



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**JACI LOPES TORRES**

**REGULAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE NA CIDADE DE SALVADOR-BA**

Salvador  
2007

**JACI LOPES TORRES**

**REGULAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE NA CIDADE DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração Administração dos Serviços de Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ângela Tamiko Sato Tahara  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ester de Souza Costa

Salvador  
2007

T693 Torres, Jaci Lopes

Regulação dos leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde na cidade de Salvador-Ba. Salvador:Escola de Enfermagem da UFBA,2007.  
98 f. + apêndices

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) EEUFBA,2007

Orientadora: Profª. Drª. Ângela Tamiko Sato Tahara

Co-orientadora: Profª. Drª. Ester de Souza Costa

1. Administração hospitalar 2.Leitos hospitalares. 3.Sistema Único de Saúde. I. Título

CDU:65:362.11

JACI LOPES TORRES

**REGULAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
NA CIDADE DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Administração dos Serviços de Enfermagem.

Aprovada em 30 de abril de 2007

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Ângela Tamiko Sato Tahara

  
Doutora em Ciências da Saúde e Professora da Universidade Federal da Bahia


Creuza Maria Brito Queiroz

  
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

  
Doutora em Administração e professora da Universidade Federal da Bahia

Enêde Andrade da Cruz

  
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

A meu pai, Pedro (in memoriam), grande exemplo e incentivador que me ensinou a compreender os valores da vida, com muito carinho.

A minha mãe, Ordélia, por demonstrar o seu amor através do silêncio que diz tudo.

Ao meu esposo, Heraldo, pela paciência, tolerância e compreensão.

A minha filha, Thainara, razão e alegria de nossas vidas.  
Meu sonho.

## AGRADECIMENTOS

A família é a base de tudo. A casa dos pais é sempre “lá em casa”. Viaja, vai morar em outra cidade, outro país, não quer mais ficar, volta “lá para casa”. Tem a sua própria família, tem a sua própria casa, mas a casa dos pais é sempre “lá em casa”. Vai estudar fora, termina, volta para casa. O casamento acabou, volta para casa. O quarto será sempre seu, a cama será sempre sua. Você se sente sempre à vontade, como se nunca tivesse saído. Há algum tempo, não muito longe, foi “lá em casa” que obtive os primeiros “ensinamentos”. Além de outras coisas me foi “ensinado” sobre os valores morais e éticos formadores da personalidade, do caráter e da honra. Foi “lá em casa” que aprendi sobre a honestidade, a beneficência, a justiça, a caridade, a solidariedade, a tolerância e a paciência. Foi “lá em casa” que meu pai dizia “largue o gibi” e vá estudar Português e Matemática. Vá perceber a beleza que tem a História com suas histórias. Vá perceber o quanto é interessante viajar e conhecer o mundo através do pensamento. E foi com esses “ensinamentos” que cheguei até aqui. Foram esses “ensinamentos” que me fizeram ser o que sou hoje. Foram esses “ensinamentos” que me fizeram chegar até aqui, em uma trajetória de luta e determinação, descobrindo a “beleza” de conhecer. As minhas vitórias são as vitórias deles, da minha família, que sempre torce por mim “lá em casa”. Portanto agradeço:

A Deus, pela dádiva da vida.

À família, porto seguro.

Aos amigos, cujo carinho e incentivo tornaram mais ameno alcançar os objetivos.

Às colegas do trabalho, pela tolerância e colaboração.

Aos colegas do Mestrado, pela convivência, em especial a minha amiga Jaqueline, pelo caminhar compartilhado, e Cláudia, nosso anjo da guarda.

À direção do Monte Tabor – Hospital São Rafael, pelo apoio e contribuições efetivos.

Às professoras Dra. Ângela Sato Tamiko Tahara e Dra. Ester de Souza Costa, pelas orientações.

Aos professores do Mestrado, pelos ensinamentos.

Aos funcionários da Central Estadual de Regulação, pelas contribuições.

*Ao desejo de crescimento, devem aliar-se o esforço contínuo e o devotamento às idéias renovadoras.*

Joanna de Ângelis (Divaldo Franco)

*[...] há um elemento que se não costuma fazer pesar na balança e sem o qual a ciência não passa de simples teoria. Esse elemento é a educação, não a educação intelectual, mas a educação moral.*

Allan Kardec

TORRES, Jaci Lopes. **Regulação dos leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde na cidade de Salvador-Ba**. 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

## RESUMO

A regulação da assistência é uma das estratégias utilizadas pelo MS, para o fortalecimento da gestão pública do SUS, para a organização da atenção à saúde, como forma de garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Tem um fazer específico de ordenamento da demanda e oferta de saúde entre indivíduos e comunidade. Esta dissertação caracteriza-se como um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa, que teve como objetivos compreender o funcionamento de regulação dos leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), realizado na cidade do Salvador-BA, de acordo com a percepção dos funcionários da Central Estadual de Regulação, e identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na Central Estadual de Regulação para viabilização do serviço de acordo com as necessidades dos usuários. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada realizada com 15 profissionais que trabalham na Central Estadual de Regulação (CER), da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Para complementar o presente estudo foram pesquisados os dados documentados no serviço, referentes às regras para Controle, Regulação e Avaliação de Sistemas no setor saúde, definidas pelo Ministério da Saúde (MS), através da Política de Regulação. Os dados foram analisados seguindo e adaptando a análise de conteúdo. Os resultados obtidos evidenciaram que os gestores da CER em Salvador passam por uma série de dificuldades relacionadas à sua organização e funcionamento, dentre essas o quantitativo insuficiente de leitos hospitalares e as deficiências de especialidades que, por sua vez, também dificultam o acesso do usuário aos serviços de saúde. Concluiu-se que a CER tenta facilitar de alguma forma o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, na tentativa de consolidar a proposta do SUS, assegurando os princípios de universalidade, integralidade e equidade de todos os indivíduos. E ainda que os profissionais atuantes na CER convivem com limitada autonomia e compartilham a escassez de recursos e limitações organizacionais.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Regulação da assistência. Leitos hospitalares.



TORRES, Jaci Lopes. **Regulation of hospital beds in the Brazilian National Health System in the city of Salvador-Ba.** 2007. 98 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing College, Federal University of Bahia, Salvador, 2007.

## ABSTRACT

This abstract deals with a study of a descriptive case with a qualitative approach, which had the objective of understanding how the procedures for establishing hospital bed occupation in the Brazilian National Health System (SUS), in the city of Salvador-BA, according to the perception of the employees of the State Regulation Center (CER) and identifying the difficulties faced by these professionals to perform the service in accordance with the necessities of the users. The information obtained through semi-structured interviews with 15 professional working at the State Regulation Center (CER) of the Health Department of the State of Bahia (SESAB). To complement the present study, a research was made of the documented information relating to the rules for Control, Regulation and Evaluation of the Systems in the health sector, defined by the Ministry of Health (MS), through Regulation Policies. This information was analyzed following and adapting the content analysis. The assistance regulation is one of the strategies used by the MS, for strengthening public administration of the SUS, to organize the attention to health, as a form of guaranteeing access of the users to the health services. There is a specific undertaking of arranging the demand and the offer of health among the individuals and the community. The results obtained demonstrate that the administrators of the CER go through serious difficulties relating to organization and operation of the CER in Salvador, encompassing insufficient quantity of hospital beds, deficiencies of specializations which, in turn, also make access difficult for the users of the health services. As a final reflection, one realizes that the CER tries to lend assistance for the access of patients to the health services, by trying to consolidate the SUS proposition, assuring the principles of universality, integrality and equity for all individuals. It was also evidenced that the professionals working at the CER have to deal with limited autonomy and lack of resources as well as organizational limitations.

**Key words:** Brazilian National Health System (SUS). Assistance regulation. Hospital beds.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIS - Ações Integradas de Saúde  
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CER – Central Estadual de Regulação  
CMR - Central Municipal de Regulação  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CPD - Central de Processamento de Dados  
GEM/SALVAR – 12º. Grupamento de Bombeiro Militar  
HGE - Hospital Geral do Estado  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
MS - Ministério da Saúde  
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
PDR - Plano Diretor de Regionalização  
PECE - Programa Especial de Controle da Esquistossomose  
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste  
PNSMI - Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil  
PPI - Programação Pactuada Integrada  
PRONAN - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição  
REDA - Regime Especial de Direito Administrativo  
SALVAR - Serviço de Atendimento e Locomoção de Vítimas de Acidentes e Resgate  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde  
SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social  
SISREG - Sistema de Informação da Regulação  
SNA - Sistema Nacional de Auditoria  
SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UE - Unidade Executante  
US - Unidade Solicitante

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>12</b>
2.1	CONSTRUINDO E DESCONSTRUINDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	12
2.1.1	<b>Antecedentes do SUS</b>	12
2.2	SUS: UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO	13
2.3	REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	15
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>22</b>
3.1	TIPO DE PESQUISA	22
3.2	<i>LOCUS</i> DA PESQUISA	22
3.3	POPULAÇÃO-ALVO/SUJEITOS DA PESQUISA	23
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA	25
3.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	27
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	27
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>30</b>
4.1	ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE SALVADOR	31
4.1.1	<b>Análise de controle de processo, as solicitações e destinação dos usuários</b>	40
4.1.2	<b>Análise do processo de internação do usuário</b>	44
4.2	ANÁLISE DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA CER	48
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>52</b>
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	57
	APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semi-estruturada com profissionais da Central de Regulação	58
	APÊNDICE C – Roteiro para observação não participante	60
	APÊNDICE D – Identificação dos sujeitos	61
	APÊNDICE E – Categorias de análise	62
	ANEXO A – Ofício da EE/UFBA à Central de Regulação	96
	ANEXO B – Ofício da EE/UFBA ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Rafael (HSR)	97
	ANEXO C – Comunicação interna – Comitê de Ética em Pesquisa - HSR	98

## 1 INTRODUÇÃO

Ao pensar na manutenção e promoção da saúde da coletividade, é indispensável buscar amparo em outros conhecimentos para entender o processo saúde/doença e compreender as causas que levam os serviços públicos a direcionarem os recursos para as ações preventivas e curativas. Essas discussões repercutem na inevitabilidade de ações que assegurem o acesso dos cidadãos a todos os serviços de saúde de acordo com suas necessidades.

O interesse com relação ao tema Regulação dos Leitos Hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu quando atuava como enfermeira, em uma Unidade de Emergência quando efetuada a transferência de um paciente, sem o contato prévio com a outra Unidade. Com a implantação da Central Estadual de Regulação (CER) de Salvador, em 2003, esse processo de encaminhamento dos pacientes foi modificado. Desde então, o contato prévio com a Central fez-se necessário para informar o estado clínico do paciente e para aguardar resposta de quando, como e para onde destiná-lo, antes de enviá-lo a outra Unidade.

Inicialmente, com a implantação dessa Central, esperava-se que fosse reduzir o tempo de espera desses pacientes e que suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde diminuíssem, pois a CER parecia oferecer melhor resultado quanto à movimentação dos leitos, e as Unidades de Emergência não precisariam mais procurar vagas para internação. Após uma semana de implantação da CER, foi percebido que os pacientes que necessitavam de transferência imediata para unidades mais complexas ficavam aguardando em torno de 12 a 48hs para os devidos encaminhamentos de internação, e/ou realização de consultas e exames. Começava a aumentar o tempo de permanência na Unidade de Emergência

Segundo informação da CER, existiam problemas em encontrar vagas nas organizações de serviços de saúde, como também havia problemas de fila. Essas justificativas não nos satisfaziam e tampouco compreendíamos por que não havia uma forma de distribuir as vagas para todos.

A Unidade de Emergência na qual trabalhamos tem doze leitos para observação de adultos e quatro leitos de pediatria. Funciona 24 horas para atendimentos de urgência<sup>1</sup>, emergência<sup>2</sup>, suturas<sup>3</sup> e curativos<sup>4</sup>. Não dispõe de serviços de apoio diagnóstico como

---

<sup>1</sup> Neste estudo define-se como *urgência* a necessidade de serviços de saúde que requer solução imediata.

<sup>2</sup> Entenda-se como *emergência* ocorrência grave que se dá inesperadamente e exige ação imediata.

<sup>3</sup> Define-se *sutura* como operação de coser os lábios de uma ferida ou incisão.

<sup>4</sup> *Curativo* é a aplicação de anti-séptico, medicamentos e cobertura protetora em ferida, corte ou incisão.

laboratório e bioimagem, serviço de nutrição, lavanderia e de profissionais especializados para atender os pacientes que requerem uma assistência de maior complexidade. Entretanto, com frequência, observamos o aumento de permanência do paciente por mais de três ou quatro dias na Unidade, à espera de transferência, consultas ou exames, acompanhado de familiares que forneciam, inclusive, as refeições.

Diante dessa situação e convencidas de que o cidadão tem o direito de buscar soluções para seus problemas de saúde, e que este direito é dever do Estado, compreendemos também que a responsabilidade social deve estar voltada para a construção de uma sociedade com melhor qualidade de vida. Nesse sentido, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras para compreender melhor o que de fato está acontecendo: 1) Como funciona a regulação dos leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade do Salvador-BA?; 2) Quais são as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na Central Estadual de Regulação (CER)?

Face ao exposto, foi delimitado como objeto do presente estudo: o funcionamento de regulação dos leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), realizado na cidade do Salvador-BA. Foi definido como objetivo geral: compreender o funcionamento de regulação dos leitos hospitalares no SUS realizado na cidade do Salvador-BA, de acordo com a percepção dos funcionários da Central Estadual de Regulação (CER). Como objetivo específico, visamos identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da CER para viabilizar o serviço de acordo com as necessidades dos usuários.

Partimos do pressuposto que ao compreender como está sendo desenvolvido o funcionamento da regulação dos leitos hospitalares no SUS, os profissionais de saúde que atuam nessa área podem analisar e discutir as possibilidades e alternativas em busca da concretização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS e suas diretrizes de descentralização dos serviços de saúde, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação popular.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar uma análise de estratégias usadas para organização do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade, como também para manter um olhar crítico nas discussões quanto à melhoria desse processo e da qualidade das ações de saúde.

A exposição do conteúdo deste trabalho organiza-se em: Revisão de Literatura (capítulo 2) quando discutimos teoricamente sobre o SUS, seus antecedentes e sua proposta; na Metodologia (capítulo 3), abordamos a metodologia utilizada para a realização das etapas

desta pesquisa; na Apresentação e Discussão dos Resultados (capítulo 4) buscamos discutir a regulação de leitos hospitalares e a organização e o funcionamento da CER de Salvador. Abordamos ainda as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para internação do paciente. Por fim, as Considerações Finais ressaltam a importância da reflexão acerca de mudanças necessárias nas políticas de saúde.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 CONSTRUINDO E DESCONSTRUINDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)<sup>1</sup>

Iniciar uma discussão sobre os problemas e dificuldades do SUS não é tarefa de fácil execução, porém são tão cotidianos que nos obrigam a uma postura crítica de avaliação. Para isso torna-se necessário ter conhecimento sobre o Sistema de Saúde Brasileiro ao longo dos anos.

#### 2.1.1 Antecedentes do SUS

Do início do século XX até a década de 1960, segundo Mendes (1996), o SUS transitou do sanitarismo campanhista (economia agro-exportadora), com uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias, até chegar ao modelo médico assistencial-privatista, com o processo de industrialização que o Brasil vivenciou, gerando uma massa operária que deveria ser atendida.

