tem uma média de duas consultas por habitante por ano. Conforme Sposati (2001) a desigualdade não se refere apenas a níveis de saúde de grupos socioeconômicos distintos, deve levar em conta as desvantagens sistemáticas na exposição aos riscos e acesso aos meios de saúde.

No entanto, deve-se reconhecer que hoje o cenário é de consolidação do SUS, onde a organização da atenção e assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem o principal desafio para os gestores nas três esferas de governo. (DISTRITO FEDERAL, 2004) Esse desafio expressa a inclusão assistencial de um grande contingente populacional, anteriormente desassistido ou assistido restritamente, a fusão das redes assistenciais e as estratégias de gestão necessárias para que essas ações se efetivem. No período compreendido entre os anos de 1998 e 2001, o Ministério da Saúde empreendeu grandes esforços para consolidar o SUS, organizar as redes assistenciais, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e ampliar a qualidade e resolutividade da assistência prestada.

Para tanto, o Ministério da Saúde adotou duas linhas de ação estratégicas e fundamentais: a ampliação da atenção básica e a regionalização e organização da assistência à saúde. A ampliação da atenção básica centra-se na identificação do conjunto de ações necessárias para prover a população brasileira de uma atenção resolutiva e de boa qualidade aos problemas de saúde mais freqüentes, na maior

parte do território brasileiro, assegurando o acesso a essas ações à menor distância possível dos usuários. (BRASIL, 2002)

Segundo Assis (2003), ao discutir o acesso aos serviços e a reorientação dos modelos assistenciais, afirma que o modelo deve incluir os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, e a reafirmação da saúde como um bem público a partir da efetivação de práticas e serviços de saúde como sendo de relevância pública, cabendo ao Estado a sua regulação e controle, independente do regime de propriedade de quem produz os serviços, se público ou privado. Apresenta o autor os dispositivos do planejamento em saúde relacionados às diferentes dimensões de análise: econômica, técnico-assistencial, política e simbólica.

O “modelo economicista” de análise estaria relacionado ao mapeamento dos diferentes padrões de consumo dos indivíduos que influenciariam na relação entre a oferta de serviços e demanda pelos mesmos. O do “planejamento” tenta responder a uma demanda definida, isto é, determinada pela relação entre o poder do consumidor e a capacidade de oferta do fornecedor. Nessa perspectiva, o estado atua como regulador sem ter o foco de alterar a demanda pré-determinada. No modelo “sanitarista-planificador”, o acesso é garantido pela distribuição planejada de recursos na rede de serviços hierarquizada, através de um sistema organizado, baseado nos princípios da referência e contra-referência. (FLEURY, 1990)

Esses modelos consideram a administração ágil e são pautados pelos conhecimentos da epidemiologia, gestão pública e saúde pública. Apresenta-se ainda o modelo “sanitarista-politicista” apoiado na concepção de Berlinguer e analisados por Campos (1991, 1992) e Giovanella, Fleury (1995). Neste a população têm papel de protagonista, pois adquire a capacidade cognitiva de compreender as determinações sociais do processo saúde/doença e os fatores que determinam a organização social da prática médica. Dessa forma, a população, a partir da tomada de consciência sanitária, intervém na gestão através do controle social. Esse é um modelo com base marxista onde a estrutura de classes, o prejuízo à saúde imposto pelo trabalho e a participação social norteiam a análise.

No cenário nacional, os dispositivos legais que buscam ampliar e garantir o acesso e a regulação são, respectivamente, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) 01/2001, que foi criada com base nos princípios de universalidade do acesso e de integralidade das ações. Esta norma estabelece o

processo de regionalização da assistência, entendendo-a como estratégia de hierarquização dos sistemas de saúde e de busca de maior equidade. Define também os critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados. (BRASIL, 2001)

A publicação da NOAS 01/2002, que cria o piso básico ambulatorial Ampliado (PAB), define regulação assistencial como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, 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 (PPI), além das ações de controle e avaliação, na NOAS 2002 a regionalização é entendida como uma estratégia de hierarquização do sistema pela busca da equidade. Visando alcançar essas metas, propõe a ampliação do acesso e da qualidade da rede básica, a qualificação das microrregiões e de módulos assistenciais, a organização da assistência de média e de alta complexidade, bem como o controle, regulação e avaliação da assistência (BRASIL, 2002).

Mendes (2002) faz uma análise desses dispositivos e aponta que a mudança principal colocada pela NOAS/SUS 01/2002 está na constituição de redes funcionais de serviços de saúde, de forma regionalizada, buscando superar a visão autárquica da municipalização da saúde. A idéia de regionalização dos sistemas de serviços de saúde não é nova, surgiu no Reino Unido, na segunda década do século XX, com a proposta de regionalização dos serviços de saúde feita pelo Relatório Dawson.

A sua realização depende da obediência aos fundamentos de gestão que a determinam. Ressalta-se que o enfoque da gestão por oferta poderia ser superado pela aproximação à doutrina internacional que dirige o foco da gestão à demanda e, desta forma, o que se prioriza não é ter serviços próprios e sim dar acesso a serviços eficientes e de qualidade, independentemente se são públicos ou privados. A regionalização, por sua vez, busca alcançar um planejamento integrado e sistemas de saúde cooperativos, com mecanismos de comunicação, fluxos de relacionamento e a mais racional utilização dos recursos existentes. Tal proposta busca atender aos usuários do sistema em todos os níveis de complexidade, de acordo com suas necessidades.

O Ministério da Saúde a partir dessa NOAS institui a regulação como instrumento de gestão. As portarias SAS/MS nº 423/2002 e SAS/MS nº 729/2002,

respectivamente, ratificam as diretrizes política de regulação, controle e avaliação iniciada na NOAS e define competências para cada esfera de gestão do SUS. A Portaria GM/MS nº 1559/2006 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, que organiza a regulação em saúde em três dimensões de atuação, integradas entre si: regulação dos sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde, regulação do acesso ou regulação assistencial.

O conceito de instrumentos de gestão é bem apresentado pela Secretaria Estadual da Bahia (BAHIA, 2005). A gestão relaciona-se com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo a instância onde são tomadas as decisões a respeito das prioridades de saúde, levando-se em conta as necessidades populacionais e o orçamento disponível. A gestão também determina suas estratégias de ação para atingir os seus objetivos. Essas estratégias são materializadas pelos instrumentos de gestão. Uma das estratégias de gestão é a regulação, que nesse âmbito mais diretamente relacionado com a gestão, é chamada de Regulação sobre os Sistemas de Saúde.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/MS) define 3 níveis de regulação. Quando a regulação se remete à gestão, se caracteriza como Regulação dos Sistemas de Saúde, definida como "ações que visam à vigilância do cumprimento das regulamentações que incorporam os objetivos da política de saúde através das áreas de fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria". (BAHIA, 2005, p. 12)

O campo da regulação sobre os sistemas de saúde comporta algumas atividades específicas relacionadas à produção de serviços de saúde, como a contratualização, o cadastramento e a avaliação. Essas atividades são denominadas de Regulação da Atenção à Saúde e visam à produção de serviços de saúde adequados para as necessidades de saúde da população. As ações de Regulação da Atenção à Saúde concentram-se na preparação da infra-estrutura de serviços de saúde de forma a garantir uma oferta condizente em quantidade e qualidade com as necessidades da população.

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção das ações diretas e finais da atenção à saúde, portanto está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência, o controle assistencial e a avaliação da atenção à saúde. (BAHIA, 2005). A regulação do

acesso à assistência é a parte operacional do processo, diretamente ligada à assistência. Conforme a NOAS 01/2001, a regulação do acesso à assistência está voltada para a disponibilização do recurso mais apropriado às necessidades do usuário, sem perder de vista a priorização dos casos. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

- a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;
- b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;
- c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;
- d) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação. (FORTIER, 2006, p. 35)

A partir da compreensão do campo de ação da regulação assistencial, fica clara a responsabilidade da gestão estadual, já que a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão está, muitas vezes, fora de seu município. O gestor estadual deve, então, criar as condições para a efetiva atuação regulatória, no que tange as referências intermunicipais. Já os gestores municipais devem efetuar a regulação assistencial dentro de seu município. Assim, os dois níveis de gestão devem construir interfaces entre os serviços de regulação assistencial, visando atender os princípios da equidade e integralidade.

1.4 Complexos Reguladores e Centrais de Regulação

O conjunto de centrais de regulação forma o complexo regulador que além de congrega as centrais também utiliza outras ações que visam regular o acesso à assistência. As centrais de regulação têm sua origem nas Agências Reguladoras e seu papel é regular o mercado. A operacionalização do acesso a serviços e ações de saúde, isto é, regulação assistencial, é estruturada a partir da central de

regulação (CR), incluindo marcação de consultas, exames, internações, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência.

A CR possui como principal característica a presença de equipe médica de regulação, que tem como papel dotar a central de critérios de prioridade aos atendimentos, de acordo com protocolos clínicos e outros pré-estabelecidos. É uma estrutura que compreende toda a ação meio do processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do Sistema de Saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços. (BRASIL, 2004)

As Centrais de Regulação podem ser de três tipos, conforme a sua área de atuação: Central de Regulação de Urgência, Central de Regulação das Internações e Central de Regulação de Consultas e Exames. Experiências internacionais, principalmente a francesa, moldaram o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), na qual a organização do atendimento pré-hospitalar parte da Central de Regulação de Urgência.

O plano de operacionalização do complexo regulador da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2002) aponta a unidade de trabalho, que é apresentada por congregar um conjunto de procedimentos que regula uma função específica do sistema, utilizando os recursos normativos, materiais, humanos e financeiros. São definidas tantas unidades de trabalho quantas forem necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico da macrorregião, bem como os tipos de equipamentos alocados e o balizamento da relação custo/benefício. Uma central de regulação, portanto, compreende uma série de unidades de trabalho, determinadas pelo perfil epidemiológico, organização do modelo assistencial da região, natureza do que regula e do território de sua abrangência. São exemplos de unidades de trabalho de uma central de regulação de serviços de alta complexidade: oncologia, ressonância magnética, hemocentros, etc. As unidades de trabalho desempenham o papel de receber e direcionar a demanda por serviços, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada, como também de identificar os déficits e as falhas do sistema. A central de regulação deverá dispor, em tempo real, de informações das condições de oferta, haja vista que a informação atualizada é um instrumento fundamental no processo de regulação.

É uma atividade permanente e dinâmica para possibilitar a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente. A regulação, no contexto assistencial, representa um conjunto de processos que visam o fortalecimento dos princípios do SUS. Faz parte da estratégia de acesso às tecnologias em saúde, através de centrais de marcação e regulação, inseridas no contexto da gestão municipal e estadual buscando garantir o acesso dos cidadãos à rede de serviços públicos, operacionalizarem a hierarquização da saúde em todo o Estado, aperfeiçoar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra municipais, segundo os critérios de necessidades de saúde da população e dar sempre a melhor resposta assistencial disponível às demandas existentes.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2005), conceitua a regulação como uma das macro-funções estratégicas da gestão pública, voltada para a defesa da vida. Estando associado à idéia de organização do fluxo dos pacientes, à luz de critérios pactuados, tendo por referência o perfil do serviço de saúde existente e o desejado, na perspectiva de prover melhor atendimento aos cidadãos, em tempo eficaz, mesmo em contextos de escassez de recursos.

Devemos considerar que partir da NOAS 01/2002 o conceito de regulação pode ser interpretado como controle, organização do acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, por meio das centrais de regulação internação, consultas e exames, articuladas como complexos reguladores. A partir do Pacto pela Saúde outros valores foram agregados à regulação, entre eles a busca de equilíbrio entre a oferta e a demanda.

Regular, portanto, implica em buscar consensos, compromissos, facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma equânime, universal e gratuita, adequar a demanda à oferta disponível, buscar a redução de custos e direcionar o investimento dos recursos de forma eficiente e eficaz. A regulação da assistência à saúde significa atender às solicitações individuais, seguindo critérios prioritários pré-estabelecidos de necessidades de saúde. Está implícito, portanto, que para um atendimento eficaz e eficiente é necessário que os serviços oferecidos estejam organizados e compatíveis com as necessidades. (BAHIA, 2005)

Cabe a reflexão do papel do complexo regulador e, respectivamente, das centrais de regulação que, muito mais do que expressar os protocolos deve agir como facilitadores do acesso. Cabe ainda intermediar os diferentes níveis de

assistência visando assegurar a integralidade das ações, tendo a tarefa de representar os interesses da população, de acordo com a legislação vigente.

Nesse contexto a compreensão dos diferentes aspectos que constituem as políticas de saúde devem ser ressaltada. As políticas de saúde devem ser entendidas como conjunto oriundo de diversos atores sociais, processo de contradição que compreende grupos de interesses, pressão corporativa, movimentos populares que representam interesses de reformular o sistema de saúde. Assim, disputam fatias de poder no intuito de garantir seu projeto de saúde ou projeto de sociedade (CORDEIRO, 1997).

Deve-se levar em conta que a efetiva regulação do acesso (regulação assistencial) está intrinsecamente ligada a regulação do sistema, pois o desempenho do sistema e da regulação assistencial são interrelacionados. Em conformidade com a política de avaliação e desempenho dos sistemas de saúde do SUS, que se apóiam na Portaria 665/GM de 29 de março de 2006, alguns aspectos são significativamente identificados, como a acessibilidade com ênfase na identificação de barreiras ao acesso e as desigualdades no acesso. Essa concepção leva em conta os determinantes de saúde, as condições de saúde da população, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho deste sistema (contexto político, social, econômico e a conformação do sistema de saúde). Pode-se inferir que o complexo regulador tem um papel a cumprir, não apenas nas ações de regulação de acesso ou assistencial, mas contribuindo na identificação das questões da estrutura e desempenho do sistema e, assim, contribuir com a Regulação do Sistema de Saúde.

2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA UTILIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

Nesse estudo utiliza-se a teoria das representações sociais (RS) conforme proposta por Moscovici (1961), no campo da psicologia social, como referencial teórico por perceber nesta teoria a possibilidade de compreensão das construções objetivas e subjetivas da saúde que fazem parte do cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais e se expressam nas suas práticas cotidianas.

Moscovici propõe a existência de dois universos de pensamento nas sociedades contemporâneas, os *reificados* e os *consensuais*. Nos primeiros, representantes do saber acadêmico e científico, há uma validação do conhecimento segundo rigores lógicos, metodológicos e objetivos, além de sua estratificação por hierarquias e compartimentalização em especialidades. O que se produz nesse âmbito visa atender a critérios de uma reprodutibilidade e de fidedignidade. Já nos segundos impera uma “lógica natural”, uma legitimação de conhecimento pela atividade intelectual compartilhada socialmente no cotidiano, menos compromissada com as exigências da objetividade, verossimilhança e plausibilidade. Tais produções voltadas para o cotidiano formam as representações sociais (SÁ, 2003).

As representações sociais podem ser definidas como:

Um conjunto de conceitos, proposições e explicações, originado na vida cotidiana, ao curso das relações interpessoais, elas são o equivalente em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças nas sociedades tradicionais, podem também ser vistas como a versão do senso comum (MOSCOVICI apud SÁ, 1996, p.31)

De acordo com Sá (1998), a teoria das representações sociais ou “grande teoria” desdobra-se em três correntes: Denise Jodelet em Paris, com uma perspectiva mais antropológica, denominada abordagem processual; Williem Doise, em Genebra, com uma dimensão sociológica, também conhecida como abordagem relacional; e Jean Claude Abric, em Aix-en-Provence, com uma dimensão cognitivo-estrutural das representações, ou abordagem estrutural.

Discutindo os diferentes conceitos atribuídos às representações, Jodelet apud SÁ, 1993, p.32 afirma:

O conceito de representação social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais amplamente, designa uma forma de pensamento social. As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tais, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica.

Moscovici apud SÁ, 1993, p.56 define a RS como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”.

Sêga (2000), afirma que as representações que um grupo elabora sobre o que deve fazer para criar uma rede de relações entre seus componentes faz com que defina os mesmos objetivos e procedimentos específicos, desta forma leva em consideração a organização do funcionamento cognitivo do grupo.

Ainda, segundo Moscovici apud SÁ, 1993, uma das primeiras proposições quanto à estrutura das representações estabelece que esta se configura ao longo de três dimensões: informação, atitude e campo de representação ou imagem, caracterizando os seus conteúdos.

A informação “se refere à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social”. Já a atitude “termina por focalizar a orientação global em relação ao objeto representação social”. O campo de representação “remete à idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objeto da representação” (MOSCOVICI apud SÁ, 1993 p. 31).

Resumidamente, a representação é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. (JODELET, 1994,p.36)

A mesma autora (1993) destaca que uma representação social é sempre uma representação de algo por alguém, onde as características do objeto representado e do sujeito que constrói as representações são presentes, ou seja, "uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto)". (SÁ, 1998, p.24)

Assim sendo, a teoria engloba em seu contexto os comportamentos individuais e coletivos e o meio social, destituindo-os de neutralidade. Remetendo a sua função prática, a autora destaca que a importância da RS é que ela serve para agir sobre o mundo e sobre os outros. Se uma representação social é uma

“representação para a ação”, ela não o é somente na medida em que guia o comportamento, mas, sobretudo na medida em que remodela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento deve ter lugar.

As representações sociais são consideradas "ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real". Essa elaboração do real deriva do processo de interação entre o individual e o grupo social configurando a idéia de movimento da sociedade pensante, proposta por Moscovici. (MOSCOVICI apud SÁ, 1993 p. 50)

Considerando as proposições destes autores podemos explicitar como aspectos de uma representação social: é um modo de pensamento sempre ligado a ação; pode funcionar como atributo de um grupo; grupos sociais podem se identificar, aliar-se ou rejeitar-se através dela; o grupo gera uma representação do fenômeno e esta pode se refletir na sua prática.

Jodelet (2001, p.26) aponta alguns elementos de base para os estudos orientados pela teoria:

As representações sociais devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando – ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação – a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir.

Existem dois processos formadores das representações sociais amplamente descritos pelos pesquisadores, a ancoragem e a objetivação, que têm o propósito de transformar o não familiar em familiar. Para Sá (1993, p. 37) a realidade social “é criada apenas quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais”. Nessa linha de transformação do não familiar em familiar, surgem os dois processos formadores das representações sociais: a objetivação e a ancoragem. Em linhas gerais, a objetivação esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto e a ancoragem dá sentido ao mesmo. O autor refere que a objetivação é o processo de materialização do abstrato, tornando este conceito tangível.

Em relação à ancoragem, Arruda (2002, p.136) a descreve como:

Este processo dá sentido ao objeto que se apresenta à nossa compreensão. Trata-se da maneira pela qual o conhecimento se enraíza no social e volta a ele ao converter-se em categoria e integrar-se à grade de leitura do mundo do sujeito, instrumentalizando o novo objeto. O sujeito recorre ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão a novidade: trazê-la ao território conhecido da nossa bagagem nocional.

Ancoragem consiste na “integração cognitiva do objeto representado sejam idéias, acontecimentos, pessoas, relações, etc a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas”. (MOSCOVICI apud SÁ, 1998, p. 38)

E define que “ancorar é classificar e denominar: coisas que não são classificadas nem denominadas são estranhas, não existem e ao mesmo tempo ameaçadoras”. Em outras palavras, ancorar é encaixar o não familiar via processo de classificação. O processo de ancoramento cria certo conforto ao sujeito na aceitação do estranho, do diferente. Decodificar o “novo”, o “ameaçador” é ação básica do sujeito perante o mesmo. Um bom exemplo é o lugar social que os sujeitos dominantes, na sociedade brasileira os de origem européia, colocam o negro. Como ameaça ao poder o negro é colocado ancorado na posição de “marginal”.