Nessa época, segundo Costa e Nascimento (2006), o problema de atendimento à saúde se relacionava ao saneamento dos postos e núcleos urbanos que eram vinculados ao comércio financeiro exportador e ao capital industrial, e se esforçavam para manter as condições sanitárias mínimas indispensáveis, não só às relações comerciais com o exterior, como também ao êxito da política de migração, de forma a se dispor de mão-de-obra sadia e produtiva. Enquanto isto, o quadro sanitário brasileiro retratava estados mórbidos de doenças pestilenciais, infecciosas e parasitárias.

Com o apogeu da economia cafeeira, na década de 1920, o país passou a desenvolver medidas de proteção e recuperação da saúde de seus trabalhadores, oferecendo-lhes benefícios e auxílios previdenciários, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões.

Os Institutos de Aposentadoria e Pensões, de 1930 a 1960, tinham a responsabilidade pela assistência médica dos segurados e dependentes, embora introduzissem a participação do Estado em seu financiamento. Em 1966, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), estendendo a cobertura da assistência médica aos empregados formais, aos autônomos e aos empregadores que contribuíssem para a Previdência Social.

---

<sup>1</sup> Na construção deste capítulo, consultamos, além das fontes citadas, as seguintes: Brasil (2004a; 2006e, 2006L, 2007e, 2007g, 2007h, 2007m).

Para a população não previdenciária, restava ainda o acesso restrito aos serviços filantrópicos ou públicos, na condição de “indigentes”. Em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) e, com ele, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Com o progresso tecnológico, a assistência médica, essencialmente hospitalar e financiada pelo INAMPS, expandiu-se, em grande parte oferecida pela iniciativa privada, e fortaleceu o acesso restrito e desigual da população brasileira. Sucedeu esse período a crise previdenciária que durou 10 anos. O Estado interveio para tentar superar a crise e instituir programas específicos de atendimento, como: Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), em 1975; em 1976, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), dentre outros (PAIM, 1994).

Os primeiros anos da década de 1980 foram marcados pela crise da Previdência Social devido à escassez de recursos para manter o modelo assistencial proposto. Com a crise econômica, a pressão por melhores condições de saúde aumentava. Nesse período foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), visando um novo modelo que incorporaria o setor público, integrando ações curativas, preventivas e educativas, coincidindo com o movimento de transição democrática e com eleição direta para governadores. As AIS possibilitaram, pela primeira vez, que as instituições públicas se conhecessem mutuamente e comesçassem a fazer um planejamento mais articulado e até mesmo integrado (COSTA; NASCIMENTO, 2006).

Em 1986, ocorreu a *VIII Conferência Nacional de Saúde*, na qual foram lançadas as bases da Reforma Sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). A Constituição Brasileira, em 1988, definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência, e destes derivaram os princípios organizativos de hierarquização das ações, descentralização política administrativa e participação popular, porém só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, pela Lei 8.080 (CARVALHO, 1999).

## 2.2 SUS: UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO

O Brasil tem se caracterizado pela sua diversidade e diferenciação política, econômica, cultural, religiosa e social, com marcantes desigualdades e exclusão social, por isso a implementação das políticas sociais torna-se complexa. Destarte é necessário criar



diversas ações e serviços para atender às necessidades de saúde, e as diversas esferas de governo precisam de articulação para atender à população em suas necessidades.

A Constituição Federal de 1988 determina que sejam desenvolvidas as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos, e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A Constituição também estabelece a necessidade de regulamentação, fiscalização e controle dos serviços e ações de saúde (CONSENZA, 2003). A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 2006b), que instituiu o SUS, impõe o controle, a avaliação e a fiscalização das ações de saúde. As Normas Operacionais Básicas (NOB) de 91/92/93/96 aprofundam a descentralização do SUS e acrescentam, além do controle, a avaliação, a contratação e a auditoria dos serviços de saúde. A lei 8.142/90 (BRASIL, 2006c) atribui aos Conselhos de Saúde, em cada esfera governamental, o poder deliberativo sobre a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde em seu âmbito, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Considerando os princípios do SUS, de universalidade do acesso e de integralidade da atenção, é imprescindível o desenvolvimento de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde.

Ao longo dos anos, o SUS tem, sem dúvida, contabilizado alguns pontos favoráveis, como extensão dos programas de saúde pública e de serviços assistenciais. Foi desencadeado um efetivo processo de descentralização política e administrativa com a progressiva municipalização do sistema, e houve a incorporação dos usuários no processo decisório por meio de Conselhos de Saúde, que, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde, usuários, e estes últimos constituem 50% dos membros. Têm caráter permanente e deliberativo, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente (SOUZA, 2002).

Lucchesi (1989) trata da participação popular na gestão do SUS. Para o autor, existem alguns obstáculos para a efetiva participação dos Conselhos nos processos decisórios da política de saúde. Resistências do executivo, renúncia de grupos sociais, falta de informação por insuficiência de capacitação dos conselheiros são alguns dos obstáculos identificados pelo autor para a efetiva participação.

Por outro lado, é preciso reconhecer os problemas ainda não resolvidos, como a qualidade dos serviços, irregularidade, falta de serviços essenciais e dificuldade dos usuários em deslocar-se no interior do SUS. As falhas repercutem, portanto, no seu mais visível ponto fraco — o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Segundo Souza (2002), de certa forma, houve na implementação das políticas de saúde, nos anos 1990, um esforço no sentido de construir um modelo federativo na saúde, seja pelas tentativas de definições do papel de cada esfera no sistema, seja pela criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade.

### 2.3 REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

No Brasil, os estados e municípios são heterogêneos tanto no espaço territorial-populacional como na abrangência político-administrativa, tornando-se difícil implantar uma rede regionalizada e resolutiva de serviços de saúde com todos os níveis de complexidade. Existem municípios que não são capazes de gerenciar um sistema funcional completo. Sendo assim, para aprofundar o processo de descentralização com ênfase na regionalização e aumento da equidade, organizar o sistema em todos os níveis e garantir o acesso dos usuários, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) determinou a regulação da assistência como forma de garantir esse acesso (ABRAHÃO, 2002).

Para Setenta (2005), na medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema de saúde brasileiro amadurecia, evidenciava-se um conjunto de problemas para a consolidação do SUS, principalmente pela heterogeneidade dos municípios.

Quanto ao conceito de regulação da assistência, diz respeito aos mecanismos e procedimentos que se preocupam em identificar uma necessidade, compreendê-la e encontrar uma resposta compatível com a situação (ABRAHÃO, 2002). Alguns conceitos merecem destaque, dada sua relevância: macro regulação é a regulação do sistema de saúde, é a consequência da tensão constante que existe entre as quatro lógicas de regulação identificadas — a lógica de mercado, a lógica tecnocrática, a lógica profissional e a lógica política. A micro regulação é a regulação assistencial ou regulação da atenção à saúde; é a operação cotidiana da relação entre as necessidades (demandas) e as ofertas imediatas e prospectivas (reordenamento dinâmico). (BRASIL, 2004b).

O Complexo Regulador Assistencial ligado ao SUS compreende a concepção que delega ao poder público o desenvolvimento de capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência. Como um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, faz-se de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo, segundo a Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000 (BRASIL, 2007a). Assim, o Complexo Regulador compõe-se de estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem, processam e agendam as solicitações de atendimento. As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas com a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência. As internações, além de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade são classificadas em Centrais de Regulação de Urgência. A abrangência é a área geográfica de cobertura assistencial, e pode ser nacional, regional, municipal ou distrital. A ação regulatória é executada por um profissional competente que deve desenvolver suas atividades baseadas em protocolos de regulação, que são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral e em protocolos clínicos que descrevem a prática da medicina baseada em evidências, para subsidiar as decisões terapêuticas (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido, a regulação da assistência mostra-se como um instrumento de gestão que possibilita o ordenamento da relação dos usuários com os serviços e do gestor com os prestadores. A ação social, dentro do marco do direito social à saúde, é orientada por esses princípios e prioriza a oferta de cuidados com o objetivo de alcançar uma distribuição mais equitativa do acesso aos serviços entre os indivíduos e a comunidade. Tem um fazer específico de ordenamento da demanda e oferta e, desta forma, apresenta-se como observatório capaz de retroalimentar as ações de planejamento ao mostrar interface com os setores de Avaliação e Controle (BRASIL, 2007a).

Em 1995, foi criado o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), como órgão de controle e avaliação (BRASIL 2006e). Em 1996, o MS editou a Norma Operacional Básica (NOB-96), determinando que fosse elaborada a Programação Pactuada Integrada (PPI), como forma de planejamento, a fim de garantir o acesso da população a todos os serviços de saúde necessários (ABRAHÃO, 2002). Em 1998, criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), também com as funções de regulação, normalização, controle de qualidade e fiscalização das ações, serviços, insumos e produtos. A Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000, regulamenta, normaliza, controla e fiscaliza na área de planos e seguros de saúde.

Entre 1998 e 2002, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), disseminou uma definição de regulação e por meio de debates tentou consolidar uma Política de Regulação inscrita em uma Política de Saúde condizente com os princípios do SUS, que viabiliza uma atenção integral de qualidade, universalista e assegura o direito à saúde. A SAS tenta definir a regulação assistencial, delimitando claramente a regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais mediante estratégias e instrumentos em substituição às proposições esparsas de implantação das centrais de controle de leitos. Esse processo deve estar aliado à avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação de recursos. Daí as exigências do Ministério da Saúde aos estados e municípios para elaborar os Planos de Controle, Regulação e Avaliação (BRASIL, 2007b).

Ao longo do ano de 2000, o MS, por meio da SAS, coordenou um intenso debate e negociação com as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde, acerca do aperfeiçoamento e consolidação do processo de descentralização no SUS.

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01), em janeiro de 2001 (BRASIL, 2005a), foi fruto desse longo processo de negociação, reconhecendo a regionalização como estratégia fundamental para o aprimoramento da descentralização e tendo como objetivo geral promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. A regulação da assistência está inserida nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), porém, não está definido como deve ser o processo de ocupação dos leitos e não estão determinados os critérios de elegibilidade.

No processo de regionalização, a divisão do território estadual é feita tendo como base as características locais, a situação de saúde da população, a oferta e o acesso aos serviços. Isso requer do poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às diferentes demandas de saúde em seus vários níveis e etapas do processo de assistência (BRASIL, 2005a).

Dessa forma, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2005a). Cita que a regulação da assistência é pré-requisito para o processo de

habilitação dos Estados para gestão avançada e plena do sistema estadual e explicita as normas de regulação da assistência dentro da política de atenção de alta complexidade e redução do custo no SUS. Os estados devem comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação dos serviços ambulatoriais e hospitalares.

A publicação da NOAS 01/2001, em janeiro, ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, e em contrapartida apresentou a necessidade de estruturas regionais, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde, que garantiram o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde.

Para atingir esse objetivo, a NOAS propôs três grupos de estratégias articuladas como forma de promover a descentralização com equidade de acesso: 1) Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis; 2) Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização de funções, como planejamento, programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores; 3) Atualização dos critérios e do processo de habilitação de Estados e Municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-los coerentes com o conjunto de mudanças propostas (BRASIL, 2007c).

Em 27 de fevereiro de 2002, foi publicada a portaria GM/MS nº 373 – NOAS 01/2002 (BRASIL, 2007c), que em seus incisos reforça as definições da regulação, do controle e da avaliação da assistência. A habilitação das esferas de governo proposta pela NOAS-SUS 01/2002, pressupõe que estados e municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para garantir o acesso dos cidadãos às ações e serviços necessários para a resolução dos problemas de saúde, para otimizar recursos disponíveis, reorganizar a assistência, buscar melhor alternativa de impacto na saúde da população, e reduzir custos com serviços de saúde (BRASIL, 2007c).

A despeito de existirem estudos afirmando a expansão da oferta dos serviços de saúde no Brasil, na prática, enfrentamos grande dificuldade de acesso na rede hospitalar quando se faz necessário transferir um paciente. Costa e Nascimento (2006) referem que, historicamente, o acesso aos serviços e ações de saúde no Brasil tem se configurado como desigual, restritivo e focalizado, constituindo-se como reflexo do modelo econômico do país. Fazer desse acesso uma experiência igual para todos, facilitado e repleto de direitos, acolhida,

responsabilidades, resolutividade e respeito mútuo, é mudar o rumo de um fato que vem ocorrendo ao longo dos anos.

A política de regulação da Atenção à Saúde, para criar as condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, deve enfrentar a questão da demanda real / demanda artificial e considerar a oferta potencial/oferta existente. Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde, é a constituição de Complexos Reguladores, que consiste numa organização do conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde (BRASIL, 2007j).

A regulação deve ser voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. Isso pressupõe a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planos que considerem aspectos epidemiológicos, recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência (BRASIL, 2002).

Assim sendo, no setor saúde, a regulação compreende tanto o ato de elaborar regulamentações facilitadoras ou limitadoras de determinados rumos da produção de bens e serviços, quanto às ações de fiscalização, de controle, de avaliação e como ação social. A regulação pode ser definida como um conjunto de ações mediatas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços (BRASIL, 2004c). Também se constitui como um instrumento ordenador e definidor da atenção à saúde, baseado em pactos entre os gestores municipais, unidades de saúde e representantes da comunidade, compreendendo que o desenvolvimento de sua capacidade sistemática deve responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial (BRASIL, 2005b).

A portaria 1101/GM/MS, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2007d), estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, que são destinados a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão, oferecer subsídios para analisar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população, auxiliar na elaboração do planejamento e da Programação Pactuada Integrada (PPI) da assistência à saúde e ajudar no acompanhamento, no controle, na avaliação e na auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS. Os parâmetros de cobertura são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento de uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido. Os parâmetros de produtividade são aqueles destinados à capacidade de produção dos recursos, dos equipamentos e serviços de assistências à saúde, sejam eles humanos, materiais ou físicos.

Portanto a PPI é um processo que visa definir programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros com base em critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve também explicitar os pactos de referência entre os municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada (BRASIL, 2006g).

Assim, o Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2006g) deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização dos recursos.

Nesse sentido, a avaliação de políticas públicas e a economia em saúde buscam a efetividade nas ações do setor público e expressam a preocupação com a utilização racional dos recursos, buscando garantir a equidade. A normalização da Regulação é prerrogativa do poder público e está relacionada aos aspectos de organização dos fluxos de pacientes nos diversos níveis do SUS.

Nessa perspectiva, Abrahão (2002) afirma que a regulação do acesso à assistência (micro regulação) inclui não só a implantação de centrais de internações, com normas e protocolos, mas também relação entre gestores, prestadores, gerentes de unidades de saúde e profissionais, e, o mais importante, usuários, com suas demandas e necessidades.

Portanto o processo regulatório tem o papel de assegurar que o sistema de saúde atinja seus objetivos, contrabalance ou corrija as numerosas falhas de mercado e do Estado que existem no setor (JAIME, 2004). Para esse autor, com a regulação alcançam-se alguns efeitos tais como:

[...] proteção do investimento e custeio da prevenção e da promoção da saúde, impedindo que os recursos sejam totalmente consumidos pelos cuidados curativos; atenuação dos enormes desequilíbrios das despesas com cuidados preventivos, em relação aos curativos; correção da má distribuição pelo país de recursos humanos e de equipamentos na saúde; influência sobre o ensino superior para que seja possível fazer uma adequada gestão provisional de profissionais de saúde e outros técnicos; correção de iniquidades no acesso, na utilização de cuidados de saúde e nos resultados de saúde, tanto entre regiões e áreas geográficas, como entre grupos sociais. (JAIME, 2004, p. 12).