Jodelet(1989) aponta que a objetivação, consiste em uma “operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma ou figura específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato, materializando a palavra.

Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou ser imprecisos, reproduzir um conceito em uma imagem”, também se apresenta a objetivação como coisificação a conversão de idéias em coisa localizadas fora da mentalidade individual”. Em outras palavras, objetivação constitui um processo de concretização para a realidade. A imagem torna-se concreta, física, cópia da realidade concebida. Um bom exemplo de objetivação é a imagem de Deus (abstrato) codificada em Pai (concreto), representada por. (SÁ, 1998, p. 112)

Jodelet (1989) amplia o sentido da objetivação no processo de constituição das representações sociais, assinalando a tensão entre um lado estruturado e conservador (informações, imagens, modelos normativos, esquemas cognitivos, etc.) e um lado estruturante e subversivo. Essas duas faces ficam mais claras nos mecanismos pelos quais a objetivação atua: a *naturalização* e a *classificação*. A classificação é uma forma de tornar o conceito cognitivamente inteligível, enquanto a

naturalização coloca e organiza as partes no meio ambiente, introduzindo, por meio dos seus cortes, uma ordem que se adapta à ordem preexistente, “atenuando o choque de toda e qualquer nova concepção”. Trata-se de “uma grade” que permite denominar os diferentes aspectos do real e, por seu intermédio, defini-lo: “se aparece uma grade diferente, suas novas denominações são associadas às entidades existentes, que elas ajudam a redefinir.” (MOSCOVICI, 1978, p. 113). Dentro da objetivação, a naturalização seria o processo conservador de transformação do novo e do proibido.

Para Abric (2001, p. 156)

A representação é um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou a uma situação. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social.

Na Teoria do Núcleo Central define a existência de quatro funções essenciais para as representações:

Funções do saber: elas permitem compreender e explicar a realidade. Saber prático do senso comum (...).

Funções identitárias: elas definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos (...) permitindo a elaboração de uma identidade social pessoal gratificante (...).

Funções de orientação: elas guiam o comportamento e a prática (...).

Funções justificatórias: elas permitem justificar a posteriori as tomadas de posição e os comportamentos (SÁ, 2005, p.44)

A teoria do núcleo central propõe que as representações sociais têm seus conteúdos organizados em dois sistemas internos, central e periférico, que possuem funções e significados diferenciados. Os elementos cognitivos do núcleo central são mais estáveis, consensuais, ligados a história do grupo, dão a representação o seu significado básico e organizam os demais elementos periféricos.

O sistema periférico é constituído de um número maior de idéias e faz o papel de ligação entre o núcleo central e as situações práticas vividas pela população, sendo assim mais sensível e flexível ao contexto social.

Compreendendo essas proposições conseguimos nos aproximar desse duplo sistema implicado na construção das representações sociais, que se apresentam de forma contraditória, ao mesmo tempo duro e flexível, estável e mutável. Temos então um núcleo central ancorado no sistema de valores do grupo e uma periferia alimentada pelas experiências individuais. (OLIVEIRA, 2001)

A partir da década de 1980 o número de pesquisas envolvendo a teoria ampliou consideravelmente no Brasil. Entre os objetos de pesquisa, Sá (1993, p. 24-25) destaca:

As disciplinas acadêmicas e/ou profissões (...);
A saúde e a doença (...);
As questões ecológicas (...);
A política e a economia (...);
As cidades (...);
As “classes” de pessoas (...);
A tecnologia e o domínio da natureza (...);
As desigualdades sociais e educacionais.

A utilização da teoria no campo da análise do processo saúde-doença vem sendo desenvolvida desde essa mesma década, tendo recebido contribuições de diversos autores, como Oliveira (1996; 1998; 2000), Gomes (2008) e outros.

Herzlich (1991) estudou as representações de saúde e doença como realidades *sui generis*, fora do modelo médico, refletindo um pensamento social que em cada sociedade determina um discurso sobre a doença. Sendo assim, a doença é um fenômeno que ultrapassa a medicina moderna, e a representação não é um mero esforço de formulação de um saber, mas também interpretação e questão de sentido. A autora mostrou como a interpretação coletiva dos estados do corpo coloca em questão a ordem social. Por meio da saúde e da doença a imagem da sociedade pode ser visualizada, de suas imposições, tais como o indivíduo as vive.

No estudo de Herzlich a análise foi dirigida para o entendimento do cotidiano e para a construção social da realidade, supostamente mais natural, a da doença. Para a autora a representação social busca esclarecer fenômenos coletivos, compreender porque alguns problemas se sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos da apropriação pela sociedade. O grupo gera uma representação do fenômeno e esta se reflete na sua prática, constituindo discursos de origens múltiplas e funcionamentos diversos que se fundem na sociedade. (HERZLICH, 1991)

Para Hésio Cordeiro (1997) a representação da doença se manifesta a partir da representação dos diferentes grupos, dos sanitaristas, do médico liberal, do empresário de saúde. Essas diferentes representações expressam concepções do processo saúde-doença diferenciadas, gerando e ampliando um sistema de desigualdades. Um dos aspectos significativos das desigualdades refere-se ao acesso aos serviços de saúde, bem como as diferentes maneiras de interpretar esse processo e seus resultados. Segmentos diferentes da população têm maior ou

menor acesso aos serviços de saúde, e também constroem explicações diversas para essas diferenças, constituindo um saber particular sobre o SUS.

Minayo (1999) apresenta o processo saúde doença como resultado da expressão social e individual e das contradições sociais. A saúde é identificada pela autora como representações do campo das lutas políticas. Essas considerações fundamentam a afirmação do componente simbólico enquanto definidor do acesso, pois, a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde/doença, podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde.

Oliveira (2001), analisando as concepções de necessidades de saúde, afirma que elas tornaram-se mais conhecidas, principalmente aquelas centradas nos aspectos psicológicos e somáticos dos indivíduos em suas demandas apresentadas aos serviços de saúde. Na base dessas concepções existe a convicção de que é mais consistente equiparar “necessidades” a “preferências subjetivas”, entendendo que só os indivíduos ou grupos particulares sabem das suas demandas e, por isso, são mais capazes do que as instituições coletivas de traçar os objetivos e prioridades que melhor lhes convêm.

No atual quadro sanitário brasileiro a regionalização e hierarquização do sistema de saúde como mecanismos de planejamento vêm enfrentando dificuldades para alcançar resultados efetivos. Ao considerarmos as implicações dos aspectos econômicos, político, social e cultural, deve-se relacionar com uma visão do processo saúde e doença que leva em conta tanto aspectos objetivos como subjetivos, considerando tanto o indivíduo como a sociedade.

Esse estudo, com base na teoria das representações sociais, nos permitiu investigar algumas questões que forneceram elementos de análise sobre os conteúdos das representações sociais sobre o acesso aos serviços e ações de saúde, bem como relativos à rede de associações imbricada nesse processo.

Jodelet (2001, p. 28) apresenta como elementos principais da análise de uma representação social: “Quem sabe e de onde sabe?”; “O que e como sabe?”; “Sobre o que sabe e com que efeitos?”. Responder a essas perguntas aponta ao pesquisador o caminho proposto pela autora para se estudar a faceta simbólica dos objetos. A interrelação entre sujeito e objeto deve estar presente de forma ampla nas perguntas formuladas. Cabe ao pesquisador identificar com clareza e precisão esse sujeito e esse objeto de representação para a sua análise.

Nesta pesquisa propomos identificar barreiras e facilidades ao acesso, sendo os sujeitos a equipe de regulação e o objeto o acesso à atenção à saúde. O papel relevante desses sujeitos extrapola sua ação aos atos de auditoria e controle e avançam para o seu desempenho na detecção de obstáculos e desigualdades no acesso (BRASIL, 2006).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho refere-se a um processo de investigação acerca das práticas profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A reflexão sobre essas práticas foi o primeiro passo para o desenho deste estudo, que está vinculado a um projeto de pesquisa integrado que vem analisando diferentes facetas do SUS, a partir de um olhar sobre a produção simbólica sobre as política e práticas de saúde (OLIVEIRA *et al.* 2003).

3.1 Desenho do estudo

O estudo foi de natureza qualitativa utilizando a teoria das representações sociais como abordagem teórico-metodológica, conforme a maior parte dos estudos desenvolvidos sob esta orientação teórica.

Para Minayo (1999, p.20),

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização de variáveis.

Polit e Hungler (1995) consideram que o estudo qualitativo está voltado para o indivíduo e o ambiente no qual se encontra inserido. Logo, a pesquisa qualitativa deve ser desenvolvida no ambiente no qual ocorre o fenômeno a ser investigado e requer do pesquisador um intenso contato com o campo e com as questões a serem estudadas, o que lhe permite conhecer mais profundamente o contexto geral que envolve a ocorrência do fenômeno para sua melhor compreensão.

Para Marková (2006), fazer ciência sobre o pressuposto de que a realidade é algo estático não satisfaz mais as demandas sociais. Por isso, a importância de uma ciência preocupada com discontinuidades, desequilíbrios e relatividades. Porém, a autora esclarece que a teoria das representações sociais estuda tipos específicos de representações. Nesse sentido, a autora entende que as representações sociais de fenômenos específicos, enraizadas em práticas sociais e em discursos profissionais,

precisam ser extraídas por métodos sociais-científicos. Alerta a autora que o trabalho de identificação de representações sociais de uma variedade de fenômenos heterogêneos constitui e continuará se constituindo um desafio para a teoria das representações sociais nos anos vindouros. Nesse sentido, optamos por priorizar para este estudo a confluência dos espaços institucionais e profissionais envolvidos no acesso ao SUS.

3.2 Campos de estudo

3.2.1 O Campo teórico de estudo

O cenário da concepção e da implantação do SUS traz em seu bojo diferentes protagonistas, atores sociais que contribuem com seus respectivos olhares para essa construção. Identificamos nesse espaço social investido desses olhares o saber da academia, dos planejadores, dos gestores e da própria população que utiliza os serviços.

O campo previsto para este estudo compreendeu os complexos reguladores que são constituídos por: Centrais de Regulação de Urgência, Central de Regulação de Leitos, Central de Regulação de Consultas e Exames, todas localizadas na cidade do Rio de Janeiro.

No cenário da cidade do Rio de Janeiro fazem parte do complexo regulador a Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, a qual contém em sua estrutura a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMC) e a Central de Internação (CIH). Em todos os casos, as centrais introduzem a figura do médico regulador, mas na CMC esses profissionais atuam sobre as consultas e exames especializados, para os quais não há agenda ou recursos disponíveis, atuando como médico autorizador.

A Central de Regulação de Urgência, SAMU - 192, a qual compete a regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (componente pré-hospitalar da urgência) e a central que é o pólo estadual de UTI Neonatal e Gestação de Alto Risco.

Considera-se nesse estudo que a regulação constitui uma das macro-funções estratégicas da gestão pública, voltada para a defesa da vida. Assim a central de regulação estrutura a operacionalização do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas, exames e internações, atendimento pré-hospitalar, urgência / emergência, a depender da área de abrangência e unidade de trabalho.

A central de regulação é composta por unidades de trabalho, desempenhando o papel de receber e direcionar a demanda por serviços, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada, como também de identificar os déficits e as falhas do sistema. A central de regulação deve dispor em tempo real de informações sobre as condições de oferta, haja vista que a informação atualizada é um instrumento fundamental no processo de regulação. Implica, portanto, em uma atividade permanente e dinâmica para possibilitar a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente. (BRASIL, 2005)

A unidade de trabalho congrega um conjunto de procedimentos que regula uma função específica do sistema, utilizando os recursos normativos, materiais, humanos e financeiros. São definidas tantas unidades de trabalho quantas forem necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico da macrorregião, bem como os tipos de equipamentos alocados e o balizamento da relação custo/benefício. Uma central de regulação, portanto, compreende uma série de unidades de trabalho, determinadas pelo perfil epidemiológico, organização do modelo assistencial da região, natureza do que regula e do território de sua abrangência. São exemplos de unidades de trabalho de uma central de regulação de serviços de alta complexidade: oncologia, ressonância magnética, hemocentros, etc.

A regulação no contexto assistencial representa um conjunto de processos que visam o fortalecimento dos princípios do SUS. Faz parte da estratégia de facilitar o acesso às tecnologias em saúde, através das Centrais de marcação e regulação inseridas no contexto da gestão municipal e estadual, buscando garantir o acesso dos cidadãos à rede de serviços públicos, operacionalizar a hierarquização da saúde em todo o Estado, aperfeiçoar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra-municipais, segundo os critérios de necessidades de saúde da população e de oferecer a melhor resposta assistencial disponível às demandas existentes. (MINAS GERAIS, 2002)

3.2.2 O Campo de estudo efetivado

Ao iniciarmos a entrada no campo nos deparamos com alguns obstáculos, sendo que o de maior importância nos pareceu o contexto de transformação que as centrais de regulação estavam passando naquele momento.

A central estadual de leitos de gestação de risco e de leitos de UTI neonatal, durante a epidemia de Dengue de 2008, assumiu a regulação de leitos de dengue na cidade. O seu desempenho nessa situação mostrou-se eficaz e ágil chegando a regular 100 leitos/dia exclusivamente para a dengue. Esse papel desembocou na abertura de novas frentes de trabalho para essa central que incorporou o controle de leitos estaduais de UTI adulto, leitos para doença infecto-contagiosa/dengue, UTI pediátrica, bem como as unidades de trabalho iniciais de gestantes de alto risco e UTI neonatal.

Cabe destacar que o nascimento dessa central aconteceu precipitado pela crise de falta de leitos de UTI neonatal, que ocorreu há aproximadamente sete anos atrás no estado do Rio de Janeiro, com grande número de desassistência perinatal de alto risco e altos índices de mortalidade. Esse contexto gerou uma ação do Ministério Público sobre o estado culminando na compra de leitos de UTI neonatal privados pelo estado e conseqüente abertura da central de regulação de leitos de neonatologia e gestação de risco.

Entre 2003 e 2004 o governo estadual abriu o serviço de emergência em casa, exclusivo para a zona oeste, num período pré-eleitoral. Esse serviço se baseava na legislação nacional de atendimento pré-hospitalar (SAMU), que é nacionalmente de competência municipal. Em 2005, com a intervenção do Ministério da Saúde na cidade do Rio de Janeiro, foi acordado a extensão desse serviço para toda a cidade, então denominado Serviço Móvel de Urgência - SAMU, e este continuou sob a gerência estadual.

A Central de Regulação Municipal iniciou suas atividades executando o controle de procedimentos e exames de alto custo, escassos na rede pública e que eram complementados pela rede suplementar (privada). Essa Central também administrava outros procedimentos de alto custo do próprio serviço público, extremamente escassos na cidade e, por último leitos de baixa complexidade da rede municipal.

Ao iniciarmos a entrada no campo de pesquisa, nos deparamos inicialmente com a junção do Grupo de Salvamento Especial (GSE) do Corpo de Bombeiros ao SAMU, com a formação de uma central única sob o comando dos bombeiros. Esse fato culminou com a demissão de 1500 profissionais civis em dezembro de 2008. Ao mesmo tempo, um embate de culturas entre SAMU e GSE se desenvolveu, já que as duas unidades possuem missões diferentes de atendimento pré-hospitalar que incluem o domicílio (SAMU) e atendimento de resgate, prioritariamente de traumas, em vias públicas (GSE). Nesse bojo somente o SAMU possuía a prática da regulação médica e o GSE não incluía a regulação no seu modo operante de trabalho.

A rotina estabelecida pelo GSE na central única SAMU/GSE definiu, a partir de janeiro de 2009, a existência de reguladores de primeira linha e de segunda linha. Os reguladores ditos primários – civis - atendem os chamados, falam com a população, orientam e definem ou não o envio de ambulância. Os reguladores secundários - os militares - falam com as equipes de socorro que estão no evento, definem o encaminhamento do paciente, a permanência no domicílio ou sua remoção. O estafe atuando hoje é de 12 a 15 reguladores primários (civis) nos horários de pico e 3 reguladores secundários (militares) por plantão, adicionados a supervisão do dia e coordenação médica (oficial do dia), composta pela equipe do GSE.

Atualmente a central SAMU/GSE realiza suas atividades em Copacabana, num espaço constituído através de um processo de terceirização com uma empresa de telemarketing.

Nesse mesmo período, a central estadual de regulação (CER) abriu concurso para seleção de médicos reguladores e a partir de maio de 2009 expandiu seu quadro de profissionais de 3 reguladores e um coordenador por dia para 6 profissionais plantonistas médicos, um coordenador de plantão, mais coordenação e rotina. A central de regulação funciona em um prédio localizado no Hospital Central do IASERJ.

Mais uma vez, com o aparecimento de um fato epidemiológico novo na cidade, da gripe influenza H1N1, a CER passou a ocupar o controle dos leitos de internação e fluxos de avaliação desta epidemia, sendo um braço operacional do sistema de vigilância epidemiológica.

Esse processo de transformação das centrais do Rio de Janeiro estava acontecendo paralelamente à nossa entrada em campo para a coleta de dados, o que associado a insegurança que o mesmo determinou entre gestores das centrais, acabou por resultar em diferentes desfechos quanto ao acesso aos campos inicialmente escolhidos, a saber: autorização imediata para entrada no SAMU/GSE; a autorização da CER foi postergada e só aconteceu a partir de primeiro de maio de 2009; e por último a não obtenção de autorização para entrada em campo na central municipal. Apesar de não termos recebido uma negativa formal, foram diversas tentativas de contato sem sucesso com a coordenação daquela central, após o envio do projeto e da solicitação de entrada em campo. Temos informações de reguladores que trabalham naquela central de que a maioria dos plantões hoje funciona com um médico e em alguns períodos se encontra descoberta.

Desta forma, o campo de estudo real compreendeu as Centrais de Regulação de Urgência e Central Estadual de Regulação de Leitos.

3.3 Sujeitos do estudo

A pesquisa foi realizada através de entrevistas com 20 técnicos e gerentes das centrais de regulação do município Rio de Janeiro. Para a eleição dos sujeitos consideraram-se como critérios de inclusão: profissionais que estavam em atuação nos complexos reguladores há mais de um ano, considerando o ano de 2008, em funções técnicas e gerenciais; número de sujeitos semelhante por central de regulação; número médio de 3 gerentes por central e que concordassem em participar da pesquisa.

Os sujeitos estudados apresentam a seguinte caracterização:

Tabela 1 - Distribuição dos técnicos e gerentes (das centrais de regulação) segundo variáveis sócio-demográficas. Rio de Janeiro, 2009 (n=20)

Variáveis	f	%
Idade		
20 a 30 anos	3	15
31 a 40 anos	2	10
41 a 50 anos	10	50
51 a 60 anos	4	20
> 65 anos	1	5
Sexo		
Masculino	10	50
Feminino	10	50
Estado conjugal		
Solteira/não possui companheiro ou namorado	5	25
Casado/vive companheiro fixo/união estável	10	50
Possui companheiro fixo, mas não vive com ele	5	25
Religião		
Católica	11	55
Sem religião	5	25
Espírita	2	10
Evangélica	0	0
Outras(espiritualista e teosófico)	2	10
Graduação		
Enfermagem	1	5
Medicina	18	90
Odontologia	1	5
Outras	0	0
Pós-graduação		
Sem especialização	1	5
Especialização	18	90
Mestrado	1	5
Tempo de graduado		
De 1 a 4 anos	4	20
De 5 a 9 anos	1	5
De 10 a 15 anos	0	0
De 16 a 20 anos	6	30
De 21 a 30 anos	5	25
>30 anos	4	20

Observa-se na tabela 1 que 50% dos sujeitos estão entre 40 e 50 anos, não havendo preponderância de gênero, sendo 50% do sexo masculino e 50% feminino. Em relação ao estado conjugal, 50% possuem união estável e 25% têm companheiro ou namorado, mas não vive com ele e 25% não possuem companheiro ou namorado. Quanto à religião, a maioria declara-se católico (55%), sendo que 25% afirma não ter religião e 20% espiritualistas ou outras. Cabe ressaltar que nenhum sujeito se identificou como evangélico.

Quanto à formação profissional, 90% dos sujeitos são graduados em medicina, constando da população estudada um enfermeiro e um odontólogo. Desses 90% possuem especialização e o tempo de graduado predominante foi 16 a

20 anos (30%), seguidos de 21 a 30 anos (25%), e 20% possui mais de 30 anos de formado e 20% está abaixo de 4 anos.

Tabela 2 - Distribuição dos técnicos e gerentes (das centrais de regulação) segundo perfil profissional e salarial. Rio de Janeiro, 2009 (n=20).

Variável	f	%
Tempo de trabalho na central/regulação		
1 a 2 anos	9	45
2 a 3 anos	3	15
3 a 4 anos	0	0
4 a 5 anos	2	10
5 a 6 anos	3	15
6 a 7 anos	0	0
>7 anos	3	15
Trabalha em outras unidades do SUS		
Sim	13	6
Não	7	35
Possui algum cargo de chefia		
Sim	10	50
Não	10	50
Renda pessoal		
R\$ 5.000,00 a 6.000,00	1	5
R\$ 6.000,00 a 7.000,00	2	10
R\$ 7.000,00 a 8.000,00	3	15
R\$ 8.000,00 a 9.000,00	2	10
R\$ 9.000,00 a 10.000,00	2	10
>R\$ 10.000,00	7	35
Não informaram	3	15

A tabela 2 mostra que 45% dos sujeitos trabalha nas centrais há 1 e 2 anos, 25% entre 4 e 6 anos e 15% exerce a função há mais de 7 anos. Quanto a atuação em outras unidades do SUS, 65% possuem mais de um vínculo empregatício. Em relação ao exercício de cargo de chefia não se evidencia predominância no grupo estudado, 50% possuem cargo e 50% não. Com relação à renda pessoal dos sujeitos, 35% perfazem mais de 10.000,00 reais e os outros (50%) possuem renda entre 5 e 10.000,00. Dos entrevistados, 15% não informou a sua renda pessoal.

3.4 Coleta de dados

As técnicas de coleta de dados nas pesquisas em representações sociais podem ser delimitadas em dois grupos principais, quais sejam métodos interrogativos e associativos. O primeiro reúne a expressão dos sujeitos sobre o objeto de representação e, o segundo, também reúne tal expressão, só que a partir de técnicas projetivas e a a partir de uma ordenação de elementos. (ABRIC 1994 apud OLIVEIRA, 1996)

Segundo Oliveira (1996), a entrevista constitui-se numa importante técnica aos estudos de representações sociais, e a mesma se traduz pela coleta da produção discursiva em uma situação de interação finalizada, conforme aponta a mesma autora.

Abric (2001) considera que a entrevista é um método indispensável a todos os estudos de representação social e também uma das mais importantes ferramentas para a sua recuperação.

Leopardi et al. (2002) entendem que, na investigação qualitativa, a entrevista é sempre um recurso importante e que, apesar de poder ser construída de diferentes maneiras, é sempre vista como um encontro social.

Para Sá (1998, p.71-72) algumas variáveis podem interferir no processo de entrevistas.

São elas:

A quantidade e a forma das informações sobre o objeto, assim como o meio pelos quais elas se tornam acessíveis para o sujeito, o grau de interesse intrínseco ou externo que o objeto desperta e a necessidade mais ou menos premente de seu conhecimento para o grupo são variáveis que certamente afetarão - e por isso poderão explicar, pelo menos parcialmente - o conteúdo e a estrutura da representação.

Para Minayo et al (1997) as informações profundas da realidade podem ser acessadas somente mediante a ajuda dos sujeitos envolvidos. Desta forma, a entrevista caracteriza-se como um método essencial para que estas informações possam ser acessadas.

Inspirada nos autores acima, para a coleta de dados neste estudo foi empregada a técnica de entrevista semi-estruturada, orientada por um roteiro

temático (APÊNDICE A), acompanhada da aplicação de um questionário de caracterização sócio-econômica (APÊNDICE B).

Os depoimentos foram gravados digitalmente e transcritos posteriormente, após a devida autorização dos entrevistados. Os questionários foram tratados através de planilhas de tabulação e quantificação simples.

As entrevistas transcorreram de forma agradável, com respostas em sua maioria longas, em parte facilitadas pelo fato da pesquisadora atuar como médica reguladora do SAMU há mais de três anos, o que tornou o relacionamento com os entrevistados mais próximo, mesmo com aqueles com os quais não tinha contato prévio, não tendo havido nenhuma recusa em participar do estudo por parte dos técnicos e gerentes.

3.5 Análise de dados

Para realizar a análise dos dados que emergiram das entrevistas utilizamos a técnica de análise de conteúdo temática, descrita por Bardin (1977) e sistematizada por Oliveira (2008). Para instrumentalizar essa análise foram adotadas as planilhas desenvolvidas por Oliveira (2002), conforme Apêndice D, que orientaram os procedimentos adotados.

A análise de conteúdo é uma técnica que leva em consideração uma determinada realidade.

Para Bardin (1977, p.42) a análise de conteúdo é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Ainda para a autora, a análise de conteúdo organiza-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos dados. A fase de pré-análise constitui o momento de organização propriamente dito que possui três missões: a escolha dos documentos a serem analisadas, a formulação das hipóteses e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação. Nesta fase se realiza uma leitura flutuante geral, objetivando estabelecer um primeiro contato com o

material coletado. No momento seguinte, o pesquisador define os objetivos, as hipóteses e determina a estrutura do corpus a ser analisado. (BARDIN, 1977)

Para Bardin (1977), o corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos à análise. Para a sua determinação é preciso a utilização de algumas regras descritas a seguir: regra da exaustividade, que implica que todos os elementos que emergem dos documentos analisados e que estejam em consonância com o objeto do estudo devem estar contidos no corpus; regra da representatividade, na qual a amostra deve ser representativa do universo inicial; regra da homogeneidade, na qual os documentos a serem analisados devem ser homogêneos, ou seja, devem obedecer a critérios precisos de escolha; regra da pertinência, determinando que a análise das informações deve ter correlação com o objetivo inicialmente proposto.

Bardin (1977) considera que tratar o material significa codificá-lo, o que corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto através do recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo. Cita ainda a autora que a organização da codificação compreenda o recorte (escolha das unidades de registro ou de contexto), enumeração (escolha das regras de contagem) e classificação e agregação (escolha das categorias).

Outro passo importante é a referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores, constituídos a partir da freqüência com que o entrevistado se refere a um determinado tema. Em seguida, ocorre a preparação do material de acordo com o tipo de análise que será realizada.

Para Oliveira (2008,p.4) a segunda etapa do processo de análise corresponde à exploração do material, que consiste na transformação e agregação dos dados brutos em unidades menores. Refere a autora que as unidades de contexto são definidas como: "Unidades de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões que são superiores as da unidade de registro, permitem compreender a significação da unidade de registro".

A enumeração compreende a "hipótese de correspondência entre a presença, a freqüência, a intensidade, a distribuição e a associação de manifestação da linguagem com os mesmos indicadores das variáveis inferidas ou categorias teóricas" (OLIVEIRA, 2008, p. 4).

No desenvolvimento da análise, a constituição das categorias é o ato de classificar os elementos constitutivos de um conjunto em subconjuntos, por

diferenciação seguida de reagrupamento, realizados de acordo com as características comuns dos elementos. Neste momento objetiva-se a organização das mensagens. Para construir as categorias estas devem ser homogêneas, exclusivas, objetivas e pertinentes. A categorização se processa em duas etapas: o inventário, que isola os elementos; e a classificação, que reparte os elementos impondo a organização das mensagens. (OLIVEIRA, 2008)

A etapa de tratamento dos resultados implica em inferência e interpretação dos dados brutos. De acordo com Oliveira (2008), a inferência e a interpretação dos resultados podem colocar em evidência as informações advindas da análise através de uma quantificação simples (frequência) ou mais complexa (análise fatorial). Carmo Neto (1993) comenta que nessa fase o pesquisador deve buscar o que está por trás da palavra, ver além do que é concreto, adotando uma postura subjetiva, sem, no entanto, destituir-se do rigor científico.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

O Conselho Nacional de Saúde, no uso de suas atribuições, definiu as normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, através da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1997).

Respeitando esta resolução, o projeto do qual este estudo deriva foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP) e foi aprovado através da correspondência 006/2005/COEP/UERJ de 13/05/2005.

Na fase de coleta de dados foi solicitado aos gestores das centrais de regulação, autorização para a realização do estudo, em documento próprio que esclarece os objetivos da pesquisa. Foi solicitada, também, autorização para a realização das entrevistas aos sujeitos entrevistados, através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram explicitados os objetivos da pesquisa e a garantia do anonimato (APÊNDICE D).

4 A ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ACESSO E DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

Serão descritas neste capítulo as categorias originadas da análise dos depoimentos dos sujeitos, expressos nas entrevistas realizadas. As categorias foram construídas a partir do agrupamento dos temas que tiveram maior frequência nesses discursos, tendo como base sua interligação contextual, buscando descortinar como os técnicos e gestores representam o acesso ao SUS, a partir das suas práticas no cotidiano das centrais de regulação.

As entrevistas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin, conforme descrito na metodologia. A análise categorial simples foi construída pela averiguação das categorias, através da codificação simples (frequência), conforme os dados no apêndice D.

A agregação das unidades temáticas resultou em 6 categorias. Estas categorias foram desmembradas em subcategorias, que se apresentaram com resultantes do agrupamento de unidades de registro, de acordo com as características comuns dos conteúdos emergentes. O material discursivo analisado resultou em 917 unidades de registro, distribuídas em 266 unidades de significação, constituindo as seguintes categorias e subcategorias: A) Escassez de recursos para o atendimento; B) Dificuldades de utilização dos fluxos para o acesso; C) Papel e práticas da regulação; C.1) O desafio da busca da melhor alternativa assistencial; C.2) Uso de critérios para a priorização do acesso; D) Fragmentação e a autonomia da regulação; E) Rede de relações pessoais determinando o acesso e F) A ausência de comando único: As ilhas de centrais de regulação.

A) Escassez de recursos para o atendimento

A primeira categoria apreendida dos discursos dos reguladores - *A Escassez de recursos para o atendimento* - é composta por 224 unidades de registro (UR), representando 24% do total de UR da análise e contempla 7 unidades de significação. Essa categoria expressa a escassez de recursos existentes na rede do SUS que se revela como uma grande barreira ao acesso às ações e serviços necessários ao atendimento das necessidades de saúde apresentadas pela população.

Cód.	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Total UR	Total Entrevistas	CATEGORIAS	Total UR	%
02	DIFICULDADE DE CONSEGUIR RECURSOS (RECURSOS HUMANOS/ ESPECÍFICOS / EXAMES)	45	09			
03	PEREGRINAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM EMERGÊNCIA	10	08			
04	FALTAM VAGAS	129	16	ESCASSEZ DE RECURSOS PARA O ATENDIMENTO	218	24
18	PACIENTE CLÍNICO TEM MAIOR ACESSO AO SUS	10	04			
19	CASOS CIRÚRGICOS TÊM MAIOR DIFICULDADE DE ACESSO / FALTAM REFERÊNCIAS CIRÚRGICAS	18	08			
30	A GENTE TEM DIFICULDADE DE CONSEGUIR O ACESSO ADEQUADO, ALTERNATIVA ASSISTENCIAL PACIENTE	06	04			

Quadro 1 - Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 1. Rio de Janeiro, 2009.

O primeiro aspecto a ser explicitado nesta categoria é que a maior demanda reprimida enfrentada pelas centrais é de leitos de unidades fechadas ou, mais especificamente, de CTI. Nestes estão englobados tanto os leitos de adultos, como pediátricos, porém com maior relevância quantitativa para o de adultos.

Podemos destacar, conforme Barbosa (2002), o resultado de um estudo realizado no final da década de 90 para leitos de CTI neonatais e pediátricos, que apontava os seguintes resultados: maior prevalência de leitos privados, grande concentração na área metropolitana e somente 5% em hospitais universitários. Não há equidade na distribuição e no acesso aos leitos disponíveis, com carência no setor público e excesso no privado, grande concentração na região metropolitana e somente 5% das UTIs em hospitais universitários, propondo-se medidas de redistribuição e alocação de novos leitos em regiões mais carentes, associada à criação de uma central de vagas e sistema eficiente de transporte e referência.

Pode-se projetar essas conclusões para os dias de hoje, considerando que as questões de repressão de demanda dos leitos infantis foram minimizadas com a compra de leitos do setor privado. Porém as questões de fundo, de maior concentração na área metropolitana, da expansão da rede pública ou da rede universitária não foram alteradas.

Em relação à existência da central de leitos de alta complexidade, esta não dá conta da alta demanda, não tendo governabilidade na organização do atendimento, expressando a necessidade de criar soluções automáticas de reorganização do sistema. Esse quadro exige a reflexão sobre a restrição de acesso aos recursos de alta e média complexidade, que apesar dos indicadores apontarem para um crescimento da oferta, ainda se caracterizam como insuficientes para as necessidades apresentadas pela população, configurando-se como um afunilamento significativo ao acesso.

Essa realidade é explicitada pelos entrevistados:

Na verdade nós continuamos no mesmo ponto, o acesso ao paciente de recurso de alta complexidade, pra manutenção da vida, pra sair de uma situação de risco de vida... Isso qualquer profissional das emergências sabe exatamente o que é esse funil. (entrevista 5)

Todos nós sabemos que trabalha no ramo o que, quem tem um problema de saúde ta fardado a morrer rapidamente, porque a rede hospitalar ela não atende a demanda como todo” (entrevista 13)

Isso e uma coisa bem dinâmica onde se vê o conjunto, onde o que é prioridade agora pode não ser daqui a meia hora. (entrevista 15)

Essa impotência gera nas equipes técnicas das centrais uma angústia diária ao ser responsável pelas escolhas dos acolhidos pelos poucos recursos. Ainda podemos acrescentar a esse contexto a desresponsabilização das unidades de emergência ao realizarem a solicitação de vaga a central quase que da imediata chegada do paciente a unidade, mesmo antes de uma estabilização do quadro. Esse mecanismo é percebido pelo grande número de desistências diárias geradas no sistema de vagas de CTI, por melhora clínica ou sem perfil para o tipo de vaga solicitada. A nosso ver esse comportamento do médico da assistência de solicitação imediata de vagas que se desfecham como solicitações realmente não necessárias é, na verdade, uma estratégia de co-responsabilização pela assistência do doente com outros níveis hierárquicos. Assim, se o paciente evolui com melhora, a unidade de saúde que realizava o atendimento se caracteriza como bem sucedida, no entanto se evolui insatisfatoriamente a co-responsabilidade se dá com a instância superior no caso, a central de vagas que não disponibilizou em tempo hábil a vaga solicitada.

Em função desse afunilamento, hoje estão constituídas nas emergências salas vermelhas, que se assemelham às unidades fechadas pela complexidade dos

casos atendidos e que possuem em seu arsenal os equipamentos básicos de manutenção da vida encontrados nas unidades fechadas.

Esse processo é identificado pelos depoentes e pode ser observado no estrato de entrevista abaixo:

Ai seria uma batalha, enquanto o paciente está sendo removido para o hospital, não necessariamente o mais próximo, mas o que vai fazer o melhor atendimento de acordo com os especialistas de plantão. Tem as dificuldades que é conseguir o especialista, conseguir o exame necessário, quando você tem um TCE num local, mas não tem neurologista e aí ele tem que ser avaliado num outro hospital. Você faz certa peregrinação que a princípio deveria ser diferente, teria que ter acesso, um único hospital que atendesse trauma deveria ter todos os especialistas necessários para o atendimento sem fazer uma peregrinação dele, de emergência para emergência.(entrevista 02)

As Centrais de Regulação vivenciam esse dia a dia a partir da busca da melhor alternativa assistencial, no entanto as contradições do sistema apontadas, que perpassam a falta real de recursos e o isolamento de muitos serviços, que apesar de serem parte do sistema público, ainda se comportam de forma autônoma e insensível às propostas da organização do todo. Observa-se que os mesmos fortalecem as barreiras ao acesso criando dificuldades para o uso dos recursos existentes para o todo do sistema, determinando que a busca da melhor alternativa assistencial pela Central de Regulação seja exaustiva e de menor eficiência.

Faleiros (1997) discute a escassez de recursos em saúde e ressalta as decisões complexas que perpassam os diversos segmentos da hierarquia das unidades de saúde. Essas decisões atravessam diversos aspectos a serem considerados: a relação entre as condições e as decisões, o contexto brasileiro da exclusão social e, no atendimento à saúde, algumas opções de ação com seus limites e possibilidades.

As prioridades que implicam em vontade política devem levar em consideração a visão do "outro", o ponto de vista contrário, o jogo de interesses frente às condições concretas vivenciadas, uma vez que a prioridade para uns pode não ser a prioridade para outros. Os recursos também são limitados para se alcançar determinados objetivos em função, muitas vezes, de sua concentração ou distribuição, apropriando-se uns de sua disponibilidade em detrimento de outros. Em outras palavras, a questão dos recursos não pode ser naturalizada, vista apenas de um ângulo estático, mas se inscreve em um movimento relacional complexo.

Esse processo de enfrentamento da realidade epidemiológica no cotidiano e a carência de recursos adequados identificado pelos depoentes e pode ser observado no estrato de entrevista abaixo:

A maior dificuldade que a gente tem mesmo é isso aí: Neuro, neurocirurgia, urologia. Paciente tuberculoso tem demais, e eles não têm isolamento, não querem aceitar o paciente tuberculoso. Paciente idoso, têm acamado demais, eles ligam demais pra gente. A gente precisava muito de uma daquela "saúde da família" que fosse realmente aos lugares, olhasse os pacientes. Pra gente remover só realmente quem precisa de hospital, porque tem acamado demais... Tem idoso demais... A população cresceu, envelheceu e o número de hospitais continua o mesmo. Eu acho que nos últimos vinte anos, o único hospital que inaugurou foi o Lourenço Jorge. Inaugurou também o Acari, mas é emergência fechada, não adianta. E a população dobrou, pelo menos, e envelheceu muito mais, então esses serviços também... A secretaria de saúde não faz o acompanhamento adequado. A tuberculose aumentou muito, tem muito paciente tuberculoso. Tem muito paciente com aids. (entrevista 8)

A dinâmica da falta de recursos pode ser analisada, ainda, levando em conta a equidade e a universalização. A universalização do atendimento consiste na garantia do acesso igual para todos, mas precisa ser articulada à equidade para que esse acesso se efetive concretamente, por meio de dispositivos operacionais que propiciem a efetivação dos serviços em proximidade com o usuário e de acordo com sua complexidade crescente, como prevê, aliás, a legislação brasileira (Lei Orgânica da Saúde).

Se levarmos em conta as prioridades para o alcance dos objetivos acima certamente deveremos privilegiar a prevenção e o fortalecimento do setor público, permitindo que os desiguais sejam tratados de forma desigual, ou seja, o estabelecimento de ações afirmativas para inclusão dos mais desfavorecidos social, cultural ou economicamente.