A despeito disso, sabemos que na sociedade capitalista o Estado faz um planejamento, organizando os serviços com o objetivo de promover a saúde, a fim de cuidar de pessoas sem perder a lucratividade. O planejamento não é em função da necessidade do

indivíduo, mas sim pela demanda do mercado, propiciando a desigualdade de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Finalmente, em 2003, a Bahia implantou seu Plano de Controle, Regulação e Avaliação, com o detalhamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados no âmbito estadual visando à implementação dessas atividades. Foi apresentado com pendências, tendo em vista os requisitos necessários para a habilitação do Estado na gestão plena. Neste Plano, a regulação sistematizada da assistência em serviços de saúde é tida como ferramenta para garantir a equidade e um dos objetivos específicos é “Garantir o acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência de forma adequada, equânime, qualificada, o mais próximo da sua residência.” (BAHIA, 2003, p. 4).

Quanto a Política Nacional de Atenção às Urgências, há décadas vem se discutindo sobre o panorama do sistema de urgências em seminários promovidos pelo MS/SAS. Reconhece-se que as urgências, em geral, têm forte racionalidade hospitalocêntrica, indicativa de hierarquização e integridade precárias; dissociação com outras estratégias e níveis de atenção que envolve enfoque promocional, atenção básica e assistência/internação domiciliar (BRASIL, 2006g). Ao mesmo tempo, reconhecemos que existe maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, o que, por outro lado, não dá garantia de efetividade da oferta e acesso à população. Observamos também que existe um conjunto de referências e contra referências subdimensionadas e deficientes, e são pouco claras e freqüentemente desrespeitadas, existindo a distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência, agravada na medida em que se encaminha para o interior do país (neurologia, neurocirurgia, ortopedia, cardiologia, terapia intensiva, psiquiatria etc.). Essa situação vem causando maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, o que, por outro lado, nem sequer pode assegurar a efetividade de oferta e acesso à população.

No próximo capítulo abordamos os procedimentos metodológicos adotados neste estudo.



### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizado um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa baseado em Yin (2005), que diz que o estudo de caso pode ser utilizado na pesquisa em ciências sociais. O autor afirma também que é a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, especialmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos de grupo, além de outros fenômenos relacionados. Quanto à abordagem qualitativa, Minayo (1996, p. 14), ressalta: “[...] as metodologias qualitativas são de grande importância na construção sobre a saúde, seja enquanto concepção, seja enquanto políticas, práticas sociais e ou institucional.”

#### 3.2 *LOCUS* DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Central Estadual de Regulação (CER) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

A CER do Estado da Bahia foi implantada em fevereiro de 2003, como Projeto Piloto do Sistema Estadual de Urgências e Emergências, com o objetivo inicial de “desafogar” as emergências dos três hospitais gerais da rede própria, regular o paciente para os leitos do SUS nas unidades de retaguarda e garantir o acesso dos pacientes dos Pronto-Atendimentos de menor complexidade. Os recursos financeiros destinados à implantação e/ou implementação do Complexo Regulador da Bahia pelo Ministério da Saúde, mediante transferência fundo a fundo para uma população estimada, em 2005, pelo IBGE, de 13.850.882 habitantes, foi um montante de R\$ 1.809.794,00 (BRASIL, 2006b). A portaria GM/MS 2.347, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2007i), estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro anual de média e alta complexidade dos Municípios do Estado da Bahia habilitados na Gestão Plena do Sistema, no valor anual de R\$ 8.771.406,00,

sendo o valor mensal de R\$ 730.950,50. Recentemente, a portaria n.º 164, de 22 de janeiro de 2007, estabeleceu um montante de R\$ 3.369.203,31, sendo o valor mensal de R\$ 280.766,94 (BRASIL, 2007L).

A CER funciona em um prédio com um andar, num bairro periférico de Salvador, dentro de um complexo hospitalar. A sala onde funciona a Central, chamada área de regulação, é ampla, climatizada, separada por boxes, que são as estações de trabalho, onde ficam os médicos reguladores e os auxiliares de regulação (videotelefonistas). A iluminação é natural e artificial. O ambiente possui muitos ruídos de telefones e de pessoas falando ao mesmo tempo entre si e por telefone. Vestem-se de formas variadas, algumas enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, assim como alguns médicos, usam capa (jaleco).

Os boxes são “personalizados” por cada profissional que ali desenvolve suas atividades e possuem imagens de santos, a exemplo da imagem da “Santa Mãe Rainha Vencedora” que, em última análise, pode refletir o desejo desses profissionais de resolver o problema de acesso aos serviços de saúde da população. Os boxes possuem muitos avisos e “lembretes” informando à rede assistencial as escalas de serviço dos médicos plantonistas na CER e nos estabelecimento de saúde, seus números de telefones, bem como o número de leitos extras disponíveis. Existem murais onde são encontrados diversos avisos e comunicados dos médicos coordenadores, do gerente de recursos humanos, do coordenador administrativo, e listas de telefones dos diversos serviços de saúde, agenda de eventos, entre outros. Foi observada ainda a existência de um mapa do Brasil e um do município de Salvador, onde estão localizados os serviços de saúde.

Na CER existem computadores, telefones, aparelho de fax, máquina de reprografia e impressoras. Contígua a essa sala, funciona a Central Municipal de Regulação (CMR), para marcação de consultas, e a Central de rádio. Em outra sala, funciona a Central de Processamento de Dados (CPD), responsável pelo arquivamento dos registros, processamento dos chamados e dados estatísticos.

No andar térreo existe copa, refeitório, sala da coordenação de enfermagem, almoxarifado, expurgo, sala para repouso de médico, de enfermagem e de condutores, com televisão, telefones e banheiros.

### 3.3 POPULAÇÃO-ALVO/SUJEITOS DA PESQUISA

Como população-alvo ou universo da pesquisa, consideramos todos os profissionais atuantes na CER (médicos, psicóloga, coordenadora administrativa, enfermeiras,

técnica de enfermagem, secretária, coordenador de frota, auxiliares de regulação, operador de rádio, coordenador de CPD e gerente de recursos humanos).

Trabalham na CER um total de 304 funcionários, incluindo 59 médicos reguladores, sendo um coordenador geral, 21 enfermeiras de assistência, 1 enfermeira coordenadora, 51 técnicos e auxiliares de enfermagem, 1 coordenadora administrativa, 1 assessora técnica, 1 gerente de recursos humanos, 1 administrador de material, 15 secretárias, 1 psicóloga, 1 coordenador do Sistema de Informação da Regulação (SISREG), 80 auxiliares de regulação, 1 administrador de banco de dados, 1 técnico de informática, 10 policiais militares, 1 coordenador da frota de veículos, 33 condutores de ambulância, 4 motoristas administrativos, 1 supervisor de serviços gerais, 2 copeiras, 10 vigilantes e 8 agentes de higienização. A maioria pertence ao quadro funcional da SESAB. Alguns são contratados pelo Regime Especial de Direito Administrativo (REDA). Os auxiliares de regulação, os vigilantes e os agentes de higienização são terceirizados.

Os auxiliares de regulação trabalham seis horas por dia e recebem as ligações externas das unidades de saúde para solicitação de serviços, assim como para a confirmação, ou não, da internação ou realização de exames para o paciente. Como têm acesso às telas dos computadores, onde os médicos mantêm as informações sobre o processo de regulação de todos os pacientes, eles são autorizados a prestar informações gerais como preconiza a Portaria GM/MS 814, de 1 de junho de 2001 (BRASIL, 2007b). Existem auxiliares de regulação que trabalham nas unidades de saúde fazendo o contato com a CER quando da solicitação de internamento. O funcionário designado para o exercício dessa função pode ser terceirizado ou da própria unidade.

Os médicos que trabalham nas ambulâncias UTI Móvel dão plantões de 24 horas semanais. A enfermeira de educação continuada, a coordenadora administrativa, a gerente de recursos humanos e as secretárias, trabalham de 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. A enfermeira coordenadora tem uma carga horária de 30 horas semanais, trabalha de segunda a sexta-feira pela manhã. As enfermeiras de assistência, os técnicos e as auxiliares de enfermagem, têm carga horária mensal de 120 horas, distribuídas em plantões de 24 horas semanais.

Os médicos coordenadores e reguladores têm carga horária de 96 horas mensais, divididas em plantões de 12 ou 24 horas semanais. O coordenador de frota de ambulâncias trabalha 8 horas/dia e é responsável pela manutenção e conservação das ambulâncias. Os condutores dão plantões de 24 horas e a carga horária mensal varia de 180 a 240 horas, a depender do contrato do funcionário no Estado, no REDA ou no Ministério da Saúde. A frota

da CER possui 12 ambulâncias, sendo 7 convencionais e 5 UTIs móveis. Além dessas, o Estado possui outras ambulâncias que ficam em “pontos” estratégicos como maternidades e unidades de emergência. A maior dificuldade citada pelo coordenador de frota foi a questão da manutenção dos veículos.

O operador de rádio trabalha 12 horas durante o dia, folga 24 horas e trabalha mais 12 horas à noite, seguido, então, de 72 horas de folga. A cada turno de 12 horas trabalham 2 policiais. Segundo informações do coordenador geral, o policial militar não tem a função de segurança na CER. Como a Polícia Militar, teoricamente, tem uma grande experiência com operações de rádio, foi solicitado pelo Estado o apoio a estes serviços.

Até dezembro de 2006, só existia no quadro de pessoal de enfermagem duas enfermeiras: uma coordenadora, e outra que, além de assessora da coordenação médica, ocupa-se da educação continuada e elabora as atribuições da equipe de enfermagem, assim como realiza treinamentos. Em janeiro de 2007, foram admitidas 21 enfermeiras provenientes do último concurso público da SESAB. Elas trabalham prestando assistência aos pacientes transportados nas ambulâncias UTI e são responsáveis em fazer o controle de materiais e equipamentos necessários nesses veículos.

A enfermeira da educação continuada faz plano de treinamento para a equipe de enfermagem recém-admitida e pretende, ainda, realizar a prática em setores de Emergências e UTIs da própria rede. O treinamento quanto ao uso de materiais e equipamentos é ministrado por técnicos das empresas fornecedoras.

Os sujeitos deste estudo foram compostos por 15 profissionais que trabalham na Central Estadual de Regulação (CER) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) (Apêndice D) — 4 médicos, 2 enfermeiras, 1 técnico de enfermagem, 1 psicóloga, 1 secretária, 1 coordenadora administrativa, 1 coordenador de CPD, 1 coordenador de frota, 1 rádio operador, 1 auxiliar de regulação, 1 gerente de recursos humanos. Desses, 7 possuem especialização. Na questão de gênero, predominou entre os entrevistados o sexo feminino (12). Quanto à faixa etária, vão de 22 a mais de 60 anos.

### 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, com roteiro previamente elaborado (Apêndice B), constituído de quatro partes. Os tópicos

escolhidos para as perguntas visando atender aos objetivos do estudo foram: identificar a área de abrangência, descrever a estrutura funcional e caracterizar a demanda da Central Estadual de Regulação. A primeira parte, com tópicos referentes à caracterização dos sujeitos; a segunda parte, relacionada aos recursos humanos atuantes na CER, incluindo a jornada de trabalho e o vínculo empregatício. A terceira parte, com dados referentes à organização e funcionamento da CER, no qual foi incluído: o papel profissional na regulação do paciente para internação, o perfil dos pacientes que necessitam de internamento e para onde são encaminhados após regulação, a forma como é realizado o acesso desses usuários aos leitos hospitalares regulados, os critérios utilizados para esta ocupação e o processo de contratação dos leitos junto à rede de hospitais privados. Finalmente, a quarta parte, com questionamentos relacionados à importância da CER para o Sistema Estadual de Saúde, suas facilidades e limitações, assim como sua articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço de Atendimento e Locomoção de Vítimas de Acidentes e Resgate (SALVAR), do Corpo de Bombeiros.

A escolha da entrevista semi-estruturada como técnica de coletas de dados baseou-se nas orientações de Triviños (1987). Para este autor, em geral, este tipo de entrevista parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que interessam ao pesquisador, e que, em seguida, oferecem um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. É uma técnica de pesquisa que tem como finalidade estabelecer uma relação de comunicação verbal entre o entrevistado e o entrevistador, para obter informações relativas ao objeto em estudo. Será adotado este tipo de entrevista porque valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

As entrevistas foram realizadas durante o mês de janeiro de 2007, pela manhã e à tarde, conforme a disponibilidade dos sujeitos, no *locus* da pesquisa, durante seus horários formais de trabalho, de modo a não prejudicar o andamento de suas atividades. Os dados foram gravados após anuência dos entrevistados e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), respeitando as normas de pesquisas com seres humanos da Resolução 196/96 do MS (BRASIL, 2006d).

Também foi realizada observação não participante, por meio de roteiro de observação (Apêndice C), visando registrar o máximo de ocorrências que interessavam ao trabalho e captar os diversos aspectos do contexto operacional como o ambiente, recursos utilizados para a realização das atividades de regulação e o processo de trabalho. Nessa etapa,

verificamos que os sujeitos deslocavam-se para diversos locais na sala de atividades, e mantinham vários contatos com outros indivíduos na resolução de problemas. Percebemos suas intensas manifestações verbais, assim como suas atitudes. Fizemos esta etapa nos intervalos das entrevistas.

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para viabilizar o início da coleta de dados, encaminhamos a SESAB um ofício da Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem (Anexo A), e uma cópia do projeto de pesquisa, solicitando autorização para liberação do campo para a realização do estudo. Cerca de sessenta dias após ter sido encaminhado o ofício à SESAB, obtivemos a autorização para realizar a pesquisa. Posteriormente, encaminhamos ofício e cópias do projeto à Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital São Rafael (Anexo B), solicitando apreciação e parecer do projeto de pesquisa. Aproximadamente dois meses depois recebemos parecer favorável para iniciarmos a pesquisa (Anexo C).

No primeiro contato na CER, conversamos com a assessora da coordenação e com a gerente de recursos humanos, esclarecendo os objetivos da pesquisa e as estratégias de coleta de dados. Na oportunidade, explicamos sobre a questão do sigilo dos registros.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O conteúdo das entrevistas foi transcrito pela autora da pesquisa (Apêndice E), considerando a participação do sujeito como um dos elementos do fazer científico e um dos instrumentos mais decisivos para estudar os processos e produtos nos quais estamos interessados. Desse modo, foi elaborado um plano de análise, considerando as três etapas sugeridas por Bardin (1994): pré-análise, exploração do material, análise dos dados e interpretação. A análise de conteúdo, segundo a autora, trata-se de:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1994, p. 42).

Na fase de pré-análise, tendo como base Bardin (1994), procedemos à organização propriamente dita dos dados/materiais. Após a transcrição das entrevistas, fizemos a escolha dos dados/materiais a serem submetidos à análise, reformulamos hipóteses e objetivos e elaboramos os indicadores que fundamentaram a interpretação final. Tudo isto a partir de leituras flutuantes de todo o material coletado, pelo qual definimos as unidades de contexto, além das categorias oriundas de cada pergunta, com extratos das falas dos sujeitos, mediante agrupamento dos elementos e idéias ou expressões análogas (Apêndice E). Descrevemos as entrevistas dos sujeitos para possibilitar a visualização das respostas lado a lado. Em seguida, elaboramos as categorias para cada pergunta, que proporcionaram o alcance dos objetivos da pesquisa.

Bardin (1994, p.101) afirma que a exploração do material ou “[...] fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas [...] e consiste essencialmente de operações de codificação descontorno ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.” Portanto, na etapa de exploração do material com base na etapa anterior, aprofundamos a leitura e análise dos dados/materiais coletados.

Na fase de análise e interpretação dos dados, analisamos os resultados de maneira a torná-los significativos (falantes) e válidos. Fizemos a interpretação, observando a relação entre eles e a literatura, as questões e os objetivos da pesquisa.

Foram analisados os dados documentados quanto às regras para o Controle, Regulação e Avaliação de Sistemas no setor saúde, definidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Política de Regulação, expressas em leis, normas operacionais, portarias e outras instruções. Foram consultados o Plano Estadual de Saúde, e o Plano de Controle, Regulação e Avaliação do Estado da Bahia, assim como organogramas, protocolos normativos e operacionais da CER e recursos financeiros alocados.

Os dados foram distribuídos em quatro tópicos: 1) Análise da organização e funcionamento da Central Estadual de Regulação de Salvador, onde foi considerada a sua importância para o sistema estadual de saúde, o papel dos profissionais da CER na regulação dos leitos, a área de abrangência, a alocação de recursos, as especialidades, o acesso e destinação do usuário ao leito regulado. 2) Análise de controle de processo, as solicitações e destinação dos usuários, identificando os meios de comunicação utilizados pela CER na regulação de leitos, o número de solicitações, o perfil dos pacientes que são solicitados a internação e o destino dos pacientes regulados. 3) Análise do processo de internação do

usuário abordando os critérios para internação do paciente e seus aspectos críticos. 4) Análise das dificuldades encontradas na CER, em especial as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da Central Estadual de Regulação para o paciente ter acesso aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades, fazendo uma avaliação geral.



## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção serão apresentadas a análise dos resultados do estudo quanto à organização e funcionamento da Central Estadual de Regulação em Salvador e as dificuldades enfrentadas pela equipe da CER, conforme o plano de análise apresentado na seção 3.

Em quase todos os países ocorreram pequenas e maiores reformas nos sistemas públicos de saúde sem que, contudo, se alterassem alguns princípios básicos de funcionamento dos sistemas de atenção à saúde, como o universalismo, o financiamento e a regulação estatal.

Talvez o traço mais comum em todas as reformas tenha sido a descentralização da operação dos serviços na tentativa de dar maior autonomia e aumentar as responsabilidades is regionais para a atenção à saúde, até como forma de resolver a crise do financiamento do sistema, aumentando a participação das esferas locais no gasto público em saúde.

Os custos crescentes determinados pelo avanço tecnológico e pela demanda por serviços médicos evidenciam um problema em que a oferta determina a demanda. Com essa percepção, Consenza (2003) diz que a oferta real de serviços não depende somente de sua existência. Portanto a questão do acesso deve ser abordada. Segundo a autora, os aspectos socioeconômicos, culturais e institucionais somados às desigualdades de desenvolvimento regionais são partes constitutivas de suas várias faces. As estratégias de organização de sistemas de saúde apresentadas devem ser discutidas e aprimoradas, aproximando-se das necessidades e aspirações da população para sua satisfação.

Segundo Moura (2005), com a regulação, a busca do recurso adequado para cada paciente ficará a cargo da equipe da Central de Regulação, que é integrada por profissionais de saúde desvinculados do atendimento direto ao paciente e responsável pela busca do recurso mais adequado para cada caso.

Nos depoimentos s seguir, os entrevistados verbalizam aquilo que Moura (2005) diz. Em uma delas, conseguimos identificar os princípios de universalidade<sup>1</sup> equidade<sup>2</sup> e integralidade<sup>3</sup> que regem o Sistema Único de Saúde (SUS):

---

<sup>1</sup> Universalidade: a saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2005b).

<sup>2</sup> Equidade é um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades. Isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo onde a carência é maior (BRASIL, 2005b).

<sup>3</sup> Integralidade significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência (BRASIL, 2005b).

*[...] consegue ofertar o recurso com universalidade, integralidade, e equidade. A CER, ela permite que você faça mais apuradamente o controle, avaliação do Sistema, da organização do sistema público de saúde e você permite que haja, como é que eu diria é... permite que haja, vamos dizer assim, mais justiça é... você consegue ofertar o recurso disponível para a pessoa mais necessitada. (S2).*

Assim sendo, a regulação do acesso pode promover adequação da demanda à oferta disponível, redução de custos, privilegiar acesso a alguns serviços e dificultar a outros segundo os interesses de gestores, prestadores e corporações. A micro-regulação tem que atender as diretrizes do SUS.

O Plano de Controle, Regulação e Avaliação do Estado da Bahia (BAHIA, 2003) determina que a função reguladora no SUS envolve a organização do fluxo dos pacientes no Sistema. Trata-se de uma forma de organizar a oferta de serviços de saúde de acordo com a demanda, buscando a melhor alternativa de acesso para cada caso. Diz ainda que a implementação de uma proposta de atendimento à saúde baseada nos eixos da Regulação, Controle e Avaliação deverá contemplar uma estrutura modular em setores e serviços e Centrais de Regulação como espaços geográficos. Nesse sentido, tais Centrais são instrumentos por meio dos quais se implementa a função reguladora, garantindo a equidade de acesso, definindo fluxos e sinalizando os *déficits* e disfunções do sistema. Observamos que essa avaliação progressiva é de certa forma realizada pela CER.

#### 4.1 ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CER

Segundo informação de um médico regulador, os auxiliares de regulação são “treinados” e “orientados” para reconhecerem “urgências” e “emergências” por meio do histórico clínico do paciente, estabelecendo prioridades para passar a informação aos médicos. Também têm como função receber fax das Unidades Solicitantes<sup>4</sup> (US), lançando as informações recebidas sobre os pacientes no computador, para que o médico regulador tenha acesso, e fazem ligações telefônicas para que os médicos reguladores entrem em contato com as unidades de saúde. Está habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de

---

<sup>4</sup> Unidades Solicitantes são definidas como estruturas responsáveis pelas solicitações de atendimento à Central de Regulação, podendo ser qualquer estabelecimento de saúde da rede de serviços do SUS na área de abrangência da Central, bem como estruturas externas à área de atuação da Central, de acordo com os pactos estabelecidos. Qualquer tipo de estabelecimento de saúde (básica, especializada ou hospital) que necessite encaminhar pacientes para internações, consultas e exames especializados (BRASIL, 2006f).

auxílio provenientes das US, devendo anotar dados básicos sobre o chamado e prestar informações gerais.

A cada turno de 6 horas trabalham na CER dez auxiliares de regulação, cada um com uma função. Alguns só recebem fax, outros mantêm contato com as unidades de saúde, verifica as vagas existentes e repassa-as aos médicos mediante planilhas manuais. Quando o leito é ocupado, o médico regulador solicita seu bloqueio na planilha. Ocorre, algumas vezes, da própria unidade ocupar o leito disponibilizado para a CER em razão de sua demanda. Nas planilhas constam os nomes das Unidades Executantes<sup>5</sup> (UE) e o número de leitos disponíveis. As UE, em algum momento, podem ser ao mesmo tempo US, quando solicitam o internamento dos pacientes atendidos na própria unidade. Segundo informações de alguns auxiliares de regulação entrevistados, uma das maiores dificuldades em seu serviço é a demora das unidades de saúde em atender ao telefone ou responder aos questionamentos feitos pelos médicos reguladores.

Outros auxiliares de regulação fazem as diversas ligações telefônicas solicitadas pelos médicos reguladores para US e/ou UE e outros alimentam o sistema com as informações recebidas por fax das unidades solicitantes. São recebidas de 30 a 35 solicitações a cada 6 horas de serviço, totalizando em média 140 nas 24 horas.

Considerando o exposto pelos entrevistados (Apêndice E) quanto a seu papel na regulação do paciente para internação, observamos que a preocupação maior desses profissionais é com o acolhimento do paciente e a garantia do tratamento adequado a seu problema de saúde. Franco e Merhy (2006, p.83-84) afirmam:

[...] os trabalhadores de saúde, incluindo o médico, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isso ocorra, será necessário constituir uma nova ética entre esses profissionais, baseada no reconhecimento de que os serviços de saúde são, por sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento dos direitos de cidadania em torno da assistência à saúde.

Os autores citados entendem o acolhimento como a possibilidade de universalizar o acesso, abrindo as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem.

Entre outras competências, o médico regulador exerce a regulação médica do sistema, deve conhecer a rede de serviços da região, manter uma visão atualizada e global dos

---

<sup>5</sup> Unidades Executantes são definidas como os estabelecimentos de saúde públicos e privados que ofertam seus serviços ao SUS na área de abrangência da Central de Regulação. Podem ser hospitais, centros ou clínicas especializadas que executam procedimentos de média e alta complexidade e que possuem médicos de diferentes especialidades (BRASIL, 2006f).

meios disponíveis para o atendimento e garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave.

Os coordenadores são responsáveis pela administração dos serviços da Central, incluindo a negociação com os prestadores de serviço, a relação com os profissionais de saúde, até os aspectos epidemiológicos de sua região. Os reguladores, por sua vez, têm como função checar as evidências clínicas do caso e encaminhar o paciente, mesmo na ausência de agenda ou de recursos, a uma unidade executante, a fim de garantir a melhor terapêutica possível. O depoimento de um dos entrevistados corrobora esta afirmação:

*Garantir o acolhimento e o tratamento da sua patologia que foi inicialmente detectado dentro de um posto de saúde ou de um Pronto Atendimento, de um Pronto Socorro, de um Hospital terciário. É garantir que esse paciente vai ter seu tratamento adequado e o leito correto. (S13).*

O rádio operador, que é um policial da Polícia Militar, opera o sistema de radiocomunicação e telefonia da CER e mantém a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota, além de conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo território abrangido. Faz contato com os condutores das ambulâncias, por meio do rádio, para que sejam feitos os transportes dos pacientes “regulados”. Mantém a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota:

*A nossa função, é após os pacientes estarem regulados manter contato com os motoristas perto da Unidade da Central tanto com as unidades de fora que é regulada pela Central de Regulação e mandar eles se deslocarem para, pra o Hospital onde tá o paciente. É a função do rádio operador. (S12).*

O administrador de banco de dados é responsável pela manutenção e refinamento das informações, apoiando a equipe de desenvolvimento para a definição de tabelas, índices, adaptações, monitoramento, identificação de falhas no sistema de informações e atividades afins.

A área de abrangência da CER compreende todo o estado da Bahia e região metropolitana. O município de Salvador recebe pacientes de outros municípios, comprometendo seu orçamento e a capacidade de atender sua própria dimensão. Em algumas falas podemos observar tais implicações:

*[...] todo o Estado. Infelizmente e apesar da gente não conhecer a rede, intermunicipal, a rede municipal dos outros municípios né, muito pouca coisa a*

*gente conhece dos recursos que são disponíveis nos municípios. Quem pactua com quem tá? (S1).*

*[...] toda a Bahia. Emergência e internamentos. (S11).*

Alguns ressaltam que, a despeito de terem pouco conhecimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e do Plano Diretor de Regionalização (PDR), entendem a necessidade desse planejamento como forma de orientar os gestores na gestão do SUS e oferecer melhor os recursos disponíveis no atendimento às necessidades de saúde da população. O encaminhamento de pacientes de outros municípios, sem o conhecimento da CER e sem a garantia do leito hospitalar gera transtornos para o paciente e a família, descumprindo a Programação. Observamos isso no depoimento de um dos entrevistados:

*[...] conhecimento de PPI, de PDR, esse conhecimentos a Central só tem apenas no papel. Nós não temos a profundidade desses pactos, nós não temos isso na Central, talvez todos os pacientes que são solicitados do interior a gente regula mesmo, às vezes entendendo que pode ser que esse recurso encontra-se em outro local próximo daquele município. (S1).*

*[...] Municípios encaminham os pacientes sem o conhecimento da Central de Regulação, mantendo as emergências cheias, desconsiderando a PPI. (S13).*

Segundo o Plano de Controle, Regulação e Avaliação do Estado da Bahia (BAHIA, 2003), a regulação das referências intermunicipais deverá ser subsidiada pelo processo de Programação Pactuada e Integrada, sendo coordenada pelo gestor estadual, de forma a reforçar o papel do estado no cumprimento das metas pactuadas e operacionalizadas pelas Centrais de Regulação.

Nesse sentido, Franco e Magalhães Junior (2006) ressaltam que os encaminhamentos feitos sem esgotar as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem informações necessárias a respeito do quadro mórbido, evidenciam não somente como opera o trabalho em saúde como também a falta de compromisso com o serviço e com o cuidado do usuário. O depoimento seguinte revela a prática assistematizada e desorganizada dos outros municípios, o que pode explicar a insuficiência de leitos em Salvador:

*O planejamento da SESAB é ter outras Centrais de Regulação em outros municípios (microrregionais) para fazer uma triagem dos casos que devem vir para Salvador, pois um dos maiores problemas de vagas atualmente é que a cidade recebe grande número de pacientes de outros municípios, que poderiam*

*ser atendidos em seus municípios, sem sobrecarregar a rede de saúde de Salvador. (S5).*

O processo de regulação dos leitos hospitalares no SUS ocorre na seguinte seqüência: o paciente é atendido em uma US; o médico que prestou o atendimento entende que o caso necessita de internação; preenche os dados do laudo médico e encaminha para a CER por fax; o médico regulador analisa o caso baseado no laudo, consulta a UE, procura a melhor solução possível e agenda a internação; a US consulta a CER, obtém os dados da internação para onde o paciente deverá ser encaminhado de ambulância. Caso a US não tenha ambulância própria, solicita a ambulância da CER, a convencional ou UTI móvel, conforme o estado clínico do paciente, e encaminha-o para a internação. Além de realizar a regulação do leito hospitalar para internar o paciente, a CER autoriza a realização de cirurgias eletivas.

Na fala do coordenador da frota, percebemos como funciona a regulação:

*[...] paciente estável, a unidade de saúde solicita o internamento a CER, o médico regula a vaga e o paciente é transferido em ambulância convencional. Paciente para consulta ou exame, a unidade solicita, a CER agenda e a ambulância vai buscar. Em alguns casos de pacientes que estão na residência ou hospitais e são pacientes que realizam quimioterapia, hemodiálise, avaliação pós-transplantes e outros casos considerados especiais, a CER autoriza, na pessoa do médico coordenador. No futuro vou solicitar o SAMU para fazer isso. (S10).*

Observamos que a CER não realiza agendamento de consultas e exames, porém o entrevistado deixa claro que é uma perspectiva futura da CER:

*Nós não garantimos nem o agendamento de exames, nem agendamento de consultas, mas no futuro essa Central de Regulação fará tudo. (S1).*

Percebemos ainda que alguns entrevistados não demonstravam preocupação em relação às necessidades dos pacientes. Estão voltados para o trabalho técnico administrativo e não reconhecem a importância de suas atividades no atendimento das necessidades do paciente, conforme demonstram as respostas a seguir:

*[...] eu sou responsável pela manutenção e conservação das ambulâncias. (S10).*

*[...] recebo ligações externas. (S11).*

No que tange à alocação de recursos, o debate sobre o orçamento do governo federal destinado à saúde encontra-se, atualmente, na pauta de discussão do Congresso Nacional, aguardando a aprovação do Projeto de lei Complementar 01/03, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29 e estabelece os recursos mínimos de destino obrigatório na saúde. O Pacto pela Saúde, criado pela Portaria nº 698 de 29/01/07, detalha as transferências de recursos a Estados, Distrito Federal e Municípios, com repasses fundo a fundo para atenção básica, atenção de média e alta complexidade (como é o caso), vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.