Para Faleiros (1997):

O tratamento apenas formal da inserção social escamoteia uma relação de forças e de condições, pois, na realidade, não garante o mesmo acesso a todos, variando conforme o grau de influência ou de "capital" disponível (a expressão "capital" é tomada em sentido amplo, seguindo as indicações de Bourdieu, significando as capacidades, patrimônios, trunfos, conhecimentos e cultura de que dispõe uma pessoa nas suas relações sociais). A chamada discriminação positiva visa dar prioridade aos que têm menos condições ou capital, favorecendo-os. Nesse sentido, os que não dispõem de alternativas de atendimento no setor privado, os que têm menos vez e voz, os que têm menos recursos, deverão contar com um atendimento mais rápido, eficiente.

B) Dificuldades de Utilização dos Fluxos para o Acesso.

Apresentamos a segunda categoria constituída a partir dos discursos dos depoentes, denominada de *Dificuldades de utilização dos fluxos para o acesso*,

composta por 143 unidades de registro (UR) representando 17% do total de UR, contemplando 22 unidades de significação. Essa categoria revela as dificuldades encontradas para o alcance do atendimento utilizando-se os fluxos preconizados e pré-estabelecidos pelo sistema.

Cód.	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Total UR	Total entrev	CATEGORIA	Total UR	%
06	FALTA ATENÇÃO PRIMÁRIA / PREVENÇÃO / CUIDADO	36	10			
11	FALTA TRABALHO EM REDE	03	03			
12	OS SERVIÇOS NÃO SÃO HIERARQUIZADOS	02	02			
14	TEMOS SUPERPOSIÇÃO DE SERVIÇOS	02	02			
15	VAZIO ASSISTENCIAL	02	02			
16	SISTEMA DESORGANIZADO /FALTA IMPLANTAÇÃO	04	02			
17	TEMOS SERVIÇOS E NÃO TEMOS ACESSO	06	06			
26	NÃO ACESSO À REFERÊNCIA, PORQUE SEI QUE NÃO TEM O SERVIÇO	02	02			
27	A EMERGÊNCIA TAMBÉM É REGIONALIZADA	02	02			
31	A POLÍTICA DE SAÚDE NÃO ESTÁ BEM ESTRUTURADA	02	02			
32	E NÃO É RESPEITADA EM TODOS OS SEUS NÍVEIS HIERÁRQUICOS	02	02			
36	A MAIOR PARTE DO FLUXO É INSTITUCIONAL	02	02			
	A GENTE REFERENCIA PELA ÁREA DE RESIDÊNCIA	02	02			
42	MAIS EXPERIÊNCIA EM REDE É MELHOR	04	02	DIFICULDADES DE UTILIZAÇÃO DOS FLUXOS PARA O ACESSO	155	17
43	PESSOA TEM ACESSO AO SAMU EM NITERÓI A GENTE FICA NUM SISTEMA DE BARGANHA E DE	02	02			
50	CONHECIMENTOS PARA A GENTE CONSEGUIR ACESSO DO PACIENTE PARA UMA UNIDADE DE SAÚDE	02	02			
51	NAS VERDADEIRAS EMERGÊNCIAS A FACILIDADE É MAIOR, POLITRAUMA	02	02			
52	NAS SITUAÇÕES QUE VOCÊ PRECISA DE INVESTIGAÇÃO, DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, É MAIS COMPLICADO	02	02			
64	CENTRAL DE REGULAÇÃO BUSCA O TEMPO TODO ONDE TEM VAGAS, ONDE TEM ESPECIALISTA	02	02			
66	ACESSO UNIVERSAL COM ÊNFASE NA EMERGÊNCIA	02	02			
82	PRIORIDADE PARA OS PACIENTES MAIS GRAVES	24	09			
83	DESRESPEITO À GRAVIDADE DO PACIENTE	02	02			
84	TEMPO DE ESPERA NA FILA É A GRAVIDADE DO PACIENTE	02	02			
85	POLITICAGEM PARA CONSEGUIR VAGAS (PASSAR A FRENTE DE PRIORIDADES DEVIDO FAVOR)	28	08			
91	DIFÍCIL PRECISAR DE CONTATOS OU OUTROS CRITÉRIOS PARA CONSEGUIR VAGA	06	02			

Quadro 2 - Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 2. Rio de Janeiro, 2009.

A diretriz da regulação do acesso se baseia na busca da melhor oferta assistencial no momento necessário, no entanto, conforme pontuado, as dificuldades encontradas nos fluxos diários levam a exaustivas buscas, implicando em estresse tanto para o profissional quanto para o cliente.

O modelo assistencial do SUS é definido como uma pirâmide, que se apóia em uma ampla base, constituída por uma rede de unidades assistenciais que deveriam se responsabilizar por uma área geográfica adstrita, com cobertura integral da população dessa área. Essa rede assistencial primária é responsável pela entrada do usuário no sistema, sendo considerada desta forma a sua porta de entrada, e a partir das quais se inicia o acesso ao sistema de saúde e aos níveis de maior complexidade. No nível intermediário encontram-se as unidades ambulatoriais especializadas, clínicas e cirúrgicas, os serviços de apoio diagnóstico, os hospitais gerais e ainda as unidades de urgência e emergência. Nessa mesma lógica encontramos os hospitais de referência regional. No topo da pirâmide estão localizadas as unidades de maior complexidade tecnológica, terciárias e quaternárias, que em geral são referências municipais, estaduais e, algumas vezes, extrapolam os limites loco - regionais.

Essa lógica organizacional deve estruturar seus encaminhamentos nas referências e contra referências, a partir da premissa de que as necessidades de saúde sejam acolhidas em espaços tecnológicos adequados e racionais. Essa lógica de planejamento considera que o uso dos serviços aconteça de forma ordenada, regionalizada e racional.

Para Cecílio (1997, p. 471):

Podemos dizer que a representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde.

O cotidiano, no entanto mostra que o pressuposto de existência de uma porta de acesso através da rede básica de saúde é fictícia e, na verdade, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços, conforme observado em diversos estudos, e também neste.

A estrutura de organização dessas unidades é direcionada pela lógica dos programas de saúde, que com a finalidade de realizar a promoção da saúde não conseguem ser ágeis e múltiplas de forma a responder a demanda espontânea que

a elas ocorre, privilegiando a demanda programada e os sujeitos/clientes que a elas conseguem se vincular, perpetuando uma clientela quase fixa em cada unidade primária de saúde.

A sua organização não consegue incorporar a diversidade de personalidades e demandas com o baixo investimento de custeio e em recursos humanos, sempre menos privilegiados que as unidades de maior complexidade e, ao mesmo tempo, ter a competência para realizar o melhor e mais adequado diagnóstico e encaminhamento de sua clientela (uso de tecnologia leve). Além desses desafios, que caracterizam a demanda primária desses serviços, assume ainda a missão de promoção de saúde e mudança de estilos de vida. Assim, as suas ações em geral não conseguem ter a resolutividade exigida pelo seu perfil de demanda, acumulando filas e sobrepondo funções a outros serviços do sistema.

Esse quadro descrito é identificado pelos depoentes e pode ser observado nos estratos das entrevistas realizadas, conforme referido abaixo:

Porque o acesso à saúde básica, ambulatorial, o dia a dia, a prevenção das doenças, o cuidado da saúde é ruim, então ou ele passa realmente mal e vai a uma emergência ou ele vai à emergência para fazer um atendimento que não é de emergência e gera um transtorno da própria fila de atendimento que é maior do que deveria ser. Se você for olhar os casos que estão na emergência, a maioria não deveria estar lá, poderiam ter sido evitados ou adiados talvez, acho que falta acesso à saúde básica, o dia a dia, a prevenção, o cuidado. (entrevista 03)

A ótica organizacional dos fluxos para o acesso se coloca como mecanismo de planejamento que pressupõe uma resposta padronizada dos elementos e elos participantes da construção da assistência. Essa expectativa tecnicista não leva em conta as fragilidades do sistema, as nuances dos usuários, os seus valores, e pressupõe uma ação protocolar e distanciada da equipe de saúde, não levando em conta, na maior parte das vezes, a angústia vivenciada pelos trabalhadores do sistema de saúde e também pelos seus usuários.

O dia a dia da prática assistencial não é desenvolvido somente através dos fluxos pré-estabelecidos, pois na maior das vezes esses não são suficientes para resolver as demandas postas. Dessa forma se faz necessário buscar caminhos alternativos para a efetivação da ação ou na tentativa da resolução das necessidades colocadas.

A porta de entrada do sistema, na realidade do Rio de Janeiro, é concretizada pela assistência hospitalar, conforme identificado em estudos anteriores (OLIVEIRA et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2007; GOMES, OLIVEIRA, SÁ, 2008), que se manifesta

pela sobrecarga na busca de atendimentos de baixa complexidade, que deveriam ser resolvidos na lógica da pirâmide em espaços de menor nível assistencial.

Observa-se que as centrais de regulação possuem o papel de executar, alinhar e proporcionar o atendimento através das pactuações entre os serviços e o gestor e, assim, oferecer a resposta assistencial necessária à demanda apresentada, considerando o funcionamento adequado dos diversos níveis de atenção. No entanto, no contexto atual do sistema, os mecanismos do planejamento se mostram insuficientes, diante das diferentes práticas institucionais e profissionais que se estabelecem e do quadro apontado na porta de entrada do sistema.

Esse quadro exige a reflexão sobre a restrição de acesso aos recursos de alta e média complexidade, apontando para o fracasso dos fluxos existentes, configurando longas filas de espera para o atendimento pretendido, que não conseguem ser debeladas pelos fluxos normais preconizados para o acesso, conforme discutido.

Cabe o questionamento da origem dessas demandas e também dos processos para tornar o seu atendimento mais resolutivo, remetendo-nos novamente as características assumidas pelo cuidado desenvolvido na rede básica de saúde. Os exemplos do não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos são freqüentes e caracterizam a pouca utilização da tecnologia leve e a queima de etapas no processo de cuidado em saúde, bem como um desgaste para o usuário do sistema, que não tem o fluxo centrado nesse sujeito e se perde pelo não exercício da contra –referência.

Um aspecto que deve ser levado em conta nessa análise é a responsabilização do profissional com o sujeito atendido, permitindo o estabelecimento de um maior compromisso, resultando em um encaminhamento mais adequado às necessidades do usuário e com mais informações, já que teriam esgotado o suporte existente no primeiro nível de atenção.

Os usuários do SUS nessa roda de encaminhamentos encontram dificuldades em identificar quem assuma a responsabilidade pelas suas necessidades e demandas. A sua busca enfrentando os obstáculos na assistência de forma concreta gera diagnósticos tardios, deixando de garantir a continuidade do cuidado em saúde.

Esse conjunto de fatores conflui para a pouca resolutividade da chamada baixa complexidade nas emergências, das unidades hospitalares, reforçando o ciclo de baixa qualidade supervalorizado na assistência pública em saúde.

Desenvolvendo a concepção de linha de cuidado, Franco (2004) propõe que o trabalho deve ser integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo. Assim a maior resolutividade da rede básica e da Estratégia da Saúde da Família poderá contribuir com um menor número de encaminhamentos para a média complexidade, resultando em uma melhor utilização dos recursos existentes, considerando que parte desses encaminhamentos não esgotam as possibilidades da própria rede básica.

Discutindo o assunto, Oliveira (2000) aponta a necessidade de um espaço reflexivo no campo da saúde pública, especialmente para a análise das suas práticas, destacando como primeiro desafio colocado a especificação do caráter social da saúde pública, que seja capaz de responder ao mesmo tempo à determinação macro-social de estruturas e processos e à sua especificação no cotidiano dos sujeitos sociais.

Nesse particular, trata-se de ultrapassar abordagens teóricas de caráter prescritivo e normativo contra as desigualdades sociais e de saúde, e assumir abordagens que, interdisciplinares no conteúdo e intersetoriais na ação, mobilizem os recursos cognitivos e materiais necessários a um novo perfil de atuação profissional.

C) Papéis e Práticas da Regulação

Essa categoria foi constituída por 295 UR e 34 unidades de significação, representando 32,18% do total de UR, sendo constituída por duas subcategorias: *O desafio da busca da melhor alternativa assistencial* e *Uso de critérios para priorização do acesso*. Ela caracteriza um dos mais significativos aspectos da discussão desenvolvida neste estudo, pois interpõe o papel institucional e profissional e suas práticas, conforme pode ser observado no quadro 3.

Cód.	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Total UR	Total ENTRE V	CATEGORIA	Total UR	%
01	CR NÃO TEM RECURSOS SUFICIENTES	62	14			
05	DE ALTÍSSIMA DEMANDA	42	12			
07	REGULADOR MODERA RECURSO	16	08			
08	ADEQUA O QUE TEM AO TIPO DE AGRAVO	23	09			
09	LOCALIZA RECURSO NECESSÁRIO	17	12			
10	PRIORIZA RECURSO	06	04			
21	ACESSO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA / ATENDIMENTO NÍVEL HOSPITALAR / INSISTIMOS QUE FIQUE	15	07			
23	SO NÃO FICA MESMO SE O HOSPITAL ESTA MUITO CHEIO	02	02			
33	A GENTE TEM QUE VER O LADO DO PACIENTE	05	05			
34	NÃO VAI PUNIR QUEM PRECISA DO RECURSO	02	02			
46	ENVOLVE UMA GESTÃO	02	02			
47	OCUPA UM ESPAÇO QUE OS SERVIÇOS NÃO OFERECEM	04	02			
48	ALÉM DE TRABALHAR A QUESTÃO DA NECESSIDADE	02	02			
49	TRABALHO DO SAMU A GENTE SE PERDE EM SITUAÇÕES QUE NÃO CARACTERIZAM EMERGÊNCIA	02	02			
53	CENTRAL DE REGULAÇÃO DÁ ACESSO A 6 MILHÕES DE HABITANTES	06	04			
54	CENTRAL DE REGULAÇÃO TEM ESTRUTURA COMPLEXA, RECURSOS HUMANOS, HARD E SOFTWARE / DP ENTROSAMENTO MUITAS EQUIPES / COMPASSO CERTO PARA DAR CERTO	08	04			
55	PRÁTICA INTERESSANTE	02	02			
60	PAPEL DO REGULADOR É AGILIZAR PROCEDIMENTO E REMOÇÃO	08	06			
61	FAZER AVALIAÇÃO E DECIDIR MANDA VTR AVALIAÇÃO	02	02	PAPÉIS E PRÁTICAS DA REGULAÇÃO	295	32,18
62	NÃO O MAIS PRÓXIMO, MAS O QUE VAI FAZER O MELHOR ATENDIMENTO DE ACORDO COM O ESPECIALISTA DE PLANTÃO	02	02			
67	IDENTIFICAR REAL NECESSIDADE É O PAPEL DO REGULADOR	06	04			
68	DENTRO DA INSTITUIÇÃO VOCÊ RECORRE A ESSAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO	02	02			
69	QUE AUTORIZAM OU NÃO VAGA PARA AQUELE PROCEDIMENTO	02	02			
70	SE COISAS AGUDAS EXISTEM CENTRAIS QUE OCUPAM ESSE ESPAÇO	02	02			
71	O PAPEL NA CENTRAL NO DIA-A-DIA É DISTRIBUIR BEM	02	02			
72	RISCO DEFINIDO E ESCALONADO, GRAVIDADE	02	02			
80	CENTRAL DE REGULAÇÃO É REGULAR / ORGANIZAR LEITOS	19	07			
86	PRESSÃO PARA CONSEGUIR VAGA E AJUDAR USUÁRIO	04	02			
87	MELHORAR POLÍTICA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO	10	02			
88	UNIVERSALIDADE NO ACESSO A CENTRAL DE REGULAÇÃO	08	08			
89	CENTRAL DE REGULAÇÃO É A ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES DE GÊNERO DE ATENDIMENTO POR UMA UNIDADE SOLICITANTE	02	02			
90	OPERADORES E MÉDICOS QUE CONSEGUEM AS VAGAS	02	02			
92	CENTRAL DE REGULAÇÃO É UM POSTO DE OBSERVAÇÃO AVANÇADO	04	02			
93	CENTRAL DE REGULAÇÃO É UM DESCORTINADOR DAS DIFICULDADES	02	02			

Quadro 3 - demonstrativo das unidades de significação da categoria
3. Rio de Janeiro, 2009

C.a) O desafio da busca da melhor alternativa assistencial

O conceito de regulação médica no Brasil se baseia no modelo francês de atendimento pré-hospitalar, onde a escuta médica busca adequar a resposta e os recursos hospitalares à necessidade do paciente. Os SAMU's franceses têm como objetivo “responder com meios exclusivamente médicos às situações de urgência”, com as seguintes missões:

Garantir uma escuta médica permanente; decidir e enviar, no menor prazo possível, a resposta mais adequada à natureza do chamado; assegurar a disponibilidade dos recursos hospitalares públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha e, preparar sua recepção; organizar o transporte para uma instituição pública ou privada, solicitando para isto os serviços públicos ou privados de transporte sanitário; garantir a admissão do paciente no hospital. (BRASIL, 2006, p.50)

Essa missão e sua complexidade é percebida pelo grupo de gestores e reguladores, conforme abaixo:

Central de regulação tem estrutura complexa, recursos humanos, hard e software, depende do entrosamento de muitas equipes, necessita de tudo estar no compasso certo, para dar certo. (entrevista1)
A central é bem complexa, imagina o acesso a seis milhões de habitantes... É uma prática bem difícil, de infra-estrutura tanto técnica de sistema de operação, de hardware, quanto de recursos humanos em número e em qualidade para dar conta dessa demanda toda. (entrevista 01)

A diretriz da regulação do acesso se baseia na busca da melhor oferta assistencial no momento necessário, fazendo com que as dificuldades encontradas nos fluxos diários levem a exaustivas buscas.

Nessa perspectiva, os gestores e técnicos das centrais de regulação se colocam na posição de elo entre os elementos do sistema (sócio-organizacionais) e os clientes (individuais), interagindo e facilitando o acesso da população aos serviços, demonstrando a sua capacidade de atuar como estruturantes e potencializadores do acesso ao sistema público de saúde.

Para Cecílio (1997, p.471) a hierarquização dos serviços seria a principal estratégia para a racionalização no uso dos poucos recursos existentes no setor saúde. Representaria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários. A hierarquização deveria garantir o acesso para os pacientes que entraram pela “porta de entrada”, a

todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte.

A estratégia de regionalização que aponta a responsabilização e o papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede, traz em seu conteúdo pressupostos de interfaces bem articuladas entre as várias instâncias assistenciais e garantia de pactuações, ao mesmo tempo sustentáveis como flexíveis, de acordo com as necessidades variáveis dos diversos elementos da rede assistencial. Isto se refletiria em mudanças ágeis das referências, de acordo com a variação do quadro de recursos disponíveis e, ao mesmo tempo, sensibilidade para alteração do perfil das demandas populacionais.

Nessa direção:

As Centrais de Regulação de Urgências — Centrais SAMU - 192 — constituem-se em “observatório privilegiado da saúde”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral (BRASIL, 2006, p.62).

Os gestores, ao se colocarem na posição de elo entre os elementos do sistema e tentar interagir facilitando o acesso da população às centrais de regulação, demonstram sua capacidade de ser estruturantes para o sistema e de potencializar o acesso ao sistema público de saúde, conforme apontam os depoentes abaixo:

Pegando por base os princípios básicos do SUS a gente já responde totalmente a questão da Central de Regulação - o acesso universal e igualitário. Acho que a principal missão da Central é garantir esse acesso, que não existia antes. (entrevista 14)

A gente consegue visualizar melhor daqui, mas é muito complicado para o colega que está na unidade diante de todas as dificuldades que ele está enfrentando, ele ter essa percepção, então é muito difícil se fazer esse trabalho de captação, de tentativa de achar uma vaga, na tentativa de convencer que o paciente tem uma chance maior de ele indo para onde a gente tá querendo do que ficar onde ele já está, muitas vezes existe essa coisa o medico de lá que de conta e resolve, mas a gente sabe que lá onde ele está não tem condições de resolver, o entendimento que a gente tem daqui não é o mesmo entendimento de quem está fora daqui, a gente tem uma visão diferente, talvez um pouco mais global, o colega que está na unidade não tem condições de ter, porque ele está atolado e não consegue visualizar a solução para o paciente, o seu próprio problema, quem dirá o que está de fora. (entrevista 17)

No entanto, a prática institucional das centrais de regulação permite descortinar a fragilidade dos paradigmas acima citados. O mais marcante é a escassez de leitos de unidades fechadas, unidades coronarianas ou centros de tratamento intensivo (CTI), como também para leitos que de maior complexidade,

como neurocirurgias que se colocam como parte do dia a dia das centrais de regulação, com formação de fila diária para CTI.

Então, eu acho que a Central, mais que dar estrutura ao SUS, é antes de tudo um descortinador das dificuldades e aponta, acho isso com muita clareza.” (entrevista 5)
Então a Central passou a expandir o processo da regulação e isso trás em primeiro lugar toda a dificuldade da rede pública. De atendimento quando a demanda que já não é pouca se acresce de uma epidemia de qualquer coisa do gênero, então eu acho que na verdade para o SUS pra rede pública, a Central passou a ser um posto de observação avançado que expôs uma situação que existe que não se era tão clara, pra quem tem a gestão da coisa toda. Acho que era bastante clara para quem ta na ponta, na frente do paciente, lidando com todas as dificuldades.(entrevista 05)

A alta demanda por assistência terciária e o seu não atendimento pode desvendar alguns cenários, um deles é o próprio sucateamento dos serviços públicos, onde o investimento de custeio não supre a manutenção dos serviços mais dispendiosos. Por outro lado, expõe a estagnação do perfil de muitas unidades do sistema, que não disponibilizam suas vagas para as centrais, principalmente as unidades hospitalares de nível federal e universitário. Essas unidades se caracterizam por possuir “portas fechadas”, isto é, sem emergência aberta, sendo pouco permeáveis às demandas cotidianas da rede.

C.b) Uso de Critérios para Priorização do Acesso

A carta dos direitos dos usuários do SUS, em seu terceiro princípio, assegura o acesso ordenado ao sistema de saúde visando um atendimento justo e eficaz, conforme abaixo:

Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovida pelo Sistema Único de Saúde:

- I. O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia.
- II. Nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema.
- III. Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique maiores danos, para um estabelecimento de saúde adequado as necessidades do cidadão.
- IV. O encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda.
- V. Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio. (BRASIL, 2006, p.3)

Os dispositivos legais pressupõem uma malha de serviços integrada e que, num esforço de gestão conjunta dos diversos elementos da hierarquia municipal,

estadual e federal, associado a uma ação sinérgica do complexo regulador, construiriam caminhos pactuados para enfrentar as dificuldades cotidianas do acesso buscando a melhor alternativa assistencial e garantindo o acesso baseado em critérios de classificação de risco.

A PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008, define a regulação do acesso à assistência, que visa à regulação, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS contempla as seguintes ações: regulação médica da atenção pré-hospitalar; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio de protocolos assistenciais; e, estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade.

Segundo a Portaria, as seguintes competências são comuns aos três entes: executar a regulação, controle, avaliação e auditoria do sistema; definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos; elaborar estratégias para a contratualização de serviços; definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; capacitar de forma permanente às equipes de avaliação, controle e regulação; e, elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso (BRASIL, 2008 p.48)

No entanto, esse cenário de sistema integrado de saúde não se constitui na prática, acirrando as falhas e carências do sistema ao realizarem ações isoladas e pouco sinérgicas. O mecanismo de estabelecimento de critérios para priorização do acesso, mesmo nos casos que exigem atendimento imediato, constitui-se como prática alternativa dos reguladores, ou seja, a prática possível diante do cenário de insuficiências diversificadas.

Desta forma, as práticas são pouco organizadas, não conseguindo seguir os preceitos preconizados pelo processo de trabalho institucionalmente definido, especialmente pela insuficiência de informação ou dos próprios recursos disponíveis. Essa fragilidade institucional gera necessidades cotidianas de criação de mecanismos alternativos e pessoais para tentar alcançar o objetivo da assistência, buscando recursos além da grade apresentada na pactuação institucional, e obrigando a um enfretamento diário na “priorização” de atendimentos, que ultrapassa critérios protocolares.

O nosso papel é específico de CTI, a gente facilita, mas se a gente tivesse mais leitos a central trabalharia muito melhor. A gente precisa de mais leitos, leitos novos, há uma defasagem de leitos, se o H.E. Rocha Faria tem 18, ele precisa abrir 25, não é suficiente os leitos que tem aqui. Então pactuar os leitos espremidos é muito difícil. (entrevista 16)

As mais difíceis é quando você está com vários pacientes graves com um único leito e você tem que fazer a escolha de Sofia, esse é o nosso dia a dia. E a mais fácil é quando você está com leito pra todos e ai você pode optar dentro do que a paciente precisa e fazer lá só o quebra-cabeça, é o ideal e às vezes acontece. (entrevista 11)

Sheffer (2006) discute a mesma questão das escolhas de "Sofias" enfrentada pela medicina e exemplifica com as filas nas madrugada, a crise nos serviços de urgência, o sucateamento de hospitais e a falta de leitos. Para o autor a tomada de decisão sobre as prioridades de atendimento acontece a partir deste contexto de restrições, mas também a partir de diferentes concepções de prioridades.

Porque cada UPA só tem dois respiradores, então você vai ter que ocupar os dois respiradores, sem tirar o terceiro paciente. Os hospitais têm uma estrutura melhor, eu acho que eles podem agüentar por mais tempo um paciente mais grave, do que um paciente da UPA que tem uma estrutura menor. (entrevista 16)

Priorização é o paciente mais grave, no caso do CTI, na obstetrícia também, os pacientes mais graves, de maior risco e a gente não respeita muito a entrada de tempo na fila, é o risco de vida.(entrevista 04)

O contexto de filas e vagas exíguas inseriu outro mecanismo de acesso a esses serviços, que são os mandados judiciais. Em sua grande parte, estes são oriundos de clientes de planos de saúde privados que não possuem cobertura de internação maior que 12 horas, após o primeiro atendimento na unidade de saúde privada, sendo constatada a necessidade de internação em unidades fechadas, unidades coronarianas ou centros de tratamento intensivo. Diante da falta de resposta dos planos contratados, se utilizam do mecanismo de mandado judicial para "furar a fila" de vagas. Essa estratégia demonstra, mais uma vez, o acesso desigual ao sistema, pois somente a camada mais favorecida socialmente tem instrumentos para realizar uma ação judicial rápida, permitindo seu acesso a recursos mais onerosos e escassos, do que a maioria da população.

A própria criação das Centrais de regulação é associada a uma ação do Ministério Público, para os entrevistados:

Eu acho que os objetivos da Central eles vão se definindo. A Central surgiu na verdade de uma situação de fato, por imposição do Ministério Público, em cima da ascensão do estado para mortalidade experimental. Havia um pacto em cima deste fato, e o MP fez essa exigência. (entrevista 5)

Ferraz (2007, p.8) discute a questão ao afirmar que:

Como o acesso ao Judiciário não é igualitário (pessoas de maior renda e educação o acessam com mais facilidade), há uma inevitável transferência de recursos de serviços que deveriam atender a todos em condições de igualdade para garantir "integralidade" a apenas alguns. Parafraseando Orwell: todos têm iguais direito a

tratamento integral, mas alguns (os que têm acesso à Justiça) são mais iguais que outros. Há já quem defenda, por causa disso, que o acesso ao SUS seja restrito por lei aos mais pobres (a "focalização" do SUS). A interpretação equivocada da integralidade resulta, assim, numa perniciosa guerra pelos recursos escassos do SUS. Segundo estimativa do Ministério da Saúde, serão gastos R\$ 500 milhões com essas ações só neste ano.

Mas a ação do Judiciário também pode promover o aviltamento do sistema, responsabilizando e penalizando individualmente o profissional que efetivamente aplica os preceitos da regulação, especialmente ao ser impossibilitado de aplicar esses preceitos por insuficiência de recursos. Esse tipo de ação atua em detrimento de uma visão de duplo foco – do direito individual e do direito coletivo – assumindo a defesa do direito individual, não apontando soluções propositivas para as barreiras ao acesso quando executam penalizações individuais, sem discutir as razões que levam o profissional a adotar as suas ações. Exemplo desse processo foi presenciado no dia 30 de julho de 2009, ao nos depararmos com a prisão da médica reguladora da central de leitos do estado (CER), com a manchete do jornal O Globo que anunciava: “*Médica descumpre uma ordem judicial e é presa*”.

Conforme afirmado por Carvalho, apud Oliveira, 2000, o espectro de ação das instituições de saúde se coloca dentro de um meio que se estende das estruturas tradicionais de cuidados de saúde, até as práticas do senso comum, uma vez que se exige do campo da saúde pública que empreenda e supere a herança da relação dicotômica e conflituosa entre objetividade e subjetividade, assumindo-se como um campo de interação e de intersecção de sujeitos em territórios distintos, Esses planos de ação são configurados por um território social, um território cultural, e um território natural.

Desta forma os mecanismos legais no momento utilizados, reforçam a desigualdade do acesso e não apontam para questões estruturais do sistema, quando não interpretam a necessidade segundo preceitos da universalidade e da equidade. Esses mecanismos oportunizam recursos àqueles sujeitos de camadas sociais privilegiadas, conforme apontado, que possuem mais instrumentos para alcançarem o acesso legal.

Fonseca (1994) considera como condição precípua das ações de saúde a redução das desigualdades e o desenvolvimento da solidariedade, fundamentadas em novas atitudes de vida, baseadas na existência de uma rede de sentimentos e crenças morais compartilhadas pelos indivíduos que integram a comunidade, calcadas na internalização moral e não mais por submissão à norma legal ou por

identificação com a maioria.

D) Fragmentação e Autonomia das Práticas de Regulação

Essa categoria foi construída a partir de 30 UR e 11 unidades de significação, representando 3,27% e tem sua essência no processo de fragmentação das práticas de regulação, especialmente no que se refere ao atendimento pré-hospitalar, coordenado pela Central do Samu 192, conforme quadro 4.

Cód.	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Total UR	Total ENTR EV	CATEGORIA	Tot al UR	%
56	PRÁTICA REGULAÇÃO VEIO DO SAMU	02	02			
57	PRÁTICA CONFLITANTE REGULAÇÃO X NÃO REGULAÇÃO	02	02			
58	BOMBEIROS NÃO TRABALHAM COM REGULAÇÃO	04	02			
59	LEGISLAÇÃO SAMU BASEADA EM REGULAÇÃO	02	02			
63	AGORA MUDOU O BOMBEIRO QUE FAZ A REGULAÇÃO SECUNDÁRIA, CONTATO COM A EQUIPE DA RUA	02	02			
74	O REGULADOR TINHA 10% DE AUTONOMIA QUANDO FAZIA CONTATO COM A EQUIPE REGULADORA SECUNDÁRIA	06	04			
75	A AUTONOMIA SERIA TOTAL SE TUDO FUNCIONASSE COMO SE ACREDITA QUE TEM QUE SER	02	02	FRAGMENTAÇÃO E AUTONOMIA DAS PRÁTICAS DE REGULAÇÃO	30	3,27
76	AGORA TEM DIVISÃO DA PRIMÁRIA E DA SECUNDÁRIA, QUE É FEITA POR ALGUNS MÉDICOS MILITARES, E OS QUE FAZEM A PRIMÁRIA NÃO FAZEM A SECUNDÁRIA	04	04			
77	EU SABIA QUE O EVENTO ERA MEU, SE NÃO ME LIGASSEM EM TANTOS MINUTOS, EU LIGAVA PARA SABER ONDE ESTAVA E O QUE ESTAVA ACONTECENDO	02	02			
78	COM OUTROS MÉDICOS FAZENDO A SECUNDÁRIA, PERDEU-SE ISSO, É TUDO IGUAL	02	02			
79	ELES FICAM ESPERANDO A AMBULÂNCIA LIGAR E SE NÃO LIGAR, ELES NÃO SABIAM SE TINHA EVENTO, NÃO SABERIAM SE ERA TAO GRAVE	02	02			

Quadro 4 - Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 4. Rio de Janeiro, 2009.

Devemos resgatar a discussão de outro modelo de atendimento pré-hospitalar móvel, também muito difundido, o norte-americano, que se baseia na atuação de profissionais intitulados paramédicos, com atuação, em geral, sem supervisão médica e sem regulação. (BRASIL,2006) Este modelo de atendimento caracteriza

uma ação de resgate e não contempla a abrangência da ação de regulação, como elo dos diferentes níveis do sistema de saúde.

Esse modelo parece ter inspirado a coordenação do SAMU que, a partir de dezembro de 2008, imprimiu uma mudança de paradigmas com a fusão completa da central de regulação SAMU-GSE. Essa operação de unificação tentou mesclar os conceitos de regulação médica do SAMU, com a série histórica de resgate do GSE. Esse processo culminou na divisão da regulação médica do SAMU do Rio de Janeiro em primária e secundária.

Essa diferenciação estabeleceu uma dicotomia e fragmentação da regulação. O regulador civil passou a realizar o contato exclusivo com a população, denominado agora de regulador primário, com as funções de realizar a triagem e estabelecer orientações médicas ou envio de viatura. O regulador militar, chamado secundário, não tem contato com a população atendida, se restringido a definir, com a equipe de socorro, a continuidade do atendimento iniciado pelo médico primário e definindo a remoção ou permanência do paciente em residência.

A militarização do SAMU redefiniu a regulação a essa nova ótica, além de restringir a visão global do paciente, impedindo enxergar o todo do sistema ou da malha de atendimento.

A prática da regulação veio com o SAMU e essas duas correntes têm um embate constante da regulação e não-regulação, embora toda a legislação do SAMU esteja embasada na regulação. (entrevista 01)

Pois é, eu acho que a gente já consegue dizer assim, a gente ajudava muita coisa quando a gente regulava o primário e o secundário, eu me sentia até ajudando bem mais. Eu acho que você tinha, vamos dizer, um resultado integral de toda a situação em mandar ou não uma viatura, e ao mandar você não tirava a pessoa do domicílio, na grande maioria você até conseguia medicar em casa, chegava muito paciente de crise hipertensiva, com asma, e às vezes não precisava tirar do domicílio, você tratava ele em casa. E acho que ai efetivamente se ajudava, hoje eu não sei, porque eu não vejo mais isso, eu mando a viatura e o que vem depois não me pertence mais.(entrevista 10)

A militarização do SAMU, nesse sentido, mudou a sua missão, assemelhando-se ao modelo americano, no qual há o predomínio da ação do resgate, uma vez que naquele país não existe sistema de saúde como um conjunto de ações públicas articuladas, prescindindo da regulação médica. A central SAMU-GSE não ocupa o papel de interface entre os vários níveis de assistência de saúde e deixa de exercer sua capacidade de, através da dialogicidade, influir na melhoria do acesso ou ainda identificar falhas da malha da assistência, com o intuito de contribuir para a sua correção. Deixa, assim, de cumprir uma das premissas

significativas da Central de Regulação de Urgência, qual seja, a de observatório privilegiado do sistema de saúde, conforme discutido.

Hoje a fragmentação da assistência se estabelece em vários níveis, desde a organização do atendimento, a falta de informações da disponibilidade diária de especialistas nas urgências, ou da malha de viaturas da assistência, que não é repassada para os 12 médicos civis que estão realizando o atendimento diário à população, ficando a informação restrita à equipe militar, que se comunica com as ambulâncias do atendimento. Essa divisão de tarefas algo Fordista não se adequa à proposta de central de emergência, pois não permite cumprir o papel de observatório e de diálogo com a rede, minimizando as possibilidades de qualificação do atendimento móvel de urgência.

A fragmentação da assistência não apenas é percebida pelo grupo estudado, mas também desperta nos sujeitos um posicionamento contrário a ela, conforme exemplos abaixo:

E a gente não tem o controle das ambulâncias. Então, eu já tive um problema porque eu mandei uma ambulância avançada e a da vez lá do quartel, era uma básica. E aí ele morreu, sem história nenhuma prévia. Mandei uma avançada porque podia estar fibrilando. Morreu porque era uma básica, que era a única que devia ter." (entrevista 08)

Então eu sabia que o evento x era meu evento mais grave, lógico que eu daria uma ênfase maior a esse evento. Se a equipe não me ligasse em tantos minutos, eu ligava, queria saber onde estava, o que estava acontecendo, mas agora com outros médicos fazendo a secundária perdeu-se isso, tudo é igual. Eles ficam esperando a ambulância ligar e se não ligar eles nem saberiam que tinha evento, não saberiam se era tão grave. (entrevista 02)

Se você não é responsável pelo início, meio e fim do que você está conduzindo, como fica isso? Se a coisa é cortada e segmentada. Eu não entendo essa responsabilização de estrutura que não vê o todo, vê uma parte. (entrevista 06)

Considerando os papéis e objetivos vislumbrados para os complexos reguladores, esses devem estruturar a relação entre os vários serviços, formando uma rede de atenção, determinando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando um canal de comunicação aberto à população, através dos quais os pedidos são recebidos, avaliados e hierarquizados e a resposta fornecida, de acordo com as necessidades de cada caso, com o consequente acompanhamento da solução.

A central de regulação é uma estrutura que pressupõe um processo de trabalho que compreende toda a ação meio do processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, devendo garantir o atendimento integral de forma ágil e com qualidade aos usuários do sistema de saúde. (CEARÁ, 2006) Nesse contexto, a fragmentação identificada

pelos sujeitos estudados, não permite o exercício da ferramenta estruturante e a objetivação da missão da regulação. Traduz em suas novas tramas a própria desarticulação do processo de trabalho em equipe, que fomentaria a base do processo de rede de trabalho e de assistência.

E) Rede de Relações Pessoais Determinando o Acesso

Esta categoria apreendida dos discursos dos reguladores é uma das mais significativas da análise, compreendendo 197 UR do total de UR e 14 temas do total, representando 21,32% da análise. Ela contempla uma das facetas institucionais onde o julgamento do grupo implica em uma prática específica, a de responsabilização pessoal no acesso, desenvolvida através das redes de relações pessoais determinando o atendimento, conforme Quadro 5.

Cód.	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Total UR	Total ENTRE V	CATEGORIA	Total UR	%
20	RESOLVER PESSOAL E NÃO INSTITUCIONAL	4	6	REDE DE RELAÇÕES PESSOAIS DETERMINANDO O ACESSO	197	21,32
22	NÃO É UMA PRÁTICA ORGANIZATIVA, SEM ORIENTAÇÃO INSTITUCIONAL / DESORGANIZAÇÃO DO SISTEMA	2	6			
24	NA EMERGÊNCIA O CONTATO PESSOAL NÃO É RUIM	2	2			
25	LIGA DIRETO PARA O SERVIÇO QUE NÃO É UMA ORGANIZATIVA	2	2			
28	CONTATO PESSOAL CONSEGUE SABER ONDE TEM O SERVIÇO / LIGA É COMO SE FOSSE UM FAVOR PESSOAL PARA A GENTE / A GENTE NÃO CONSEGUE E AÍ COMEÇA POR MEIOS PESSOAIS DE CONHECER ALGUÉM QUE TRABALHA EM HOSPITAL / QUANDO TEM O ESPECIALISTA O CONTATO PRÉVIO SEMPRE FUNCIONA NUMA BOA	03	4			
29	REDE DE RELAÇÕES	2	2			
38	PESSOAS VIÁVEIS, JOVENS, ANGUSTIAM MUITO	2	2			
39	A GENTE TEM QUE RESOLVER	6	4			
40	BUSCAR TODAS AS ALTERNATIVAS / TEM QUE BUSCAR TODAS AS ALTERNATIVAS QUANTO MAIS GRAVE, MAIS PRECISA DO CONTATO PESSOAL	2	2			
44	IDENTIFICAÇÃO SE É EMERGÊNCIA OU NÃO / GRAVE OU NÃO / ATIVIDADE MÉDICA INDIVIDUAL / ID. E CONDUTA	6	6			
45	PRÁTICA DIFÍCILIMA SUJEITA A ERROS	4	2			
65	FLUXO NÃO FUNCIONA	8	4			
73	CONTATOS PESSOAIS FREQUENTES, MAS NÃO SÃO SEMPRE DIFÍCEIS	2	2			

Quadro 5 - Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 4. Rio de Janeiro, 2009.