Com base nas colocações sobre a alocação de recursos para implantação da CER, percebemos que a maioria dos entrevistados aponta como fonte de financiamento a Secretaria da Saúde do Estado (SESAB). Apenas dois entrevistados citam o Ministério da Saúde (MS) como fonte. Foi observado o entendimento dos profissionais da CER acerca de como foram alocados os recursos para implantação da CER:

*[...] repasse do Ministério da Saúde, através da Secretaria da Saúde. A Central de Regulação foi criada em um plano piloto. Inicialmente, para atender apenas a uma demanda da urgência e aos poucos nosso Secretário de Estado, Secretário da Saúde, ele foi alocando recursos de acordo com a necessidade que havia dentro da Central de Regulação. (S13).*

Alguns entrevistados, entretanto, não estão esclarecidos quanto a essa informação, como evidenciam suas respostas:

*Não sei, deve ser do Governo. (S9).*

*Nunca me preocupei com isso. (S10).*

Nos aspectos relacionados às especialidades, observamos que, para cada médico regulador é determinada uma especialidade, para que fique sob sua responsabilidade todas as solicitações referentes a ela. Por exemplo, três ficam responsáveis em “regular” todas as solicitações de emergência; um fica responsável pelas solicitações de pediatria e assim por diante. Um médico regulador fica responsável pelas solicitações que só atendem no Hospital Geral do Estado (HGE), por ser considerado “muito grande”. Geralmente, o médico coordenador da equipe fica responsável pelos internamentos eletivos e pelas questões relativas ao funcionamento global da Central de Regulação, em conformidade com as diretrizes e rotinas estabelecidas.

Ao questionarmos quais as especialidades que mais solicitam internamento apenas um dos entrevistados respondeu que é a pediatria e a clínica médica. Outro não sabe, porém respondeu como entrave a dificuldade no internamento dos pacientes nas especialidades de neurocirurgia, nefrologia, cirurgia cardíaca e pediátrica, bem como do paciente de angiologia, o que também dificulta a acessibilidade. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS, Salvador possui 28 hospitais especializados, 500 clínicas/ ambulatorios de especialidade e 20 Pronto-Socorros especializados para atendimento de urgência/ emergência (DATASUS, 2007). Costa e Nascimento (2006) afirmam que a indisponibilidade de uma vaga para o atendimento, escassez de profissionais de saúde para o atendimento, espera demorada, horários incompatíveis com a procura de atendimento, rigidez das normas organizacionais, oferta deficitária ou ausente de exames complementares, constantes filas, principalmente pela madrugada, e o atendimento pela amizade, revelam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, gerando um ambiente desfavorável à construção da cidadania.

Os discursos dos participantes da pesquisa confirmam o exposto:

*Não sei. No internamento eletivo a gente tem muita dificuldade com o paciente neurocirúrgico, nefrológico, o paciente renal crônico, diabético tá? O paciente cardiopata cirúrgico. O paciente com insuficiência vascular periférica como pé diabético, com doença vascular de um modo geral, paciente angiológico a gente tem muita dificuldade. (S1).*

*Pediatria, clínica médica. O problema todo é que clínica médica é uma coisa muito vasta. (S2).*

A forma de acesso dos usuários se dá por meio das ambulâncias da CER ou da própria unidade solicitante. A saída das ambulâncias é autorizada pelo médico regulador. Para a ambulância UTI a autorização é feita por escrito e entregue diretamente ao médico da ambulância. Trabalham nas ambulâncias UTI, o médico intensivista, enfermeira e condutor. Em alguns casos, quando o paciente encontra-se de alta hospitalar e não tem como se deslocar, na maioria das vezes por dificuldades financeiras, as ambulâncias convencionais fazem seu transporte para o domicílio, no intuito de liberar a vaga. Além de transporte de pacientes para internações, as ambulâncias também realizam transporte de pacientes para realização de exames e avaliações com médicos especialistas em outras unidades de saúde, retornando depois para a unidade de origem.



No momento de entrevista foi informado que essa quantidade é suficiente para atender à demanda dentro da cidade do Salvador, porém as ambulâncias também fazem transportes da região metropolitana e interior do Estado. A comunicação com as ambulâncias é feita por rádio e telefone celular.

Nas ambulâncias convencionais vão o condutor e o técnico ou auxiliar de enfermagem. Alguns técnicos/auxiliares de enfermagem têm experiência em emergência e autonomia para decidir o transporte ou não do paciente, a depender de seu estado clínico. A assistência de enfermagem prestada pelo técnico ou auxiliar de enfermagem ao paciente transportado pela ambulância convencional é, segundo um dos entrevistados:

*Basicamente monitorização visual, porque não temos muito que fazer dentro da ambulância e geralmente são pacientes que não exigem muitos recursos. Se na chegada, a gente observando, são pacientes críticos, a gente contra-indica o transporte na convencional, solicitando a UTI móvel. (S8).*

Na fala de outro entrevistado, percebemos que na sua percepção a assistência de enfermagem prestada na ambulância, durante o transporte do paciente, não faz parte de seu papel na regulação dos leitos hospitalares:

*A gente não faz a regulação do paciente. A gente só trabalha na transferência, no transporte inter-hospitalar. A regulação é toda feita pelos médicos reguladores [...] (S7).*

Em cada plantão é designado um “líder” para a equipe de enfermagem. Antes era o técnico ou o auxiliar de enfermagem, quem verificava os materiais, determinava quem sairia nas ambulâncias e, caso o veículo quebrasse, redistribuía o pessoal para revezamento em outras ambulâncias. Atualmente, isso é feito pela enfermeira de assistência. A portaria MS/GM nº 814 (BRASIL, 2007b), define como competências do enfermeiro: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no atendimento pré-hospitalar móvel, executar prescrições médicas por telemedicina, prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, a gestantes, parturiente e recém-nato e realizar parto sem distócia. Ao técnico/auxiliar de enfermagem compete auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem, observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação, administrar medicações, fazer curativos, prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou a distância do enfermeiro.

O condutor de veículos de urgência deve conduzir veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes, conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, realizar manutenção básica do veículo, estabelecer contato radiofônico ou telefônico com a CER, conhecer a malha viária local e conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema local (BRASIL, 2007b).

As ambulâncias convencionais fazem de 5 a 10 transportes por ambulância, variando de 35 a 70 transportes nas 24 horas. As ambulâncias UTI eventualmente não são usadas e as enfermeiras ficam na CER. Na fala seguinte constatamos como é feita a transferência do paciente:

*Vai depender do quadro do paciente. O médico do hospital de origem solicita, indicando no relatório se precisa de uma ambulância convencional ou de uma UTI móvel. E aí o regulador vê, de acordo com o número de pedidos que já tem na tela no sistema, pra poder dispensar essa ambulância se no hospital destino tiver a vaga. Se for só pra exame, se for transferência, a depender do que for, libera ou não. Se precisar da presença do médico sai sempre a UTI móvel; sai com médico, enfermeira e condutor. (S7).*

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. Com o Samu/192, o governo federal está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população (BRASIL, 2007m).

Por meio de convênio entre a Polícia Militar/ Comando do Corpo de Bombeiros e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, com apoio da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, nasceu o Serviço de Atendimento e Locomoção de Vítimas de Acidentes e Resgate (SALVAR) no dia 22 de abril de 1997. Os reclames da comunidade baiana, com o crescente número de ocorrências, como acidentes de trânsito, traumas, eletrocussões, quedas, partos de emergência, demonstrações, palestras, entre outros, sensibilizaram o Governo do Estado, que criou o 12º Grupamento de Bombeiro Militar/GEM – SALVAR, pelo Decreto nº. 8.438, de 05/02/03, passando a unidade a ter jurisdição sobre todo o Estado (BAHIA, 2006).

Ao perguntarmos como a CER se articula com o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço de Atendimento e Locomoção de Vítimas de Acidentes e Resgate (SALVAR), fomos informadas de que só ocorre a utilização do SAMU para realizar transporte inter-hospitalar, quando a CER está sem ambulância UTI disponível e que o SAMU faz sua própria regulação. Quando a unidade executante não quer receber os pacientes do SAMU, eles pedem “ajuda” à CER. Quanto ao SALVAR, a CER não usa seus serviços. Podemos verificar isso na seguinte fala:

*Transporte inter-hospitalar. Pede ajuda ao SAMU, quando está sem ambulância UTI. SAMU faz a própria regulação e quando a unidade executante não quer receber os pacientes do SAMU, eles pedem ajuda à Central. Não usamos o serviço do SALVAR. (S3).*

#### **4.1.1 Análise de Controle de Processo, as Solicitações e Destinação dos Usuários**

Observamos que os meios de comunicação utilizados pela CER são os mais avançados, pois além da Internet, são usados o fax, telefone e rádio. A análise de um dos discursos sobre os meios de comunicação, destacou também o interesse e empenho do médico regulador em garantir o recurso adequado para atender à necessidade de saúde do paciente, como se pode observar no relato a seguir. Para facilitar o contato com as unidades executantes, a CER possui os telefones celulares dos médicos coordenadores de plantão dessas unidades, para que possam entrar em contato direto com no caso de existir o leito para encaminhar o paciente:

*A web, a Internet, a intranet, o fax e o telefone e o médico regulador regula mesmo sem nada disso. Até com sinal de fumaça a gente tem que regular. (S1).*

Os leitos hospitalares disponíveis são informados por fax à CER pelas unidades executantes. Àquelas que não possuem fax, cabe à CER fazer o contato telefônico, para que possa estar sempre atualizada quanto às vagas existentes, pois estas unidades não informam. Todavia os médicos reguladores informaram que deveria ser usado o Sistema de Informação da Regulação (SISREG), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, que informatiza a Central de Regulação. As experiências a partir de sua utilização apontam a necessidade de melhorias

que, segundo informações, vêm sendo aprimoradas pelo DATASUS. Em tese, o SISREG dá acesso ao mapa de leitos dos pacientes internados, porém, segundo relato de um dos entrevistados, às vezes, a unidade de saúde não dá alta ao paciente no sistema em tempo hábil. Os profissionais da CER ficam reféns da informação, dificultando ainda mais o acesso do usuário ao serviço, conforme depoimento:

*[...] a unidade, ela não dá alta no sistema em tempo hábil pra mostrar isso. Então a gente fica sempre refém da informação que a própria unidade executante nos oferece. (S2).*

Para evitar isso, a CER tinha uma equipe de supervisão hospitalar que fazia uma *varredura* nos leitos da rede própria, conveniados e contratados, informando à CER os leitos disponíveis que, *por ventura* não foram informados pela unidade. Avaliam os fluxos estabelecidos e a relação dos serviços com a regulação. Atualmente, essa supervisão é feita pela Central Municipal de Regulação. É composta por médicos, enfermeiras e um técnico em informática. Quando aumenta a demanda e há maior dificuldade em internar os pacientes, e caso o município não consiga fazer essa supervisão, a CER envia um médico coordenador para realizá-la. Segundo um dos entrevistados:

*[...] eles escondem os leitos para internar pacientes deles [...] Sem a CER, os leitos SUS iam ficar sob o controle dos diretores [...] A CER é necessária para fazer um controle dos leitos SUS e ampliar os leitos disponíveis. Esta é a maior função da CER. (S5).*

Em relação ao número de solicitações, quando questionamos sobre seu número nas 24 horas, percebemos que muitos desconhecem essa informação, o que pode dificultar o planejamento da acessibilidade. Os entrevistados não sabem exatamente o número de solicitações recebidas pela CER:

*Ver com o funcionário que faz a contabilidade. (S3), (S5).*

*Não sei. A Central de regulação funciona 24 horas ininterruptamente. (S4).*

E outros responderam:

*Eu sei que costuma passar de mil solicitações de internamento. Cinqüenta e seis páginas no computador. Cada página tem quarenta laudos. Baixamos para trinta e seis com internamentos para própria unidade solicitante. (S2).*

O tempo entre a solicitação e o internamento do paciente é extremamente variável, o que dificulta o controle, a organização e a avaliação do sistema. Neste aspecto, o tempo pode variar de alguns minutos a vários meses. Depende do perfil do paciente e do recurso necessário. Podemos observar nas falas seguintes, os problemas graves que podem acontecer por conta desse tempo e que alguns sujeitos não acham importante para o planejamento da acessibilidade dessas informações:

*Às vezes demora muito. Tem paciente que às vezes rodam mais de um mês na tela. Depende do tipo de perfil, de leito demandado. Por exemplo: leito de ortopedia no Santa Izabel é uma coisa que é a cada quinze dias. Então, às vezes, a gente tá com quinze, vinte pacientes. Chegou um paciente mesmo agora, que foi liberado por uma unidade com uma consolidação viciosa. Foi liberado o paciente com consolidação viciosa da fratura pra casa porque demorou muito, passou do prazo prá poder fazer a cirurgia. (S2).*

*A gente só transporta, não sei há quanto tempo foi solicitado. (S7), (S8).*

Quanto ao perfil dos pacientes que solicitam o internamento, nenhum dos entrevistados respondeu conforme o esperado. Não existe um perfil definido para os pacientes que são regulados para o internamento. A CER recebe solicitações de internamento de pacientes de todas as especialidades, idade e sexo. Consideramos essa informação essencial para facilitar também o planejamento da acessibilidade, pois esperávamos obter informações específicas quanto à idade, sexo e procedência. Na fala não podemos analisar o perfil:

*São todas as idades, especialidades, procedência e sexo, adultos e crianças, grandes e pequenos. (S3), (S4), (S5), (S6), (S7), (S9), (S10), (S11).*

A portaria GM/MS 358, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), institui diretrizes de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece que, quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e comprovada e justificada a necessidade por meio de Plano Operativo da rede própria, o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde. Diz que a participação complementar no SUS dos serviços privados de assistência à saúde será formalizada mediante contrato ou convênio celebrado com o município e/ou o estado, observadas as normas para licitações e contratos da Administração pública e o disposto nesta Portaria. Os convênios serão feitos com organizações filantrópicas e sem fins lucrativos; os contratos de gestão deverão

ser feitos com organizações sociais e o contrato administrativo com empresas privadas com fins lucrativos ou, em casos excepcionais, com filantrópicas e organizações sociais.