As práticas da regulação do acesso contemplam as diversas facetas da ação profissional e perpassam diversos aspectos operacionais da atividade. Um dos aspectos ressaltados nesta categoria é a resultante da relação entre os poucos recursos disponíveis e a demanda altíssima, além do mal funcionamento das rotinas de trabalho definidas, resultando em iniciativas pessoais de responsabilização e de resolução das demandas apresentadas pelos usuários.

Essas iniciativas pessoais demonstram a atitude de compromisso da equipe de regulação que, ao se colocar comprometida com as necessidades da população, se torna co-participante de suas dificuldades e angústias.

Diante do quadro traçado de insuficiência de recursos e de práticas de acobertamento das vagas existentes, a responsabilização pessoal pelo acesso acaba por se constituir na resposta humana possível, desencadeada pela angústia que esse cotidiano imprime aos gestores da regulação. Esse processo de responsabilização passa a se inserir no próprio processo de trabalho do gestor e do médico regulador, sendo naturalizado em função da frequência com que é utilizado. No entanto, configura-se como uma demonstração da insuficiência e da incapacidade de resposta do sistema.

mais difícil é você ficar com o paciente grave na fila, ligar pra tudo quanto é lugar e não conseguir, saber que nesta paciente a chance de morrer é muito grande, como o caso de CTI. A gente se sente impotente. (entrevista 04)

você não consegue só verbalmente, só argumentando, impondo, exercer seu papel de regulador, embora você tenha que assumir qualquer tipo de responsabilidade sobre qualquer coisa que você fale. Há muita pressão, há muita responsabilização em cima do médico regulador, mas existem muitos impasses e muitas dificuldades que você enfrenta na execução do serviço. (entrevista 12)

Como nem sempre essa captação é satisfatória, muitas vezes muitos leitos são omitidos. Eu como coordenador tenho de tá ligando pra os chefes dos CTIs ou ate pra os diretores desses hospitais cobrando esses leitos, coisa que não deveria ser assim. Deveria ser ou tem o leito ou não tem. Então o que acontece muito: Ah! não tenho..., mas se de repente o coordenador ligar pro diretor, ele dá um jeito e aparece um leito, ou se o superintendente ligar pro diretor aí dá um jeito e aparece leito. Mas não era pra ser assim, era pra ser da seguinte forma, ou tem ou não tem, não é isso? (entrevista 14)

A prática das centrais se configura como, a todo o momento, buscar a melhor alternativa assistencial, no entanto os mecanismos formais, organizativos e pactuados são incapazes isoladamente de responder as necessidades impostas cotidianamente. Desta forma, diversos caminhos alternativos, distantes do preconizado da regulamentação, são constantemente utilizados com o intuito de permitir o acesso dos usuários ao sistema.

A responsabilização pessoal pelo acesso acaba resultando na necessidade, pessoal e individual, de resolução da demanda colocada, o que se dá através das redes de relações pessoais determinando o atendimento da necessidade explicitada. A estratégia habitual são os contatos pessoais entre os profissionais da rede de saúde que, a partir das relações cotidianas das equipes de saúde, acabam realizando uma gestão paralela, tentando neutralizar as barreiras impostas ao acesso.

O mais freqüente acaba sendo o institucional, você referenciar para o hospital da área, mas quando se trata de casos mais graves, quanto mais graves os casos, mais a gente precisa do pessoal, porque muitas vezes os hospitais não estão preparados, ou por estarem superlotados, ou por não terem recursos humanos mesmo, a gente acaba lançando mão dos casos mais graves, os casos de jovens que foram traumatizados, crianças com alguma emergência... pessoas viáveis, mas muito graves, que angustiam muito a gente, a gente acaba indo pro lado pessoal mesmo. (entrevista 01)

O jeitinho é uma coisa que a gente evita fazer, a gente tenta não fazer, mas têm algumas situações as vezes que a gente tem que dar um jeito de remover o paciente de um lugar para o outro, para poder abrir uma vaga no local que tem um atendimento mais específico, um atendimento de uma clínica especializada que só tem como neurologia, cardiologia, e a gente têm que às vezes movimentar um paciente para poder dar esse jeito para conseguir essa vaga. Normalmente, às vezes acontece, mas sempre é visando o bem do paciente, visando que a gente tem aquela vaga disponível para atender aquele paciente naquele momento (entrevista 15)

Quando se trata de emergência, eu não acho o pessoal ruim não. A gente tem que resolver, então qualquer alternativa... A gente tem que buscar todas as alternativas, se não há o usual, vai ao pessoal mesmo. Mas o ideal seria que a gente estivesse trabalhando pra constituição... mas não é por causa disso que a gente vai deixar uma pessoa... Porque o sistema não está organizado pra isso, você não vai punir aquela pessoa que está precisando do recurso, então você acaba saindo um pouco do institucional, que não é uma pratica edificante, organizativa. (entrevista 01)

Assim, em consonância com Paulillo (2001, p.254), “as regras e normas de adequação podem sofrer influências, a partir das ações dos agentes individuais e coletivos, inseridos na rede de poder”. Sabe-se que as restrições podem se desenvolver fora do entorno. Mas, em muitas ocasiões, nas sociedades democráticas avançadas, elas se desenvolvem dentro do contexto da instituição política. Assim, o que se coloca é que as ações dos agentes podem modificar a estrutura de oportunidades também a partir das regras e normas de adequação, porque, muitas vezes, elas se modificam a partir dos interesses dos agentes, isto é, das forças e preferências endógenas da rede de poder.

Pode-se, ainda, reconhecer que nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões diversificadas, em diferentes direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado em saúde. Para Franco (2006), a cartografia do trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem

em múltiplas direções. Isso lhe confere uma característica, simultaneamente caótica, revolucionária e, potencialmente, instituinte.

O compartilhamento de valores, idéias e, portanto, de representações pode atuar como facilitador dessas relações interindividuais, trazendo subsídios para a construção de certa forma de autonomia e de responsabilização na equipe de regulação.

Estes elementos são considerados vitais, pois possibilitam a inclusão de informações coletivas, como a cultura, na conformação do modo de organização das práticas, permitindo, com isso, maiores chances de aceitação e de identificação com o processo de trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde que, por sua vez, terão maiores possibilidades de desenvolver alternativas criativas de enfrentamento dos problemas não resolvidos pela estrutura institucional.

F) A ausência de comando único: As ilhas de centrais de regulação

Essa categoria foi composta por 19 UR, perfazendo 2,08% do total e uma unidade de significação, tendo sido definida em função da sua importância qualitativa para a análise do objeto em estudo. Ela trata da ausência de comando único do SUS implicando na realização de ações fragmentadas de regulação.

Cód.	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Total UR	Total ENTREV	CATEGORIA	Total UR	%
13	A GENTE NÃO TEM COMANDO ÚNICO / A CENTRAL DE REGULAÇÃO É ADMINISTRADA POR VÁRIAS INSTÂNCIAS	19	09	AUSÊNCIA DE COMANDO ÚNICO: AS ILHAS DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO	19	2,08

Quadro 6 - Quadro demonstrativo das unidades de significação da categoria 5. Rio de Janeiro, 2009.

Esbarramos na ausência de comando único do SUS no Rio de Janeiro, o que é explicitado através da caracterização das "ilhas de centrais" Estadual, Municipal e do SAMU/GSE, que realizam ações fragmentadas de regulação, não concretizando um "complexo regulador". Essa configuração é percebida como um grande entrave para a consolidação do SUS e potencializadora de menor sinergismo da capacidade assistencial, o que produz, ao mesmo tempo, áreas de sobreposição e de vazio assistencial.

O que a gente tem dificuldade aqui é a falta de trabalho em rede, os serviços não são hierarquizados, a gente não tem um comando único e a gente tem dificuldade em

conseguir o acesso adequado ao agravo do paciente. Isso se apresenta tanto no primeiro chamado, que é regulado aqui na central, quanto na hora do atendimento, quando se precisa de uma referência hospitalar, ou pra qualquer procedimento. Então eu acho que essa questão da falta de organização da implantação efetiva do Sistema Único da cidade do Rio de Janeiro é a principal dificuldade. Por vezes, nós temos serviços, mas não temos acesso a eles, e muitas outras não temos superposição de serviços e temos áreas de vazios assistenciais. (entrevista 1)

Numa federação como o Brasil não há relação hierárquica entre os entes federativos e a descentralização de políticas representa antes uma “não centralização”, que requer a competência de cada esfera de governo e o desenvolvimento de ações coordenadas. (MACHADO, 2002, p. 506). A complexidade do sistema de saúde acirra as questões acima, devendo-se levar em consideração as práticas dos governos e como eles atuam na efetivação dessas políticas.

O conceito de comando único, segundo o Ministério da Saúde, é definido como uma diretriz do SUS que visa à integração da gestão das ações e serviços de saúde, em cada esfera de governo, em seus respectivos âmbitos de competência política e administrativa. O objetivo final é que cada esfera de governo seja capaz de assumir a responsabilidade sanitária plena para melhorar a qualidade de vida e saúde da população. O comando único (ou direção única) em cada nível de governo não deve, todavia, prescindir da ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo, como também do funcionamento dos mecanismos de controle social, tais como as Conferências e Conselhos de Saúde, no âmbito dos governos federal, estadual e municipal. Nesta direção, o princípio do comando único está relacionado ao processo de descentralização das ações de saúde para os entes da federação, que vem ocorrendo desde o início dos nos 90, caracterizado pela flexibilidade e gradualidade previstas nas Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96) e atualmente regulado pela Norma Operacional de Assistência a Saúde de 2002. (BRASIL, 2007)

As práticas da área da saúde tem sido inovadoras ao criarem espaços de discussão intergovernamental. O governo federal vem apresentando, através de documentos oficiais, mecanismos de ordenação da assistência no SUS, com o propósito de ajustar a oferta disponível no SUS às necessidades do cidadão. Nesse ponto de vista é uma regulação baseada na oferta, mas também compreende mecanismos voltados para a demanda, quando propõe critérios para priorização e organização de fluxo dos pacientes.

Porém, aspectos loco - regionais devem ser levados em conta para eficácia das políticas públicas. Alguns aspectos diferenciam 100 dos 5600 municípios brasileiros, pois são aqueles com características de grandes metrópoles e que precisam dar conta da linha de cuidado que ultrapassa seus limites geográficos, para eficácia das políticas públicas. Isso requer um estado forte e solidário que tente romper os problemas histórico-estruturais do sistema de saúde.

Os encontros dos gestores das diferentes esferas na saúde, através das reuniões Bipartides e Tripartides, é um avanço no processo de discussão e traz contribuições efetivas com embates entre os administradores que permeiam o caráter dinâmico das próprias relações no setor saúde. Nesse sentido o comando único é emblemático quando proporciona uma única linguagem ou propicia uma ação em uma mesma direção. Os entrevistados manifestam essa percepção:

Então é um grande desafio a gente conseguir pegar Estado, Município e Unidades Federais para que a gente consiga ter o controle, poder estar fazendo aí a regulação com todos os leitos, dando acesso universal e igualitário a todos, que é o princípio básico.” (entrevista 15)

O que a gente tem dificuldade aqui é a falta de trabalho em rede, os serviços não são hierarquizados, a gente não tem um comando único e a gente tem dificuldade em conseguir o acesso adequado ao agravo do paciente.(entrevista 1)

Os fluxos usuais, a gente sabe muito bem, que eles vêm obedecendo exatamente aos objetivos, vem obedecendo aos objetivos, aos contatos pessoais, quer dizer, você... Hoje você vê a dificuldade que você tem de alocação de um paciente dentro da rede, é em rede “sempre”, porque não é uma rede. Então você vê que você tem sempre uma dificuldade de alocação desses pacientes, quando não deveria ser, deveria ser uma coisa institucionalizada, e é o que a gente vem buscando... Especialmente o ano passado, a gente veio buscando uns contatos com os hospitais públicos, né, tanto da chamada rede estadual, como da municipal, quanto da rede federal pra tentar chegarmos a um consenso de como alocar esse paciente de uma melhor forma, e o que surgiu daí, quer dizer, a idéia surgiu da formação do comitê gestor, do comitê gestor estadual de saúde no qual a gente, todos os personagens, todos os atores nessa questão poderiam pactuar uma forma de recebimento. A gente evoluiu muito a coisa, chegamos inclusive a fazer um pré contrato, vamos dizer assim, que pudesse ser assinado por todos os participantes aonde eles se comprometeriam a ter reuniões mensais ou semanais, aí a periodicidade seria ditada pelas necessidades, pelas urgências até que a coisa fosse ordenada e que fosse um fórum de discussão de fato das dificuldades que a gente teria no acesso desse paciente ao sistema de saúde. Então eu acredito, quer dizer, hoje o grande acesso, o principal acesso no sistema de saúde que é o um nove dois, uma linha telefônica. Agora esse seguimento daí, essa dificuldade de alocação, ela continua e continua sempre baseada em pessoas, tem que ser uma coisa, uma questão institucional aonde todo o sistema prevaleça independentemente das pessoas. (entrevista 9)

O mosaico de categorias apresentado demonstra o longo caminho necessário para ampliação do acesso e da efetiva consolidação do SUS no Rio de Janeiro e, conseqüentemente, os passos necessários para o avanço do complexo regulador, cuja representação está centrada na barreira para consolidação desse sistema regulatório do acesso, conforme demonstrado nas discussões apresentadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo foi voltado a investigar as representações sociais de técnicos e gerentes das centrais de regulação sobre o acesso aos serviços e ações de saúde, bem como a analisar a influência dessas representações no processo de tomada de decisões que determina as práticas profissionais.

Neste estudo foi observada a construção de elementos e de conteúdos representacionais dos profissionais, dos gestores e dos reguladores das centrais de regulação, caracterizados por elementos simbólicos - cognitivos, afetivos, imagéticos e prescritivos – desse grupo, primeiramente em relação à regulação em nome do usuário, a partir da busca da resposta assistencial adequada às necessidades do usuário, e ainda, do compromisso com o fortalecimento das diretrizes do SUS, explicitado na busca de ampliação do acesso e na equidade da distribuição dos recursos disponíveis.

No entanto, esse mesmo grupo reconhece a fragmentação do trabalho imposta pela Central de Urgência, que minimiza a capacidade de ação sobre os fluxos, como também a própria visão do sistema regulatório como um todo, reconhecendo-o como elemento de embricamento do sistema, resultando na não governabilidade das ações pelos técnicos das centrais. Esse processo gera angústias a todos que aí atuam, sendo a mesma acirrada “na face dramática da regulação conhecida como escolha de Sofia”, que os recursos escassos impõem diariamente à equipe da regulação. Desta forma a imagem de barreira é muito forte neste contexto.

Como característica principal das representações analisadas, foi destacada a expressão de uma prática que não é condizente com os fluxos institucionalmente estabelecidos, pois na maior parte das vezes, esses fluxos não são suficientes para resolver as demandas postas. Desta forma, são traçados fluxos paralelos para a efetivação da ação profissional ou, ainda, na tentativa de resolução das necessidades. Esses fluxos paralelos criam uma outra rede, uma rede de relações que atravessa os diferentes componentes do sistema e se alinha através dos contatos pessoais, que são fortes elos da ação cotidiana da regulação.

Oliveira (1996) tem afirmado que as representações são sociais, pois têm origem dentro de grupos numa determinada cultura, em indivíduos que ocupam

diferentes posições sociais, imersos em relações sociais e práticas específicas a seu grupo. Tais variáveis marcam os tipos de representações construídas e os comportamentos delas decorrentes. Por outro lado, conforme aponta Arruda (2002), essa realidade demonstra contradições entre as práticas determinadas pelas centrais de regulação, e aquelas estabelecidas pelos sujeitos nos seus discursos e práticas, enquanto sujeitos atuantes no mesmo campo social de saúde.

Outros elementos representacionais identificados foram a atitude reflexiva sobre o modelo de assistência que, isoladamente é incapaz de mudar o perfil da saúde da população, reconhecendo que o aumento das doenças crônico-degenerativas é proporcional ao aumento da população idosa. Tal fato gera questionamentos sobre a organização do modelo de saúde, onde o acesso organizado qualifica a assistência, mas por si só não garante os demais aspectos da saúde da população. Nessa direção, o quadro de envelhecimento da população, os diversos perfis epidemiológicos e as desigualdades em saúde necessitam de enfrentamento com ações intersetoriais e interdisciplinares, remetendo-nos a equidade como uma das respostas necessárias, quando levamos em conta as diferenças sociais do país. Assim, o elemento “desassistido” passa a ser um critério de priorização na prática cotidiana das centrais de regulação, sendo adotado como critério paralelo pelos técnicos e gerentes desses espaços.

Os atores da central reconhecem as dificuldades de acesso à rede básica e da sua utilização como porta de entrada do sistema, assumindo e priorizando o atendimento pré-hospitalar fixo (as denominadas Unidades de Pronto Atendimento) e as grandes emergências como portas do sistema. Esse cenário está inserido na baixa cobertura assistencial e na baixa resolutividade da Estratégia Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. Esse é um dos elementos percebidos como entrave ao funcionamento do sistema.

No entanto, observa-se também a credibilidade do grupo de profissionais no importante papel da central como facilitadora do acesso. Essa faceta foi vislumbrada por dois importantes aspectos. O primeiro ao reconhecer as centrais como observatório do sistema, capaz de descortinar as reais potencialidades e dificuldades da rede de assistência, e o segundo traduzido no desafio da busca da melhor alternativa assistencial, através do uso de critérios para a priorização do acesso. Daí o surgimento da representação de elo do sistema, que atua ligando os

serviços, as unidades e disponibilidades, permitindo uma atuação que é percebida como positiva, facilitadora do acesso ao sistema.

À medida que a regulação assistencial busca organizar a oferta de serviços, exige que sua interface vá além dos sujeitos envolvidos na ação, perpassando a pactuação com os serviços públicos e, também, com os privados, estes últimos identificados como necessários para a complementaridade assistencial. Como tal, as centrais de regulação são um pólo de tensão, pois aglutinam todo o embate da média e da alta complexidade do SUS, procedimentos e internações, onde confluem as maiores parcelas do serviço complementar, isto é, as unidades privadas.

No entanto, deve-se reconhecer que o Estado (e por extensão as centrais de regulação), tomam para si os critérios de internação, transferindo o processo decisório para a ação da regulação e para os técnicos. A transferência de poder do estado para a regulação se efetiva permeando o papel de mediadora de recursos, capaz de influenciar, através do diálogo e do embate cotidiano, no resultado final do acesso dos usuários ao sistema. Essa ação, que é percebida como efetividade das ações das centrais, acontece num cenário de conflitos, onde muitas disputas se desenvolvem e diferentes interesses estão em jogo, especialmente o embate dos interesses do público e do privado.