Ao analisarmos as falas, apoiados nas informações acima, verificamos que, quando não existe a vaga nos hospitais da rede pública, os pacientes podem ser encaminhados para hospitais filantrópicos ou privados contratados ou conveniados pelo SUS, desde que existam leitos disponíveis:

*As Santas Casas, de um modo geral, são hospitais filantrópicos que também podem trabalhar com convênio se quiserem né? (S1).*

*Todo hospital conveniado tem uma cota de leitos para o SUS, porém o hospital usa esses leitos para atender os pacientes de convênio seguro saúde. (S5).*

Chama atenção esta última fala, bastante significativa, que aponta a necessidade de supervisão nas unidades de saúde para identificar essas distorções que dificultam ou impedem a equidade, a integralidade e os esforços pela humanização do SUS.

Os sujeitos entrevistados revelaram que os pacientes regulados para internação são encaminhados para a rede própria do SUS, hospitais conveniados ou contratados da rede privada e unidades de emergência, de acordo com a necessidade do paciente. A entrada de um paciente se dá por meio de uma unidade de saúde. A unidade solicita e a CER faz a regulação inter-hospitalar. A partir do momento em que o leito está disponível, é feita uma avaliação entre os pacientes e aquele leito é ofertado para o paciente mais “adequado” naquele momento. O paciente é transferido para a unidade hospitalar pela ambulância da própria unidade ou da CER. Pelo estado clínico do paciente, o médico regulador decide se o transporte deverá ser feito em ambulância convencional ou UTI. Os depoimentos revelam para onde são encaminhados os pacientes para internação:

*Rede própria do SUS e contratados pelo SUS em rede privada. (S3).*

*Toda a rede pública de acordo com a necessidade do paciente e a rede contratada e conveniada pelo SUS. (S13).*

Apesar de um dos entrevistados afirmar que todos os pacientes são encaminhados, de acordo com seu perfil, para leito específico, e que a CER usa a rede própria do SUS, conveniados e contratados, outros informaram que, caso não exista o leito disponível ou o recurso solicitado, os pacientes esperam. De acordo com o relato dos entrevistados, são feitas atualizações constantes para verificar se o paciente ainda se encontra na unidade e se ainda

necessita do recurso solicitado. Às vezes, o paciente melhora; às vezes, permanece internado na própria unidade solicitante ou vai a óbito. Quando o recurso solicitado não é o que o paciente realmente necessita; ele retorna à unidade de origem, que, muitas vezes, não tem o recurso necessário.

#### **4.1.2 Análise do Processo de Internação do Usuário**

Analisando os critérios para internamento do paciente e seus aspectos críticos, percebemos que, ao solicitarem o internamento, os profissionais não prestam as informações suficientes sobre o quadro clínico dos pacientes, como pode ser visto nesse depoimento:

*Conscientização dos médicos solicitantes em passar o quadro clínico dos pacientes. Por exemplo: paciente com dor de cabeça, solicita avaliação neurológica. Só pela dor de cabeça? Toma um analgésico. Perco tempo em ligar pra ele para esclarecer o quadro clínico, em vez de ligar para as unidades Executantes. (S3).*

A orientação do Ministério da Saúde é que nas Centrais de Regulação devem existir protocolos clínicos que deverão ser utilizados pelos médicos reguladores na tomadas de decisões e no processo de internação dos pacientes (BRASIL, 2007f). Conforme os relatos, a CER de Salvador ainda não possui protocolos clínicos. O médico regulador também utiliza sua experiência para decidir qual paciente deverá ocupar o leito. Dão prioridade aos pacientes de maior gravidade, com chance de maior sobrevida e de uma vida útil. Observam também os recursos existentes nas unidades solicitantes. Os pacientes dessas unidades são priorizados como relatou o médico regulador em entrevista.

Na regulação da assistência está posto que a mesma deve ser pautada nos princípios que regem o SUS: universalidade, integralidade e equidade. Porém, na prática, deparamo-nos com os dilemas éticos vivenciados diariamente pelos médicos reguladores no cumprimento desses princípios, diante da “insuficiência” de leitos hospitalares.

O médico regulador deve procurar a melhor resposta às necessidades do paciente, combinando universalidade e equidade, ou seja, acolhimento universal e resposta conforme hierarquia de necessidades, sem descuidar de documentar as ofertas não disponíveis, na perspectivas de afirmá-las como objetivos estratégicos. Surgem situações que geram dúvidas

quanto à decisão a tomar que põem à prova não só o senso moral, como também a consciência moral, que se referem a valores como justiça, honradez, integridade e generosidade, exigindo uma decisão sobre o quê fazer, cujas razões possam ser justificadas não só para aquele que decide como também para os outros, resultando em assumir todas as conseqüências dessa decisão (ABRAHÃO, 2002).

Do ponto de vista do médico regulador, os cuidados éticos com a decisão a ser tomada poderiam ser resumidos em dois princípios básicos: princípio de direito (primeiro a chegar, primeiro a ser atendido) e princípio da ordem (terminar o primeiro antes de começar o segundo).

Para sintetizar os princípios éticos que envolvem o atendimento às urgências, os países europeus reuniram-se em Lisboa, em 1981, e elaboraram uma declaração com quatro princípios básicos que o médico deve respeitar: autonomia e liberdade; benefício de todos; menor prejuízo possível; justiça, igualdade e solidariedade (ABRAHÃO, 2002). Quando questionados sobre isso, suas respostas evidenciaram que existe essa avaliação e que eles vivenciam esse dilema ético numa realidade cruel, na qual sofrem violência organizacional:

*[...] não existe protocolo clínico. Este protocolo está sendo desenhado ainda, mas não existe protocolo clínico. (S1).*

*[...] a depender do perfil do paciente, o médico regulador sabe para onde mandar. (S3).*

*[...] é um dilema para decidir. Vive pensando: entre morrer e ficar cego é melhor ficar cego. No caso de só tem 1 leito disponível e 2 pacientes no caso. (S13).*

Segundo um médico, coordenador da CER, se saúde é dever do Estado, a primeira coisa a fazer, quando um paciente procura o atendimento devido a um problema de saúde, é ter uma porta de entrada para que ele possa ter acesso a um serviço que resolva seu problema de saúde. Porém, o que acontece, é que esses pacientes não conseguem ser atendidos para a consulta, tampouco conseguem as medicações necessárias, nem realizar exames. A assistência básica não funciona a contento e este paciente acaba dando entrada aos serviços de saúde pela porta das emergências, que ficam lotadas, sobrecarregando o sistema. Na opinião dele, se os serviços básicos de saúde estivessem funcionando, os serviços de média e alta complexidade seriam suficientes para atender a população. Segundo esse mesmo entrevistado, por causa disso, houve a necessidade de se efetivar a regulação da assistência, objetivando ordenar fluxos com base na necessidade do usuário.



De acordo com alguns relatos dos entrevistados, um dos maiores problemas enfrentados na regulação de leitos hospitalares é a resistência das unidades de saúde em receber os pacientes do SUS, principalmente àquelas que têm porta de entrada como ambulatório e emergência, uma vez que necessitam dos leitos para os pacientes que são atendidos nessas organizações. Outro problema apontado é a resistência dos profissionais de saúde no atendimento desse paciente, contrariando o que está posto na Constituição Federal título II, capítulo I, Art 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”, e no VIII título seção II da Saúde onde diz que, “[...] a Saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1989, p. 81).

Na análise do conteúdo das falas, percebemos a preocupação dos entrevistados em relação à importância da CER para o Sistema Estadual de Saúde, na reorganização dos serviços. Uma das grandes dificuldades colocadas foi a ausência de profissionais especializados para o atendimento dos pacientes. Os profissionais de saúde da CER não afirmam, mas deixam transparecer que os profissionais especializados possuem alternativas de trabalho que não o Sistema Estadual de Saúde:

*[...] não pode existir porque há uma ausência de profissionais neurologistas, de médicos neurologistas que queiram trabalhar para o Estado. Por isso não se conseguiu montar o serviço do Hospital Ernesto Simões, certo? (S1).*

Existem questões não resolvidas, que a CER ainda não conseguiu mostrar, no entendimento do mesmo entrevistado:

*Outras coisas têm que ser resolvidas, mas cabe a regulação mostrar. (S1).*

A portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2007j), informa que no SUS existem mais de 63 mil unidades ambulatoriais e cerca de 6 mil unidades hospitalares com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares e 132 milhões de atendimentos de alta complexidade.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde de 2004-2007 (BAHIA, 2004), a Bahia possui um total de 31.959 leitos, SUS e privado. Destes, 1.195 são leitos de UTI. Do total,

26.940 são do SUS, sendo 793 de UTI. Para uma população de 13.435.612 habitantes, em 2003, a proporção é de 2 leitos por 1000 hab. Portanto, está dentro dos parâmetros que traz a portaria GM/MS 1.101/02 (BRASIL, 2007d), de 2 a 3 leitos por 1000 hab. Em Salvador existem 9.012 leitos hospitalares, sendo 6.396 do SUS e 2.616 privados. Até dezembro de 2006 houve um total de 69.625 internações pelo SUS na Bahia, sendo 12.691 em Salvador (BAHIA, 2004).

Segundo Franco e Magalhães Júnior (2006), a assistência à saúde, em níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade em geral, é um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde. De um lado, os gestores do SUS convivem com grande pressão de demanda por esses recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando, muitas vezes, longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro, esses serviços representam vultuosos gastos para o orçamento da saúde.

Outro grande problema enfrentado pela CER e observado nas falas dos entrevistados está relacionado com essa discussão do quantitativo de leitos hospitalares no SUS. De acordo com os participantes desta pesquisa, a prática não condiz com o ideal preconizado pelo Ministério da Saúde, já que:

*[...] o quantitativo de leitos tanto como eu descrevi pra você, leitos de UTI, leitos hospitalares pra internações, com certeza há um déficit grande. (S1).*

*[...] leitos existentes não são suficientes para a demanda. É necessário construir mais hospitais. O cálculo de leitos é feito pelo Ministério da Saúde em cima da população do município e não temos leitos suficientes. (S5).*

Analisando outros depoimentos, identificamos o que está posto no Portal da Regulação do MS/DATASUS/SISREG: a regulação da assistência torna-se necessária porque os leitos hospitalares são reservados com base na influência pessoal e costumam ser preenchidos sem considerar a gravidade do estado de saúde do paciente, o que contraria as normas do Ministério da Saúde sobre a regulação da assistência e todos os postulados que existem sobre Direitos Humanos. O depoimento a seguir é ilustrativo:

*Solicitações que vêm do gabinete do secretário, políticos, é dado prioridade em cima de todas. Independe do quadro. Que vem de gabinete de deputado, que vem de gabinete de seu Zinho, de seu Zão, governador, presidente da república, aí depende. Vareia, como diz o povo. Normalmente, esses têm prioridade entre todos. Independe do quadro clínico do paciente. (S2).*

Outro problema relatado diz respeito a empréstimo de equipamentos. Segundo a enfermeira coordenadora, o empréstimo desativa as ambulâncias e quando são devolvidas não funcionam, provavelmente pela imperícia de outros profissionais na manipulação. Os aparelhos quebrados são encaminhados para manutenção, realizada por empresas contratadas para este fim. Segundo a depoente, além da falta de experiência das enfermeiras, outra grande dificuldade no desenvolvimento das atividades é a falta de pessoal, inclusive por muitos atestados médicos, gerando alto absenteísmo. A resolutividade está ligada ao recurso instrumental e ao conhecimento técnico dos profissionais, e ainda à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário. A desqualificação dos recursos humanos, segundo Rimoli (2006), é sempre apontada como um dos principais problemas enfrentados pelas Secretarias de Saúde.

Os materiais são fornecidos por unidades hospitalares da rede pública por um acordo feito pela SESAB, mediante solicitação da enfermeira coordenadora. O recebimento é irregular, já que é solicitado a várias unidades, e “demora muito” de chegar. Na maior parte do tempo, não é recebido tudo que é solicitado. A lavagem e desinfecção dos materiais utilizados em procedimentos realizados no paciente são realizadas na própria CER, porém a esterilização também é feita pelas unidades hospitalares. Outro grande problema referido foi a “quebra” das ambulâncias, que ela considera “velhas e sempre dão problema em sua rede elétrica”.

#### 4.2 ANÁLISE DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA CER

Nesta seção analisamos as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da Central Estadual de Regulação, para que o paciente tenha acesso aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades.

Os dados mostram que existem no processo de regulação dos leitos muitos problemas, relacionados principalmente com a estratégia adotada na política de planejamento do próprio sistema. Foram identificados como fatores que dificultam o acesso dos usuários, a insuficiência de leitos hospitalares, as deficiências de especialidades e especialistas.

Foi observado que uma das maiores dificuldades vivenciadas por esses profissionais é o “número insuficiente de leitos para atender à demanda dos pacientes”. A CER foi inicialmente implantada como projeto piloto para atender ao município de Salvador,

com o objetivo de melhorar o atendimento nas emergências dos hospitais da rede pública. No entanto, na realidade abrange e atende todo o estado da Bahia, uma vez que os outros municípios também solicitam internação para seus pacientes, muitas vezes por não disporem de recursos necessários para o atendimento às necessidades de saúde do usuário, inclusive descumprindo a PPI.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostrou que as políticas assistencial e de gestão da regulação da assistência, definidas nas NOAS, refletem uma política vertical e de difícil implementação, pois as vagas hospitalares costumam ser preenchidas sem considerar a gravidade do estado de saúde dos pacientes. Como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social, é preciso estimular a participação popular na gestão do SUS em todas as esferas: municipal, estadual e federal. A melhoria das condições de saúde dos brasileiros requer ainda a mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando sua prevenção e promoção e garantindo a integralidade.

No atual contexto, dentro das condições de saúde da população brasileira, regular leito hospitalar se faz necessário, como uma forma de "cuidar" em um sentido mais amplo. Planejar a assistência à saúde também é "cuidar", e no âmbito da saúde atual sabemos que as pessoas que buscam "cuidados" esperam mais do que procedimentos técnicos. Esperam solidariedade e sensibilidade que conduzam a ações mais plenas e, dentro dessas ações, a regulação de leitos tem importância fundamental, a partir do momento em que auxilia o acesso do paciente aos serviços de saúde compatíveis com suas necessidades. A Central de Regulação está incluída nesse conceito mais amplo de cuidar. Faz uso do poder do cuidado para garantir um ambiente propício, envolvendo os meios físicos, o administrativo e o social. Se o cuidado é importante e significativo, ele deve ser reconhecido não só pelas pessoas cuidadoras profissionais, mas também por todas que estão direta ou indiretamente envolvidas nele.

Finalmente, ao refletirmos sobre a importância da CER, podemos reconhecer que ela facilita, de alguma forma, o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, o que não deixa de ser um avanço para o SUS. É apostando na possibilidade de uma prática transformadora que os profissionais que trabalham na CER insistem, superando suas dificuldades na perspectiva da construção de um novo modelo de atenção à saúde. Foi possível observar que esses atores convivem em uma limitada autonomia por existir sistema de encaminhamento informal, como também compartilham com escassez de recursos humanos, materiais e de equipamentos, o que gera complexa situação de pontos críticos que afetam os princípios do SUS.

Detectamos a existência de muitos desafios, no entanto é importante ressaltar que observamos nas falas dos atores a vontade de vencer essas dificuldades. Esses profissionais

deixaram claro em seus depoimentos que, com este trabalho, em breve alcançarão os princípios de universalidade, integralidade e equidade propostos pelo SUS. Assim, os profissionais que atuam no CER visualizam esperanças para superar os pontos críticos vivenciados cotidianamente, reconhecendo todos os fatores que dificultam o processo da regulação.