Nesse contexto, deve-se reconhecer que a regulação assistencial é atravessada por, pelo menos, quatro de linhas de forças, quais sejam, o Estado, os serviços privados, os trabalhadores na sua ação cotidiana e os usuários que buscam os serviços, caracterizando um sistema contraditório e repleto de tensões, próprio de um cenário complexo e que contempla diferentes sujeitos no curso da sua ação. Essa rede de forças e de relações acaba por determinar o melhor ou o pior resultado da ação das centrais de regulação, ora privilegiando os interesses individuais, ora os coletivos, por um lado, e ora os públicos, ora os privados, por outro, em função da rede de tensões que se estabelece.

A reflexão sobre o modelo de atenção à saúde perpassa a discussão da organização do sistema de saúde municipal, que deve levar em conta como estão distribuídos os serviços nos espaços e suas diferentes complexidades (modelo techno-assistencial). O modelo técnico assistencial, segundo Merhy et al. (1992), implica na organização da produção de serviços a partir de uma determinada combinação de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de um determinado agrupamento social. Para

Paim (1999) o modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma coletividade.

Dentro dessa perspectiva existem modelos que desenvolvem exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporam ações de promoção e prevenção da saúde; e ainda outros que suportam serviços que simplesmente atendem às demandas, aguardando os casos que chegam espontaneamente, e finalmente aqueles que atuam ativamente sobre as necessidades dos usuários, independentemente de sua demanda.

O modelo de assistência hoje em funcionamento em nossa cidade precisa ainda galgar diversos degraus na busca de soluções que levem em consideração as características loco - regionais de uma metrópole, com uma grande rede de assistência implantada, porém em grande parte sucateada. Desta forma, o usuário do sistema ao buscar o acesso aos serviços de saúde, é interpelado por situações de emergência, e mesmo em situações menos prementes, os critérios para a sua inclusão são determinados por proximidade e ou pela disponibilidade do recurso demandado.

Fica aqui apontada outra questão já exposta por Franco (2004), segundo a qual o aumento da disponibilidade de procedimentos secundários por si não diminui o estrangulamento do acesso. Os encaminhamentos logo se tornam mecânicos, comuns do atendimento médico – curativo, se desgastando pela baixa resolutividade, pois em sua maioria não são utilizados com indicações precisas e não mudam a qualidade do atendimento. O SUS vem ampliando esses procedimentos em geral com a contratação da rede suplementar privada; o que se constata é que a utilização dos procedimentos, mesmo através da regulação quando não acompanhada pela ressignificação desses procedimentos e remodelagem do sistema assistencial, geram o desperdício do recurso e mantêm a baixa resolutividade e as filas.

Enquanto a solicitação acontece num processo de responsabilização do cuidado, os procedimentos passam a ser usados realmente para esclarecimento diagnóstico, com esgotamento do nível anterior de complexidade e maior precisão da solicitação.

Ao verificarmos esses aspectos, uma das dimensões que pode possibilitar a garantia do cuidado e o acesso é a integralidade da assistência. Essa perspectiva se

apropriada de um modelo diferenciado de assistência que deve garantir um olhar não mais exclusivamente programático, mas que seja focado em uma perspectiva de cuidado integral, com as diversas áreas e saberes realizando uma atividade não parcelar, permitindo assim uma visão ampla do sujeito assistido, e se responsabilizando pelo caminho do usuário pelos fluxos do SUS.

Quanto às diversas dimensões do sistema, ou modos de expressão, podemos destacar, além do financiamento, que é sempre o mais discutido, a redução da resolutividade das práticas. Isto nos remete às expectativas das pessoas em relação à saúde, e à questão ética do valor da vida, da dissociação entre o discurso dominante e a experiência cotidiana. Nesta dimensão identificamos que passaram a ser cada vez mais questionados o volume e a prioridade da aplicação dos recursos públicos em saúde.

A discussão se intensifica em relação aos recursos dirigidos a assegurar a prestação de atenção médica a populações cada vez mais idosas, já excluídas dos processos de trabalho e necessitando sempre de procedimentos de complexidade tecnológica e custos elevados.

Buss (2000) afirma que na maior parte do tempo de suas vidas, a maioria das pessoas é saudável. Isto significa estas pessoas pouco necessitam de hospitais, CTI ou complexos procedimentos médicos, diagnósticos ou terapêuticos. Mas durante suas vidas, todas as pessoas necessitam de água e ar puros, ambiente saudável, alimentação adequada, situações social, econômica e cultural favoráveis, prevenção de problemas específicos de saúde, assim como educação e informação. Isto quer dizer que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde.

O desenvolvimento de um modelo de atuação na central de regulação com atribuições ampliadas, não só de regular, mas de avaliar a oferta de serviços, incluindo em suas finalidades a de orientar os pacientes para consulta, apoio diagnóstico e internações podem propiciar uma organização da oferta e ainda permitir o gerenciamento pelos gestores.

Assim, a regulação, enquanto estratégia de gestão do sistema, opera a transversalização do objeto acesso através das representações dos quatro grupos sociais envolvidos - os gestores, os profissionais (técnicos e gestores das centrais), os serviços (tanto públicos como privados) e os usuários – apresentando variações em função do grupo ao qual nos referimos.

Para Sabroza (2001), em sistemas complexos como os da saúde, durante as análises das crises, temos que considerar sua natureza e suas dimensões, tarefa nem sempre fácil de diferenciar desde o início, a crise atual da saúde mais se assemelha com aquelas de desenvolvimento, onde as diferentes estruturas se encontram em estágios evolutivos distintos, muitas vezes, ainda que temporariamente, apresentando-se em contradição. Ao contrário de conceitos bem estabelecidos, demarcados por limites que explicitam as suas condições, os conceitos imprecisos são definidos a partir de questões centrais, ou atratores, e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico.

No grupo estudado, conceitos como equilíbrio, capacidade de realização e bem estar fazem parte da forma como representam o acesso e a regulação, embora não sejam suficientes para delimitar completamente o conceito de acesso à saúde. Igualmente, doença, sofrimento, incapacidade e não atendimento de necessidades de saúde são conceitos externos que, por contraste, permitem a aproximação ao conceito de acesso e sua compreensão.

O termo construção foi utilizado para destacar que, embora fazendo parte de uma realidade objetiva, a categoria saúde só emerge a partir da sua elaboração por atores sociais concretos, no movimento das relações das pessoas entre si, em grupos sociais particulares e em sociedades mais gerais. Sua representação exige certo grau de abstração que não parece relevante quando a questão se refere apenas à descrição de condições presentes e atuais, esta muito mais vinculada a uma concepção de vir a ser, de objetivos a serem alcançados e a um projeto de saúde, seja em uma perspectiva individual ou social.

Destacamos aqui que a realidade não é determinada a priori, mas o é, de qualquer maneira, pela ação dos sujeitos e, em última análise, pelas representações construídas nas relações e nas comunicações cotidianas. Destaca-se aí a importância da teoria das representações sociais no estudo do acesso ao SUS, uma vez que dependendo de como esses técnicos e gestores se apropriam do campo da regulação e como julgam o acesso universal e os princípios fundamentais do SUS, terão a construção de suas práticas. Nesse sentido destaca-se que um conteúdo representacional significativo identificado foi a missão de fortalecimento das diretrizes do SUS, associada às centrais de regulação, exposta na busca de ampliação do acesso e na equidade da distribuição dos recursos disponíveis.

Espera-se que esse estudo possa contribuir com a reflexão das diversas dimensões da regulação permeando o acesso, permitindo avançar tanto nas práticas profissionais quanto nos mecanismos de gestão que, em última análise, buscam a ampliação com qualidade da assistência prestada pelo SUS.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org). *Estudos Interdisciplinares em Representação Social*. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p.27-38.

_____. O estudo experimental das Representações Sociais. In: JODELET, D. (Org.) *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001, p. 155-172

ABREU, JESUS. Revisão sistemática sobre o conceito de Acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* do Rio de Janeiro, v 12, p 654-658, 2006.

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n.117, p.136, nov.2002.

ASSIS, M.M.et al. Acesso aos serviços de saúde; uma possibilidade a ser construída na prática. *Rev. Ciências & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v8,n3,p815-823,2003

BAHIA. Secretária de Saúde. *Superintendência de Regulação, Atenção e promoção da Saúde*. Regulação da Assistência a Saúde: o que o município precisa saber.Salvador,Bahia,2005.16p.il. Disponível em:
www.saude.ba.gov.br/regulasaude/arquivos Acesso em 5 de set.2008

BARBOSA A.P.et al. *Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade*. Ver Assoc Med Bras, 2002 v48,303-11.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.

BAUER W.M.; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com texto imagem e som. Um Manual Prático*; Tradução de Pedrinho A.Guareschi. Petrópolis RJ: Vozes, 2002.

BRASIL. Constituição.(1988) *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.47p.

BRASIL. *Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990a 19p, seção I, no 182

_____. *Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. Decreto nº 933 de 14 de janeiro de 1997. Resolução 196/96.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS-NOB 96*. Alterada pela portaria 1882 de 18/12/1997. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1997. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. *Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS) descentralização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 32p.

_____. Ministério da Saúde. *Cartilha SUS Integra Final.qxd 3/29/06 5:58 PM p.12*

_____, Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008*, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS (p. 48).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2002. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, seção I, no 40, 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 729/2002, de 10 de outubro de 2002. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, DO 199, de 14/10/02.

_____. Ministério da Saúde. MS. Relatório Final. Brasília, agosto de 2004.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf> Acesso em mai.2008

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. *Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências*. Série A. Normas e Manuais técnicos, Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde, *Portaria 665/GM de 29 de março de 2006*. Constitui o Comitê Nacional de Avaliação do Sistema de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, nº 62, de 30 de março de 2006, Seção 1, página 109,

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS) Disponível em: www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para_entender Acesso em jul.2008

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. *Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasília*, Janeiro de 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf> Acesso em 5 de set.2008

_____. Ministério da Saúde. *Portaria gm nº 1.559, de 1º de agosto de 2008* 2008 *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS*. [Pág 48]

BUSS, P.,M. *Saúde, sociedade e qualidade de vida*. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000

CARVALHO, G. A Inconstitucional Administração Pós-Constitucional do SUS Através de Normas Operacionais. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 435-444, 2001 apud OLIVEIRA, D.C. Representações Sociais e Saúde Pública: A Subjetividade Como Partícipe do Cotidiano em Saúde. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: EFUFSC, Edição Especial Temática, p. 47-65, 2000.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. *A saúde no Ceará: uma construção de todos: relatório de gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará*. Fortaleza: OMNI; 2006.

CECILIO, L. C. O. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada* Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997

CORDONI JÚNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M; SOARES, D.A; CORDONI Jr, L. (Org). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 27- 59.

CORDEIRO, H. A. *O conceito de necessidade de saúde e as políticas sanitárias*. In AMANCIO FILHO, A; MOREIRA, M.C.G.B. (org) *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997 p.41-17

_____. *O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS*. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 343 - 362, 2004.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Saúde. *Cartilha de Regulação Assistencial*, Brasília, DF, out 2004, Disponível em: www.saude.df.gov.br, Acesso em 20 de mai. 2008

FALEIROS, V.P. *Prioridade versus escassez de recursos em saúde*. Bioética; 5(1):35-40, 1997 Acesso em dez 2009.

FERREIRA, A.B.H. *Novo Aurélio Século XXI. Dicionário da Língua Portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERRAZ, O. L. M. *De quem é o SUS?* Folha de São de Paulo. São Paulo, quinta-feira, 20 de dezembro de 2007.

FORTIER, C.C. *Contribuições da Central Estadual de Regulação do SUS – CRESUS no acesso aos serviços públicos de saúde no Estado do Ceará*. (Monografia Economia e Gestão em Saúde Pública) - Universidade Federal do Estado do Ceará, Pernambuco, 2006

FRANCO, T.F., MAGALHÃES JÚNIOR M.H. , *Integralidade Na Assistência À Saúde: a Organização Das Linhas Do Cuidado*. 1n: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. edição São Paulo, SP. HUCITEC, 2004.2a.

GIOVANELLA e FLEURY. *Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise*. In.: Eibenschutz, Catalina. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996. p.177-198

GOMES, Antonio Marcos Tosoli, OLIVEIRA, D. C., SÁ, Celso Pereira de. *Social Representations of the All-In-One Health System in the City of Rio de Janeiro According to the Structural Approach*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Ribeirão Preto), v.16, p.122 - 129, 2008.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v1, n.2, p. 23-36, 1991.

JODELET, D. *Folies et Représentations Sociales*. Paris: PUF, 1989. apud SÁ, C.P. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1993. 189p.

_____. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

LEOPARDI, M.T. *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. 2.ed. Florianópolis: UFSC, 2002, 343p.

JORNAL O GLOBO, Rio. p.13 rio de Janeiro 30 de julho de 2009.

MACHADO, V.C. Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências. In: NEGRI, B. D ÁVILA, A.L. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. Sobravime: Campinas.

MATTOS, R. A. *Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde / 2001*. Disponível no site www.fameca.br/caer/esq_artigos/06.htm. Acesso em jul de 2009

MARKOVÁ, I. *Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. Nelza Mara Pallú *Priscila Larocca

MENDES, V. E. *Reflexões sobre a NOAS SUS 01/021 Segunda versão*, produzida em 24 de outubro de 2002. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>. Acesso em jul.2008

MERHY E.E.; CECÍLIO L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. *Cadernos da 9a Conferência Nacional de Saúde*. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. v. 1. Brasília. (1992).

MINAS GERAIS Secretaria Estadual de Saúde . *Iano Estadual de Organização do Modelo da Assistência*, 2002. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/forlalecegestao/PRODUTO14.pdf>. Acesso em 29 de jun. 2008

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 6.ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 269p.

MINAYO, M.C.S. Saúde e Doença como Expressão Cultural. In AMÂNCIO FILHO. A; MOREIRA, M.C.G.B., (Orgs.). *Saúde, Trabalho e Formação Profissional* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997. p. 31-39.

MOSCOVICI, S. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291 p. apud SÁ, C.P. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1993. 189p.

MOSCOVICI, S.; FARR, R. *Social Representations*. Cambridge: University Press, 1984.

OLIVEIRA, D.C. *A Promoção da Saúde da Criança: Análise das Práticas Cotidianas Através do Estudo de Representações Sociais*. 1996. 365f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____; Siqueira, A AF.; Alvarenga, A T. Práticas sociais em saúde: uma releitura a luz da teoria de representações sociais. In MOREIRA, A S.P; OLIVEIRA, D.C. *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Goiânia, AB Editora, 1998. P. 163-190

_____. Representações Sociais e Saúde Pública: A Subjetividade Como Partícipe do Cotidiano em Saúde. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: EFUFSC, Edição Especial Temática, p. 47-65, 2000.

_____. *A Enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais*. 2001.225f. Tese (Professor Titular)- Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, D. C. *Políticas e Práticas de Saúde no Contexto do SUS: Memórias e Representações de Instituições, Profissionais e Usuários dos Serviços de Saúde*. 2004. 32f. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, D. C. Pontuando Idéias Sobre o Desenvolvimento Metodológico dos Estudos de Representações Sociais nas Pesquisas Brasileiras. *Rev. Brasileira Enfermagem*, Brasília, v.58, n.1, p.86-90, jan-fev. 2005.

_____. et al. A Atenção Pública à Saúde e a Constituição Simbólica do Sistema Único de Saúde: representações sócio-profissionais. *Psicologia. Teoria e Prática.* , v.9, p.102 - 128, 2007

_____. et al. *A Política Pública de Saúde Brasileira: representação e memória social de profissionais. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, v.24, p.197 - 206, 2008.

_____. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enfermagem UERJ*, v. 14, n. 4, 2008. (prelo)

_____.; RODRIGUES, B.M.R.D. A Utilização da Teoria das Representações Sociais no Campo da Enfermagem: Uma Busca de Aproximação. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 260-269, set/dez. 2001.
PAIM JS 1999. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde, pp. 489-503. in Rouquayrol & Almeida. *epidemiologia e saúde*. 5a ed. medsi, Ro de Janeiro

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p

PINHEIRO,R.,Em *Defesa da Vida:Modelo do Sistema Unico de Saúde de Volta Redonda*.PHYSIS,rev.Saúde Coletiva Rio de Janeiro.v.11,n.2,p.123-166.2001.

RAMOS, S.R. Análise do arcabouço teórico-jurídico do Sistema Único de Saúde:representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos. 2007.123f. Dissertação de mestrado em enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,2007.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde . *A rede de centrais de regulação do estado do rio janeiro*. Disponível em:
www.saude.rj.gov.br/Guia_sus_cidadao/pg_72.shtml – Acesso em 29 de jun.2008

SCHEFFER ,M., ROSENTHAL C. Aids e ética. In: SEGRE, Marco. (Org.). *A questão ética e a saúde humana*. São Paulo: Atheneu, 2006, v.1, p. 105-122.
SÁ, C.P. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1993. 189p.

SCHEFFER, M.. *A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.106p.

_____. *Memória, Imaginário e Representações Sociais*. Ed Museu da República 2005.72p

SABROZA, P. C. *Concepções SaúdeDoença*, 2001. Contexto, Tema1. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/.../%20P%20>, Acesso em ago. 2009.

SAYD, J. D. *A noção de integralidade como mote para transformação no setor saúde*. *Physis* [online]. 2003, vol.13, n.1 [cited 2009-12-10], pp. 230-232 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000100012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-7331. doi: 10.1590/S0103-73312003000100012 Acesso em 29 de jun.2008

SÊGA, R.F. *O Conceito de Representação Social nas obras de Denise Jordelet e Serge Moscovici* ; Anos 90, Porto Alegre, n 13 , julho de 2000.

SPINK, M. J. P. The Concept of Social Representations in Social Psychology. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.300-308, jul./sep, 1993.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O. Y. Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.10, n.2, p. 47-74, ago-dez.2001.

SCLIAR, M. et al. *Saúde Pública. Histórias, políticas e revolta*. São Paulo, Scipione, 2002.

SILVA, G.R., *O SUS e a crise atual do setor público da saúde, apresentações em painéis e mesas redondas*, Saúde soc. vol.4 no.1-2 São Paulo 1995

SPOSATI, A. A Política de Assistência Social: Uma Trajetória de Avanços e Desafios. *CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 3. 2002* . elated: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsocial/conselhomunicipal/anaisIIIcmas.doc> sposati conferencia municipal de assistencia social. Acesso em 21 de jul. 2008
VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531-562.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

PRÁTICA PROFISSIONAL E O ACESSO AO SUS

1 – Fale, para mim, acerca do seu trabalho de conseguir atendimento para os pacientes em serviços da rede do SUS?

2 - Em que serviços e/ou procedimentos você encontra maior facilidade/dificuldade?

3 – Explique/aprofunde essas facilidades/dificuldades.

4 – Descreva o procedimento usual para se conseguir uma vaga e/ou procedimento nos serviços de internação?

5 – Descreva o procedimento não-usual para se conseguir uma vaga e/ou procedimento nos serviços de internação?

6 – O que vc pensa de ambos (tentar ver opinião acerca do caminho oficial, das suas dificuldades, da necessidade de lançar mão do não-oficial, o que ele pensa disso, as suas conseqüências, etc)?

7 – Fale, para mim, acerca dos contatos necessários à realização do seu trabalho? (Quais os tipos, qual a freqüência (por tipo), os oficiais, o “jeitinho”, a necessidade de conhecimentos pessoais – “o cara do plantão” -, etc)

8 - Quais são os objetivos do trabalho do regulador? Como eles se relacionam com a prática enfrentada?

9 - Fale do papel desenvolvido pelo profissional na Central de Regulação.

10 – Como você considera a autonomia do regulador em suas ações? Explique a sua resposta.

A CENTRAL DE REGULAÇÃO EM SI

1 - Fale sobre o trabalho da central da regulação? (caracterização, importância, localização na rede (fluxo), etc)

2 – Em sua opinião, como seria o acesso às ações e serviços em saúde sem as centrais e como ele se dá com ela?