Nesse sentido, os resultados deste estudo podem contribuir para possibilitar a reflexão acerca de mudanças necessárias nas políticas de saúde, baseadas nos postulados Constitucionais dos direitos humanos, articulados com os atores sociais envolvidos. Entendendo que as possibilidades de superação das dificuldades incluem a identificação de diferentes aspectos envolvidos e compreendendo que este estudo possibilitou analisar criticamente a estratégia atualmente utilizada pela política de regulação, recomenda-se que haja empenho dos profissionais da CER para sensibilizar os gestores acerca das mudanças necessárias, buscando a melhoria do acesso do usuário aos serviços de saúde, de acordo com suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Paulo de Tarso Monteiro. **Curso de regulação médica**. Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. Salvador, 2002. Mimeografado.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Plano de Controle, Regulação e Avaliação do Estado da Bahia**. Salvador, ago. 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Plano Estadual de Saúde**. Salvador, 2004.

\_\_\_\_\_. Polícia Militar da Bahia. **12º GBM/Grupamento de Emergências Médicas – SALVAR**. Disponível em: <<http://www.pm.ba.gov.br/salvar.htm>> Acesso em: 28 nov. 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 1989.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Centrais de regulação**: proposta de atendimento à saúde. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/Guia-sus-cidadao/pg-72.shtml>>. Acesso em: 30 dez. 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DERAC). **Regulação no setor saúde – em direção aos seus fundamentos públicos**. Brasília, DF, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.023/GM de 23/09/04. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 set. 2004c. p. 44.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. (NOAS/SUS 01/01). Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br//Sus/Legisla%>>. Acesso em: 19 jul. 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Portal SISREG. Disponível em <<http://portaldaregulacao.datasus.gov.br/conteudo/principio.htm>>. Acesso em: 19 jul. 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 358 de 22/02/06. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 fev. 2006a. p. 127.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 24 de dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, dez. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI80142.pdf>> Acesso em: 23 maio 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.refrfgs.br/bioetica/res19696.htm>> Acesso em: 23 out. 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/nob96.htm>> Acesso em: 13 dez. 2006e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para implantação de complexos reguladores**. Brasília, DF, 2006f. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, DF, 2006g. (Série E. Legislação de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006h. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 356/SAS de 22 de setembro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <[http://águaia.datasus.gov.br/php\\_datasus/sisprenat/Portaria\\_SAS\\_356.PDF](http://águaia.datasus.gov.br/php_datasus/sisprenat/Portaria_SAS_356.PDF)> Acesso em: 13 jan. 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 814/GM, de 01/06/01. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20814.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2007b.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/02). Portaria 373/GM, de 27/02/2002. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://ctrl2001.saude.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>> Acesso em: 13 jan. 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12/06/02. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/SAS/PORTARIAS/Port2022/Gm/GM-1101.htm>> Acesso em: 13 jan. 2007d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM, de 05/11/02. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://www.almedical.com.br/normas/portaria-2048\\_regulamento\\_de\\_urgencia\\_e\\_emergencia.htm](http://www.almedical.com.br/normas/portaria-2048_regulamento_de_urgencia_e_emergencia.htm)> Acesso em: 15 jan. 2007e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 423/GM, de 09/07/02. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/images/pdf/cra.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2007f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.828/GM, de 02/09/04. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/SAS/PORTARIAS/Port2022/GM/GM-1828.htm>> Acesso em: 15 jan. 2007g.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 494/GM, de 30/06/06. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/matérias/xml/do/secao1/2200652.xml>> Acesso em: 18 jan. 2007h.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 2.347/GM, de 05/10/06. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/admin/PORTARIA\\_SAS\\_NR\\_761\\_23\\_OUTUBRO\\_2006.pdf](http://www.conass.org.br/admin/PORTARIA_SAS_NR_761_23_OUTUBRO_2006.pdf)> Acesso em: 18 jan. 2007i.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 18 jan. 2007j.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 164/GM, de 22 de janeiro de 2007. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 jan. 2007L. seção 1 p. 17.

BRASIL. Ministério da saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. **Samu 192**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=456](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=456)> Acesso em: 18 fev. 2007m.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 698/GM, de 29/01/07. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 2006. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/matérias/xml/do/secao1/2076193.xml>> Acesso em: 15 fev. 2007n.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Política de saúde e organização setorial do país**. Texto especialmente elaborado para o Curso de Especialização a Distância Autogestão em Saúde. ENSP/FIOCRUZ, 1999. Mimeografado.

CONSENZA, Gilvânia Westin. **Distribuição espacial e acesso da população aos serviços de saúde**. Gestão de sistemas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

COSTA, Naiza Santana e Santana; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. Acesso aos serviços e ações de saúde no Brasil: (re)construção histórica de 1920 a 2000. **Rev. Saúde Coletiva UFE**, Feira de Santana, n. 1, p. 9-16, jan./dez. 2006.

DATASUS. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 4 fev. 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-133.

JAIME, Fausto. **Estratégias de regulação do SUS pelo gestor federal – 1995 a 2002**. 2004. 49f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

LUCCHESI, Geraldo. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 157-179.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1996.

MOURA, Sonia Regina de Aziz. **Implantação da central de regulação da SESAB**. 2002. Disponível em: <<http://www.agecom.ba.gov/exibe-noticia.asp?co-noticia=3500>> Acesso em: 3 jan.2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da república. In: SILVA, Lígia Maria Vieira da. (Org.). **Saúde Coletiva – textos didáticos**. Salvador: Centro Editorial e Didático, Universidade Federal da Bahia, 1994. p. 47-59.

RIMOLI, Josely. Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência e gestão. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 199-206.

SETENTA, Elizabeth Xand Maron. **Ações gerenciais da(o)s enfermeira(o)s na reorganização dos serviços de saúde da rede básica: um estudo no município de Itabuna-BA**. 2005. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Trabalho apresentado ao Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo: 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo da Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Aceito participar da investigação intitulada “Regulação dos leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Salvador-Ba, de autoria da Mestranda JACI LOPES TORRES, com o objetivo geral de compreender o processo de regulação dos leitos hospitalares no SUS na cidade de Salvador-Ba, que tem como finalidade acadêmica cumprir requisitos do Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Concordo em conceder uma entrevista que poderá ser gravada e transcrita pela autora, e estou ciente de que será assegurado meu anonimato e que poderei me recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da investigação.

Autora da pesquisa

Entrevistado

## APÊNDICE B - Roteiro para entrevista semi-estruturada com profissionais da Central de Regulação

### 1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Idade
- Sexo
- Formação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Tempo de formado

### 2-DADOS SOBRE RECURSOS HUMANOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO.

2.1 Que profissionais atuam na Central de regulação? Em número de quantos?

2.2 Qual é a jornada de trabalho diária, semanal e como são distribuídas durante as 24 horas do dia?

2.3 Qual o vínculo empregatício?

### 3. DADOS SOBRE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

3.1 Qual o seu papel na regulação do paciente para internação?

3.2 Qual é a área de abrangência da Central de Regulação de Salvador?

3.3 Como são alocados os recursos para a implantação da Central de Regulação?

3.4 Quais são as especialidades que mais solicitam internamento?

3.5 Como se dá o acesso do usuário aos leitos regulados?

3.6 Quais são os meios de comunicação utilizados pela Central Estadual de Regulação?

3.7 Qual é o número de solicitações de internação nas 24 horas?

3.8 Qual o perfil dos pacientes que são solicitados o internamento? (idade, sexo, patologia e procedência).

3.9 Para onde são encaminhados os pacientes regulados?

#### 4 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO

- 4.1 Quais são os critérios adotados para as internações?
- 4.2 Quais são os problemas enfrentados na regulação dos leitos hospitalares?
- 4.3 Como a Central de Regulação tem o conhecimento das vagas hospitalares?
- 4.4 Qual é o tempo entre a solicitação de internamento pela unidade solicitante e a internação do paciente?
- 4.5 O que é feito caso não exista vagas nos hospitais da rede pública?
- 4.6 Qual a importância da Central de Regulação para o Sistema Estadual de Saúde?
- 4.7 Como você avalia o funcionamento da Central de regulação, suas facilidades e limites?
- 4.8 Como a Central de Regulação se articula com os serviços externos, SAMU, SALVAR?

## APÊNDICE C - Roteiro para observação não participante

1 Data:

2 Turno:

3 O Cenário:

- Características do Campo.
- Onde as pessoas se situam.

4 Os sujeitos:

Como se vestem?

Que adornos usam?

O que os movimentos de seu corpo expressam?

5 O comportamento social:

Como as pessoas se relacionam?

De que modo o fazem?

Que linguagem utilizam?

6 Dinâmica do serviço

Facilidades do sistema informativo

Solicitação de auxílio (frequência)

## APÊNDICE D – Identificação dos sujeitos

Sujeito	Categoria	Idade	Sexo 1 Masc. 2 Fem.	Formação	Especialização	Mestrado	Doutorado	Tempo de formado
1	Médico	41 anos	2	Generalista	-	-	-	
2	Médico	33 anos	1	Generalista	-	-	-	
3	Médico	28 anos	2	Generalista	Pediatria	-	-	5 anos
4	Psicóloga	-	2	Psicologia	Psicologia organizacional + Administração de RH	-	-	20 anos
5	Coordenadora administrativa	30 anos	2	Administração com habilitação em sistema de informação	Gestão estratégica de pessoas	Políticas públicas (em curso)	-	1 ano
6	Enfermeira coordenadora	54 anos	2	Generalista	-	-	-	21 anos
7	Enfermeira assistência	29 anos	2	Generalista	Saúde pública/emergência	-	-	6 anos
8	Técnica em enfermagem	40 anos	2	Técnico	UTI Pediátrica	-	-	16 anos
9	Secretária	22 anos	2	Superior incompleto	-	-	-	Em curso
10	Coordenador de frota	66 anos	1	2º grau	-	-	-	-
11	Auxiliar de regulação	32 anos	2	2º grau	-	-	-	-
12	Operador de rádio	25 anos	2	2º grau	-	-	-	-
13	Coordenador geral	48 anos	2	Generalista	Terapia intensiva	-	-	-
14	Coordenador CPD	46 anos	1	Superior incompleto	-	-	-	Em curso
15	Gerente recursos humanos	46 anos	2	Administração pública/ auxiliar de enfermagem	Enfermagem do trabalho	-	-	15 anos



## APÊNDICE E – Categorias de Análise

### ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CER DE SALVADOR

#### 3.1 QUAL O SEU PAPEL NA REGULAÇÃO DO PACIENTE PARA INTERNAÇÃO?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Garantir o acolhimento e o tratamento da sua patologia que foi inicialmente detectado dentro de um posto de saúde ou de um Pronto Atendimento, de um Pronto Socorro, de um Hospital terciário. É garantir que esse paciente vai ter seu tratamento adequado e o leito correto. Esse é o papel do médico regulador até que tenha alta Só que a nossa Central atualmente só garante a internação hospitalar. Nós não garantimos nem o agendamento de exames, nem agendamento de consultas, mas no futuro essa Central de Regulação fará tudo (S1).</p> <p>Eu diria que na verdade o papel da gente aqui é de facilitador do processo de internamento do paciente e avaliador da necessidade individual e coletiva. A gente acaba tendo uma visão geral de como tá o Sistema, então isso facilita um pouquinho a tomada de decisão (S2).</p>	<p>Garantir o acolhimento do paciente            Tratamento adequado de sua patologia            Garantir o internamento            Agendamento de consultas e exames no futuro            Acompanhamento ambulatorial (S1).</p> <p>Facilitador do processo de internação            Avaliador da necessidade individual e coletiva            Visão geral do Sistema (S2).</p>	<p>Proporcionar integralidade, universalidade e equidade (S1), (S2).</p> <p>Orienta e avalia a acessibilidade (S1), (S2).</p> <p>Proporcionar e facilitar a acessibilidade (S3), (S6), (S7), (S8).</p> <p>Proporcionar meios para atender o paciente            Gerenciar (S5).</p> <p>Gerenciamento da equipe de enfermagem (S6).</p>

<p>Conseguir internar os pacientes (S3).</p> <p>Administrar, controlar, monitorar, possibilitar recursos na Central Estadual de Regulação focados em um só objetivo... o paciente (S5).</p> <p>Coordeno a equipe de enfermagem, confecciono escala de serviço, previsão e provisão de materiais e medicamentos (S6)</p> <p>A gente não faz a regulação do paciente. A gente trabalha na transferência, no transporte inter hospitalar. A regulação é toda feita pelos médicos reguladores. Só tem acesso quando eles descem para avisar que tem transferência para ser feita (S7).</p> <p>Basicamente de transporte né? Pegamos da unidade de origem e deixamos no destino após ter sido feita a regulação (S8).</p> <p>Trabalho ajudando as médicas da coordenação no que for preciso para agilizar os pacientes que são priorizados por motivo de urgência da Central de Regulação (S9).</p> <p>Eu sou coordenador de frota. Eu sou responsável pela manutenção e</p>	<p>Internar o paciente (S3).</p> <p>Administrar, controlar, monitorar e possibilitar recursos (S5).</p> <p>Coordenar a equipe de enfermagem Confeccionar escala de serviço. Prevê e provê materiais e medicamentos(S6).</p> <p>Transferência do paciente Transporte interhospitalar Não faz regulação do paciente (S7).</p> <p>Transporte do paciente da unidade de origem (S8).</p>	<p>Desconhecimento do completo papel de regulação (S7), (S8).</p> <p>Proporcionar acessibilidade conforme a prioridade (S9).</p> <p>Proporcionar acessibilidade através da manutenção das ambulâncias (S10).</p>
---	--	--

<p>conservação das ambulâncias (S10).</p> <p>Recebo ligações externas das Unidades Solicitantes para saber se o paciente já foi regulado ou se a própria Unidade já conseguiu a vaga por conta própria. Recebo FAX e coloco na tela para o médico regulador. Faço ligações para os médicos para Unidades Executantes e Solicitantes. Dou informações se o paciente já foi regulado ou não. Telefone para saber das vagas nas Unidades Executantes, coloco na planilha e passo para o médico regulador (S11).</p> <p>A nossa função, é após os pacientes estarem regulados manter contato com os motoristas e mandar eles se deslocarem para, prá o Hospital onde tá o paciente. É a função do rádio operador (S12).</p> <p>Como se fosse gerente de recursos humanos. De pessoal. Gestão de pessoas (S15).</p>	<p>Ajuda os médicos da coordenação para agilizar os pacientes conforme a prioridade (S9).</p> <p>Coordena a frota Responsável pela manutenção e conservação das ambulâncias (S10).</p> <p>Recebe ligações externas para verificar se o paciente foi regulado e registrar Recebe FAX e coloca na tela. Dar informação sobre a regulação do paciente. Telefona para saber das vagas. Faz ligações para os médicos, US e UE (S11).</p> <p>Manter contato com os motoristas das ambulâncias através do rádio para viabilizar o transporte do paciente (S12). Gerente de recursos humanos (S15).</p>	<p>Possibilitar a acessibilidade através da comunicação (S11), (S12).</p> <p>Proporcionar acessibilidade através da gestão de pessoas (S15).</p>
--	---	--