3 - Que imagem a central de regulação tem para você? E para os profissionais que estão na ponta do sistema, tanto o solicitante quanto o solicitado? Justifique.

4 - Descreva os objetivos da Central de Regulação (ver o oficial – recomendado pelos documentos - e os cotidianos – passado na orientação do chefe, conversado entre os profissionais, etc). Como eles se relacionam com a prática enfrentada?

5 - Descreva as suas condições cotidianas de trabalho (possibilitam um bom exercício profissional, facilita, dificulta, o que ele sugere para melhorar este ambiente/estrutura, etc)

RELAÇÃO COM O USUÁRIO

1 – Quais são as orientações institucionais (da central e da legislação) de priorização para as internações e/ou procedimentos regulados (exames,vagas de internação ,etc)?

2- Como essas orientações são seguidas na prática (levantar as dificuldades enfrentadas, as soluções encontradas, as conseqüências, etc)?

2 - Você utiliza algum critério pessoal para priorizar o atendimento a uma solicitação? Quais? Explique sua resposta

3 - Na sua experiência, que tipo de situações costumam ser mais fáceis/complicados para se conseguir internações e/ou procedimentos regulados?

4 – Como se dá a relação do regulador com o usuário? (fica mais fria, distante, racional, cuidadosa, preocupada, etc)

ACESSO ÀS AÇÕES E SISTEMAS DE SAÚDE

1 – Como vc observa a relação demanda/oferta (As vagas disponíveis para internação ou para procedimentos são suficientes para atender toda demanda)? Explique/justifique a resposta.

2 – Quanto esta relação não está equilibrada, quais critérios são utilizados para definição de ocupação dos leitos ou outros procedimentos regulados?

3 - Você já vivenciou situações em que foi necessária o apelo à ou a intervenção externa (outros profissionais, gestores, políticos, etc)? Descreva-as e localize em quais áreas/setores este fato é mais/menos freqüente e a quê vc atribue esta causa.

4 - Como ocorre a participação dos setores administrativos e políticos (cargos na hierarquia do sistema, etc) no encaminhamento de pacientes para internação ou outros procedimentos regulados?

5 – Em sua opinião, qual o papel da central de regulação no processo de acesso da população às ações e serviços de saúde no contexto do SUS?

6 – Qual é a sua opinião acerca da seguinte afirmação: *“Na busca da resolução de seus problemas, diversas portas de entrada são acessadas pelos usuários. Muitas vezes, buscam todas elas para possibilitar a resolução do seu problema de saúde.”*

POLÍTICAS DE SAÚDE

1 – Como o seu trabalho se insere no contexto das políticas públicas de saúde (verificar a relação com os princípios do SUS)?

2 – O que você pensa acerca da garantia do acesso dos cidadãos à rede de serviços públicos? Como essa garantia se dá na cotidiano da central?

3 – Fale sobre a eficácia/eficiência das respostas assistenciais dadas pelas Centrais de Regulação.

4- Fale sobre essa afirmação: “A Regulação é entendida como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, pois é o mecanismo que permite ao Estado otimizar a rede de serviços e garantir o acesso à atenção integral.”

5 – Como se dá a direção única da rede assistencial abrangida? Qual a inserção e o papel da central nesta rede?

APÊNDICE B - Questionário de identificação dos sujeitos

Bloco I – Identificação dos sujeitos

No. da Entrevista: _____

Central de Regulação: () Município () Estado () SAMU

1- Sexo: Feminino () Masculino ()

2. Estado conjugal e marital atual:

() solteira / não possui namorado ou companheiro

() casada / vive com companheiro / união estável

() possui companheiro fixo, mas não vive com ele

3. Religião (marcar todas as referidas pela entrevistada ordenando, de 1 a 3, da mais para a menos importante)

() Católica () Sem religião

() Espírita, especificar: () Kardecista () Umbanda () Candomblé

() Evangélica, denominação: _____

() Outras. Especificar: _____

4- Idade: _____ 4- Em que ano se formou?: _____

5- Área de Graduação: _____

6- Tem Pós-graduação? () Não () Sim

Se sim, Qual ? Especialização () Mestrado () Doutorado ()

7 - Em que áreas? _____

8 - Há quanto tempo você trabalha nesta central de regulação? _____

9-Qual seu tipo de vínculo empregatício com a Central?

() Efetivo

() Contratado CLT

() Cooperativado

10 – Além da Central de Regulação, quais são os seus outros locais de trabalho?

1) Local 1: _____ Tipo de Vínculo: _____

2) Local 2: _____ Tipo de Vínculo: _____

3) Local 3: _____ Tipo de Vínculo: _____

Outros: _____

11 - Já trabalhou ou trabalha em outras unidades do SUS? () sim () não

12. Quais:

Unidade 1: _____

Unidade 2: _____

Unidade 3: _____

13. Renda pessoal _____ 13. Renda familiar _____

14- Ocupa cargo de chefia?

A.não

B.sim Onde: _____

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“O acesso ao SUS: representações e práticas profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação”**

Para tanto, estou realizando a aplicação desta entrevista. Sua participação é de fundamental importância para a realização deste estudo. Não haverá riscos, nem desconfortos, nem gastos de qualquer natureza. Você poderá solicitar qualquer esclarecimento quando sentir necessidade e poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum ônus, de qualquer natureza. Asseguro que o que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado, e que serão mantidos o sigilo e o anonimato das informações aqui contidas. Desde já agradeço a sua colaboração.

Pesquisadora: Dra. Denize Cristina de Oliveira, Faculdade de Enfermagem/UERJ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ autorizo o registro das informações fornecidas por mim, em forma escrita ou com o uso do gravador, para que sejam utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data. Da mesma forma, autorizo a sua audição e uso das citações a terceiros, ficando vinculado o controle e a guarda da mesma a Prof^a. Denize Cristina de Oliveira, pesquisadora da Faculdade de Enfermagem/UERJ, com o objetivo de realizar a pesquisa intitulada **“AS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: Memória e Representações das Instituições e dos Profissionais de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro”**.

Rio de Janeiro, __/__/____.

APÊNDICE D - Planilhas de UR e categorias

Quadro demonstrativo da construção das categorias

No. Páginas Analisadas:

1 Cód.	2 TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Ent. 01	Ent. 02	Ent. 03	Ent. 04	Ent. 05	Ent. 06	Ent. 07	Ent. 08	Ent. 09	Ent. 10	Ent. 11	Ent. 12	Ent. 13	Ent. 14	Ent. 15	Ent. 16	Ent. 17	Ent. 18	Ent. 19	Ent. 20	TotUR/en t.
001= 001	CR não tem recursos suficientes	02	03			02	01	01	21	01	02	03			02	01	01	21	01		02	
002= 002	Dificuldade de conseguir recursos (recursos humanos/ específicos / exames)	04	03			11		03		03	04	03			11		03				04	45
003= 003	Peregrinação de emergência em emergência	01	02			01	01				01	02			01	01					01	10
004+ 044+ 161= 004	Faltam vagas		03		18	09	01	08	09	09		03		18	09	01	08	09	02	18		107
005= 005	Demanda altíssima		02		02	08	02	04	03			02		02	08	02	04	03		02		
006= 006	Falta atenção primária / prevenção / cuidado		03			04	01	01	09			03			04	01	01	09				36
007	Falta adesão ao tratamento		01									01										
008= 007	Regulador modera recurso	03	03		01		01				03	03		01		01				01	03	
009= 008	Adequa o que tem ao tipo de agravo	02	05				02		02		02	05				02		02	01		02	
010= 009	Localiza recurso necessário	03	01		01	01	01			02	03	01		01	01	01			01	01	03	
011= 010	Prioriza recurso	02	01								02	01									02	
012= 011	Falta trabalho em rede	01								01	01										01	03

(Continua)

013= 012	Os serviços não são hierarquizados	01								01									01	02	
014+ 153= 013	A gente não tem comando único	01	01				04		01	01	01					04			01	13	
015= 014	Temos superposição de serviços	01								01									01	02	
016= 015	Vazio assistencial	01								01									01	02	
017= 016	Sistema desorganizado / falta implantação	02								02									02	04	
018= 017	Temos serviços e não temos acesso	01					01	01		01						01	01		01	06	
019= 018	Paciente clínico tem maior acesso ao SUS	02					03			02					03				02	10	
020+ 021= 019	Casos cirúrgicos são mais difíceis	01					02	02	02		01					02	02	02		01	14
021	Faltam na rede referências cirúrgicas	02								02									02	04	
022= 020	Resolver pessoal e não institucional	05	01			01				05	01			01					01	05	14
023= 021	Acesso ao hospital de referência / atendimento nível hospitalar / insistimos que fique	03	02				01			03	03	02			01				03		
024= 022	Não é uma prática organizativa, sem orientação institucional / desorganização do sistema	03	02			01				03	02			01					01	03	12
025= 023	Só não fica mesmo se está muito cheio	01								01									01		
026= 024	Na emergência o contato pessoal não é ruim	01								01									01	02	
027	Temos que buscar	01								01									01	02	

(Continuação)

	todas as alternativas																					
028= 025	Liga direto para o serviço que não é uma organizativa	01								01										01	02	
029= 026	Não acesso à referência, porque sei que não tem o serviço	01								01										01	02	
030= 027	A emergência também é regionalizada			01								01									02	
031+ 091+ 093+ 097= 028	Contatos pessoais, consegue saber onde tem o serviço	01				01				01					01			03		01	07	
032= 029	Rede de relações			01								01									02	
033= 030	A gente tem dificuldade de conseguir o acesso adequado, alternativa assistencial paciente	02			01					02			01						01	02	06	
034= 031	A política de saúde não está bem estruturada			01								01									02	
035= 032	E não é respeitada em todos os seus níveis hierárquicos			01								01									02	
036= 033	A gente tem que ver o lado do paciente	01				01				01					01			01		01		
037= 034	Não vai punir quem precisa do recurso	01								01										01		
038= 035	Hospitais despreparados	01						02		01							02			01	06	
039= 036	A maior parte do fluxo é institucional	01								01										01	02	
040= 037	A gente referencia pela área de residência			01								01									02	
041= 038	Pessoas viáveis,	01								01										01	02	

038	jovens, angustiam muito																					
042= 039	A gente tem que resolver	01			02						01			02						02	01	06
043+ 027= 040	Buscar todas as alternativas	01	02		02		01	02	02		01	02		02		01	02	02		02	01	20
044	Hospitais superlotados	01	01			01	01	02	04		01	01			01	01	02	04			01	20
045= 041	Quanto mais grave, mais precisa do contato pessoal	01									01										01	02
046= 042	Mais experiência em rede é melhor	02									02										02	04
047= 043	Pessoa tem acesso ao SAMU	01									01										01	02
048= 044	Identificação se é emergência ou não / grave ou não / atividade médica individual / id. e conduta	03	04				01				03	04				01					03	16
049= 045	Prática difícilima, sujeita a erros	02									02										02	04
050= 046	Envolve uma gestão			01								01										02
051= 047	Ocupa um espaço que os serviços não oferecem/ PP quem dificuldade de acesso, mobilidade			02								02										
052= 048	Além de trabalhar a questão da necessidade			01								01										
053= 049	Trabalho do SAMU a gente se perde em situações que não caracterizam emergência			01								01										02
054= 050	Em Niterói a gente fica num sistema de barganha e de			01								01										02

	de acesso																				
071	Não é claro para a população o que é uma urgência e o que é uma necessidade de informação			01					02												
072	Antes a gente participava mais das decisões com nossa experiência	01								01											01
073	Devemos errar pelo excesso	01								01											01
074	Consenso para se trabalhar da melhor forma	01								01											01
075= 053	CR dá acesso a 6 milhões de habitantes	02	01							02	01										02
076= 054	CR tem estrutura complexa, recursos humanos, hard e software / dp entrosamento muitas equipes / compasso certo para dar certo	01	03							01	03										01
077= 055	Prática interessante	01								01											01
078= 056	Prática regulação veio do SAMU	01								01											01
079= 057	Prática conflitante regulação x não regulação	01								01											01
080	Sem orientação, vai experiência profissional / equipe	01	01							01	01										01
081= 058	Bombeiros não trabalham com regulação	02								02											02
082= 059	Legislação SAMU baseada em regulação	01								01											01

(Continuação)

083	A gente trabalha atendendo as ligações que chegam da rua		01								01									
084= 060	Papel do regulador é agilizar procedimento e remoção			01			01	02				01				01	02			
085= 061	Fazer avaliação e decidir manda vtr orientação		01								01									
086	Etapa ambulâncias chegando local e equipe R faz contato com regulador para conduta		01								01									
087= 062	Não o mais próximo, mas o que vai fazer o melhor atendimento de acordo com o especialista de plantão		01								01									
088= 063	Agora mudou, o bombeiro que faz a		01								01									
089	O nosso trabalho também é filtrar o que não é emergência		01			05					01				05					
090	Teria que ter acesso ao único hospital que deveria ter todos os especialistas necessários para o atendimento		01								01									
091	Liga e é como se fosse um favor pessoal para a gente		01		06		01				01		06		01			06		16
092	Cada médico que passou durante a vida vai facilitar o contato pessoal		01								01									

(Continuação)

093	A gente não consegue e aí começa por meios pessoais de conhecer alguém que trabalha em hospital		01				08	03	25						08	03	25	05			78	
094	Demanda alta nas emergências, porque falta atendimento primário, ambulatorial		01																			
095= 064	CR busca o tempo todo onde tem vagas, onde tem especialista		01																			02
096= 065	Fluxo não funciona			01	03							01	03						03			08
097	Quando tem o especialista, o contato prévio sempre funciona numa boa		01																			02
098	No Rio os fluxos funcionam melhor, 80 a 90% do fluxo oficial			01																		
099	80 a 90% dos pacientes são recebidos com demora ou não			02																		
100	Eu estou na regulação secundária			01																		
101= 066	Acesso universal com ênfase na emergência		01																			02
102	Informação, comunicação sem investimento	01									01											
103	Paciente é acolhido, recebe procedimento adequado			01																		

104	De forma geral, ele é mais recebido que não			01								01									
105	Existem centrais de vagas			01								01									
106= 067	Identificar real necessidade é o papel do regulador		01		02							01		02							
107= 068	De dentro da instituição você recorre a essas centrais de regulação			01								01									
108= 069	Que autorizam ou não vaga para aquele procedimento			01								01									
109= 070	Se coisas agudas existem centrais que ocupam esse espaço			01								01									
110	Aí, dependendo do que você quer internar: cirurgia eletiva, tuberculose			01								01									
111	A questão de emergência a gente recorre ao transporte			01								01									
112	Distribuir bem as ambulâncias		01									01									
113	Se tem evento de grande público, você já deixa ambulâncias de sobreaviso		01									01									
114= 071	O papel da central no dia a dia é distribuir bem		01									01									
115	Tem que ter a pessoa que atende a equipe de rua e orienta onde vai levar primeiro		01									01									
116	A prática e os objetivos não tem		01		03							01		03						03	

(Continuação)

	diferença, mas não é 100%, às vezes tem obstáculos, mas em geral funciona																				
117	Curso não experiência passada de equipe de plantão para plantão																				
118= 072	Risco definido e escalonado, gravidade		01								01										
119= 073	Contatos pessoais freqüentes, mas não são sempre difíceis		01								01										02
120	Não tem emergências, mas aceita se tiver contato prévio e o paciente tem prontuário		01								01										
121	Contato pessoal para dificuldade técnica de material não adianta, pois não adianta pedir se ele não tem		01								01										
122= 074	O regulador tinha 100% de autonomia, quando fazia contato com a equipe reguladora secundária		01					02			01						02				
123	O caso grave o paciente era aceito no hospital mais próximo e dava tudo certo		01								01										
124	Às vezes, a equipe não regulava, levava para onde não deveria levar e desandava todo o processo		01								01										

125= 075	A autonomia seria total se tudo funcionasse como se acredita que tem que ser		01								01										
126= 076	Agora que tem divisão da primária e da secundária, que é feita por alguns médicos militares, e os que fazem a primária não fazem a secundária		01				01				01					01					
127= 077	Eu sabia que o evento era meu, se não me ligassem em tantos minutos, eu ligava para saber onde estava e o que estava acontecendo		01								01										
128= 078	Com outros médicos fazendo a secundária, perdeu-se isso, é tudo igual		01								01										
129= 079	Eles ficam esperando a ambulância ligar e se não ligar, eles não sabiam se tinha evento, não saberiam se era tão grave		01								01										
130= 080	CR é regular/organizar leitos				05	03		01					05	03			01	01	05		
131= 081	Prioridade para paciente de CTI e obstetrícia				01	02							01	02				01	01		07
132+ 141= 082	Prioridade para paciente mais grave				01	05	01						01	05	01			02	01		16
133= 083	Desrespeito à gravidade do				01								01						01		02

(Continuação)

164	CR foi criada pelo Ministério Público					01									01						
165	CR foi criada inicialmente para demanda de gestação de alto risco e UTI neonatal					01									01						
166	Expansão do processo de regulação					02									02						
167= 092	CR é um posto de observação avançado					02									02						
168= 093	CR é um descortinador das dificuldades					01									01						
169	Quanto mais distante dos grandes centros, menor a capacidade de resolução das unidades					01									01						
170	CR está em processo de construção					04			02						04						
171	CR é desorganizada					01			06						01				06		
172	CR alcançou uma abrangência enorme					01									01						
173	Médicos reguladores não aceitam interferência política					01		04							01		04				
174	Princípios do SUS são poucos para definir CR					01			01						01			01			
175	Falta regionalização nas CR					02									02						
176	CR é atender							02	01								02	01			
177	CR é dar/orientar medicação							02	01								02	01			
178	CR é encaminhar ambulância							01	02								01	02			
179	CR é resolver a maioria dos casos							01									01				

(Continuação)

180	Não há prioridade de atendimento nas CR							01								01		03				
181	Ambientação define prioridade de vagas							01								01						
182	Bom senso para distribuir vagas							02								02						
183	Orientação para distribuição de vagas pelas CR							01								01						
184	Contato direto com o solicitante é que determina o que se vai fazer							01								01						
185	Papel da CR é facilitar o atendimento de emergência							01	01							01	01					
186	Difícil exercer o papel da CR							04								04						
187	Número de chamadas na CR é grande							01								01						
188	Usuário não tem consciência do que é o trabalho da CR							01	01							01	01					
189	O regulador tem autonomia nas decisões					01		01							01	01						
190	Não existe avaliação do trabalho dos reguladores							03								03						
191	Deveria haver avaliação do trabalho dos reguladores							01								01						
192	Não sabe se tem avaliação do trabalho dos reguladores							01								01						
193	Autonomia do regulador não interfere no seu							01								01						

222	CR recebe muitos chamados							02									02				
223	O problema anterior da CR era pouco médico para muitas chamadas							01									01				
224	CR não regula bem							03									03				
225	Difícil é regular bem							01									01				
226	Dividir regulação em primária e secundária							01									01				
227	Todos os pacientes devem ser removidos pela CR					01		04							01		04				
228	Remover só quem realmente precisa de hospital							02									02				
229	Não há um acompanhamento adequado pela secretaria de saúde							01									01				
230	Unidades não aceitam pacientes psiquiátricos							02									02				
231	Porta de entrada do SUS é a emergência/UPA					01		13							01		13				
232	Difícil a relação entre usuário e regulador							01									01				
233	Existe um roteiro de atendimento na CR							05									05				
234	CR facilita atendimento							03									03				
235	Relacionamento ruim entre regulador e usuário					02		04							02		04				
236	CR faz parte de uma política pública de saúde							01									01				
237	CR é um sistema gratuito							01									01				
238	CR tem acesso fácil							03									03				

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)