### 3.2 QUAL É A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE SALVADOR?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Todo o Estado. Infelizmente e apesar da gente não conhecer a rede, intermunicipal, a rede municipal dos outros municípios né, muito pouca coisa a gente conhece dos recursos que são disponíveis nos municípios. Quem pactua com quem tá? Conhecimento de PPI, de PDR, esse conhecimentos a Central só tem apenas no papel. Nós não temos a profundidade desses pactos, nós não temos isso na Central, talvez todos os pacientes que são solicitados do interior a gente regula mesmo às vezes entendendo que pode ser que esse recurso encontra-se em outro local próximo daquele município. Então realmente a gente atende todo o Estado. Todo o Estado e a região metropolitana(S1).</p> <p>Todo o Estado. Apesar de que o Estado, enquanto território, ele desconhece. A maior parte dos estados desconhece a Central, mas a gente acaba assim. Ela foi implantada para regular o município de Salvador no começo pelo que eu sei, só que foi crescendo. A Central passou a ser conhecida dentro da região metropolitana e foi se difundindo, então assim, tem alguns interiores que muitas vezes solicitam a gente. Os municípios pequenos que a gente costuma ver aqui, normalmente tem um município pólo mais próximo que tem o conhecimento da Central de Regulação pelo fato de regular com a gente. Porque depois que criaram o Programa Diretor de Regionalização, PDR, isso começaram a chegar paciente aqui em Salvador que eram devolvidos pelas unidades pelo fato de não serem regulados começaram a gerar questionamentos dos municípios com relação ao que é a regulação(S2).</p> <p>Todo o Estado da Bahia (S3), (S5), (S6), (S7), (S8), (S9), (S10), (S11), (S12), (13), (S14), (S15).</p>	<p>Área de abrangência (S1 a S15).</p> <p>Todo o estado da Bahia (S3), (S5), (S6), (S7), (S8), (S9), (S10), (S11), (S12), (13), (S14), (S15).</p> <p>Não conhece a rede intermunicipal (S1).</p> <p>Não tem conhecimento da PPI e PDR (S1).</p> <p>Regula os pacientes do interior (S1).</p> <p>Maior parte do Estado desconhece a Central.</p> <p>Central implantada para regular o município de Salvador (S2).</p> <p>Central passou a ser conhecida na região metropolitana (S2).</p> <p>Pacientes do interior foram devolvidos por não estarem regulados (S2).</p>	<p>Atende todo o Estado da Bahia e região metropolitana (S1 a S15).</p>

### 3.3 COMO SÃO ALOCADOS OS RECURSOS PARA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO (HUMANOS, MATERIAIS E CAPITAL)?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Ministério da Saúde (S1), (S3), (S14).</p> <p>Ministério da Saúde e SESAB (S2).</p> <p>Secretaria da Saúde do Estado da Bahia ((S4), (S5), (S6), (S7), (S8), S11), (S12), (S15).</p> <p>Não sei, deve ser do Governo (S9).</p> <p>Nunca me preocupei com isso (S10).</p> <p>Repasse do Ministério da Saúde através da Secretaria da Saúde. A Central de Regulação foi criada em um plano piloto. Inicialmente para atender apenas uma demanda da urgência e aos poucos nosso Secretário de Estado, Secretário da Saúde, ele foi alocando recursos de acordo com a necessidade que havia dentro da Central de Regulação (S13).</p>	<p>Conhecimento da alocação de recursos (S1), (S2), (S3), (S4), (S5), (S6), (S7), (S8), (S11), (S12), (S15), (S13).</p> <p>Desconhecimento da alocação de recursos (S10).</p>	<p>Conhecimento da fonte de recursos humanos, materiais e capital (S1), (S2), (S3), (S4), (S5), (S6), (S7), (S8), (S11), (S12), (S15), (S13).</p> <p>Desconhecimento da fonte de recursos humanos, materiais e capital (S13).</p>

## 3.4 QUAIS SÃO AS ESPECIALIDADES QUE MAIS SOLICITAM INTERNAMENTO?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Não sei. Se eu sei quais são as especialidades que mais solicitam internamento? Eu lhe diria assim os entraves, as nossas maiores dificuldades. No internamento eletivo a gente tem muita dificuldade com o paciente neurocirúrgico, nefrológico, o paciente renal crônico, diabético ta? O paciente cardiopata cirúrgico. O paciente com insuficiência vascular periférica como pé diabético, com doença vascular de um modo geral, paciente angiológico a gente tem muita dificuldade. Então, nossos pacientes aqui mais difíceis da gente regular na rede. Cirurgia pediátrica, cirurgia geral pediátrica de um modo geral a gente tem dificuldade mais ou menos dificuldade do que esses outros, essas outras especialidades (S1). Pediatria, clínica médica. O problema todo é que clínica médica é uma coisa muito vasta. A gente recebe muito de cardiologia. Às vezes na tela da UTI tem mais paciente pra unidade cardiológica do que pra outra unidade fechada geral (S2). Todas. O negócio é tão cheio que não sei lhe dizer (S3). Todas as especialidades (S4), (S6), (S7), (S8), (S11), (S13). Deve ter na estatística (S5).</p>	<p>Desconhecimento das especialidades que mais solicitam internamento (S1), (S3), (S4), (S5), (S6), (S7), (S8), (S11), (S13).</p> <p>Conhecimento das especialidades que mais solicitam internamento (S2).</p> <p>Não sei. Dificuldade com internamento do paciente neurocirúrgico, neurológico, cardiopata, angiológico, cirurgia pediátrica, cirurgia cardíaca (S1).</p> <p>Pediatria, clínica médica. Recebe muito de cardiologia (S2).</p> <p>Todas as especialidades. Deve ter na estatística (S3), (S4), (S5), (S6), (S7), (S8), (S11), (S13).</p>	<p>Dificultar o planejamento da acessibilidade (S1), (S3), (S4), (S5), (S6), (S7), (S8), (S11), (S13).</p> <p>Facilitar o planejamento da acessibilidade (S2).</p>

## 3.5 COMO SE DÁ O ACESSO DO USUÁRIO AOS LEITOS REGULADOS?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>A porta de entrada de um paciente através da regulação é através de uma outra unidade de saúde. Nós não regulamos pré-hospitalar. Nós fazemos apenas o interhospitalar. Daí em diante, esse paciente estando dentro do sistema regulatório ele só sai através do sistema regulatório. Isso quer dizer, a família não. A família não pode transportar o doente prá um outro hospital não ser que ele solicite a alta a pedido e que esse paciente se retire dessa unidade hospitalar certo? Ou hospital ou unidade de saúde, na regulação atual, nós só fazemos a regulação interhospitalar (S1).</p> <p>A unidade ela faz a solicitação à Central de Regulação. A Central de Regulação, a partir do momento que o leito é disponível é feito uma varredura de quais são os pacientes que necessitam daquele leito e o leito é ofertado para o paciente que for, vamos dizer assim, mais adequado naquele momento (S2).</p> <p>Se a unidade solicitante tiver ambulância, vai. Caso contrário pede ambulância a Central (S3).</p> <p>O acesso se dá através das ambulâncias da unidade solicitante ou ambulâncias da Central. Quem decide se UTI ou básica é o médico regulador pelo estado clínico do paciente (S5).</p>	<p>Acesso aos leitos regulados  Porta de entrada do paciente através da regulação é a unidade de saúde  Não regulamos pré hospitalar  Regulamos interhospitalar  Família não pode transportar o doente(S1).</p> <p>Unidade faz solicitação à Central de Regulação  Central de Regulação faz varredura  Leito para o paciente adequado (S2).</p>	<p>Proporcionar acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S5), (S8), (S9), (S10), (S12), (S13), (S14).</p>

<p>Paciente estável. Unidade solicitante solicita o internamento, a Central regula a vaga. Paciente transferido em ambulância convencional. Paciente para exame. Unidade solicitante solicita exame. Central agenda e a ambulância vai buscar. Extras. Paciente na residência, hospitais para clínica ou hospital para realizar QT, hemodiálise, avaliação de transplante, é autorizado pelo médico coordenador da Central. Casos especiais. No futuro vai solicitar ao SAMU para fazer isso. Quem decide que ambulância vai transferir o paciente é o médico regulador com ou sem o coordenador médico da Central (S6).</p> <p>A Central regula e o paciente é transferido pelas ambulâncias. Ou convencional ou UTI (S7).</p> <p>Nós transportamos de ambulância depois de regulado pelo médico (S8).</p> <p>De ambulância (S9), (S10), (S12), (S13), (S14).</p>	<p>Paciente vai de ambulância (S3), (S5), (S8), (S9), (S10), (S12), (S13), (S14).</p>	<p>Proporcionar acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S5), (S8), (S9), (S10), (S12), (S13), (S14).</p>
--	---	--



### 3.6 QUAIS SÃO OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS ENTRE A CENTRAL E AS UNIDADES DE SAÚDE?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>A WEB, a internet, a intranet, o fax e o telefone e o médico regulador regula mesmo sem nada disso. Até com sinal de fumaça a gente tem que regular (S1), (S2), (S9).</p> <p>Olha, normalmente telefone e o SISREG. O SISREG, fax também normalmente (S2).</p> <p>Telefone, fax (S3), (S4), (S6), (S7), (S11), (S13), (S15).</p> <p>Fax, telefone. A comunicação entre a Central e as ambulâncias convencional é feita via rádio operador. Eles entram em contato com a regulação, a regulação passa pro condutor e pro auxiliar e nós vamos pegar o paciente na unidade de origem e levar pro destino (S10), (S12).</p>	<p>Web, internet, intranet, fax, telefone (S1), (S3), (S4), (S6), (S7), (S11), (S13), (S15).</p> <p>SISREG (S2).</p> <p>Rádio (S10), (S12).</p>	<p>Proporcionar acessibilidade através dos meios de comunicação. (S1 a S15).</p>

## 3.7 QUAL É O NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE INTERNAÇÃO NAS 24 HORAS?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Só vendo com o pessoal da CPD (S1).            Não sei. Eu sei que costuma passar de mil solicitações de internamento. Cinquenta e seis páginas no computador. Cada página tem quarenta laudos. Baixamos para trinta e seis com internamentos para própria unidade solicitante (S2)            Ver com o funcionário que faz a contabilidade (S3), (S5).            Não sei. A Central de regulação funciona 24 horas ininterruptamente (S4).            Solicitações são muitas, mas fazemos de 50 a 60 transportes nas 24 horas (S6).            Não sei. Meus plantões não tem menos do que 06 saídas. Nas minhas saídas, não tem menos que 06. (S7).            Solicitações não sei. Puxa, fica em média de uns 10, porque às vezes no caminho de um, na entrega de um paciente a gente já pega outro. Lá onde a gente deixa um já pega outro. Então são muitos atendimento no dia (S8).            Aí essa informação só lá em cima com o pessoal da sala de rádio. Eu só faço, minha questão é manutenção (S10).            A cada seis horas recebo de 30 a 35 solicitações (S11).            Muitas. Só contando (S9), (S15).</p>	<p>Conhecimento do número de solicitação de internação(S11).            Desconhecimento do número de solicitações de internação (S1), (S2), (S3), (S4), (S5),(S6),(S7), (S8), (S9), (S10), (S15).            Não sei(S2), (S4), (S7), (S8).            Ver com funcionário da contabilidade (S1), (S3), (S5).            A Central funciona 24 horas ((S4).            Meus plantões não tem menos de 06 saídas (S7).            Essa informação só na sala de rádio (S10).            Minha questão é manutenção (S10).            Recebo 30 a 35 solicitações a cada seis horas (S11).</p>	<p>Dificultar o planejamento da acessibilidade (S1), (S2), (S3), (S4), (S5),(S6),(S7), (S8), (S9), (S10), (S15).            Facilitar o planejamento da acessibilidade (S11).</p>

### 3.8 QUAL O PERFIL DOS PACIENTES QUE SÃO SOLICITADOS O INTERNAMENTO (IDADE, SEXO, PATOLOGIA E PROCEDÊNCIA)?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Todos os pacientes. Tanto os pacientes da urgência como os pacientes da internação até os pacientes eletivos, aqueles que não estão internados e não estão em nenhum PA, mais é um paciente que tem uma cirurgia eletiva pra ser feita, é solicitado à Central também a gente faz a autorização de cirurgia eletiva. Então até esses pacientes a gente entende que é regulação médica (S1).</p> <p>Não sei. Como o tipo que roda aqui no programa ele não ajuda muito, a gente perde um pouquinho o parâmetro. Talvez pelo SISREG se consiga ter uma idéia melhor. Aí vai pelo SUREM, às vezes a gente perde um pouquinho o parâmetro (S2).</p> <p>Emergência. São todas as idades, especialidades, procedência e sexo, Adultos e crianças. Grandes e pequenos (S3), (S4), (S5), (S6), (S7), (S9), (S10), (S11).</p> <p>Todo mundo que precisar (S12), (S15).</p> <p>São os pacientes estáveis. Normalmente pra exames, pra transferência, internação em outros hospitais e muito raramente são pacientes críticos que na chegada a gente observando, a gente contra indica o transporte na convencional, solicitando a UTI móvel (S8).</p> <p>Não entendo bem isso (S14).</p>	<p>Perfil do paciente            Todos os pacientes            Pacientes eletivos            Autorização de cirurgia eletiva (S1).</p> <p>Não sei (S2).</p> <p>Emergência            Adultos e crianças            Todas as idades, especialidades, sexo e procedência            Grandes e pequenos (S3), (S4), (S5), (S6), (S7), (S9), (S10), (S11).</p> <p>Todo mundo que precisar (S12), (S15).</p> <p>Paciente estáveis            Pacientes para exames            Pacientes para internação(S8).</p> <p>Não entendo bem isso (S14).</p>	<p>Facilitar o planejamento da acessibilidade (S1), (S3), (S4), (S5), (S6), (S7), (S8), (S9), (S10), (S11), (S12), (S15).</p> <p>Dificultar o planejamento da acessibilidade (S2), (S14).</p>

## 3.9 PARA ONDE SÃO ENCAMINHADOS OS PACIENTES REGULADOS?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Prá unidades de emergência quando o paciente vai apenas fazer uma avaliação. Para os hospitais com leitos retaguarda que são leitos que deveriam estar os pacientes de internação e resolução do seu problema né? Para os leitos de UTI né? A algumas vezes se esse paciente se faz uma contra, uma referência contra o fluxo que é desenhado né? Que o paciente volta pro posto de saúde, quando o recurso solicitado pelo médico às vezes não é o que ele realmente necessita, então os pacientes voltam ao posto de saúde e às vezes também por incompreensão da rede né? Devolve o paciente que não é o perfil de estar naquele hospital mas que também não poderia estar num posto de saúde, tá muito grave, não deve voltar ao posto de saúde. Deve ficar no hospital terciário, mas é a resistência da rede que faz com que esse paciente retorne ao posto de saúde. Os leitos de retaguarda são os leitos que não tem porta de entrada. Que não seja a porta de entrada da regulação. Não tem pronto atendimento (S1).</p> <p>Para as unidades que são executantes. A gente tem nem todas as unidades são executantes. Algumas são só solicitantes tipo HEMOBA, CICAN, CREAIDS, as unidades ambulatoriais. Algumas são estritamente executantes como por exemplo Carvalho Luz que ela não tem porta de</p>	<p>Encaminhamento de pacientes regulados. Unidades de emergência. Para leitos de retaguarda e de UTI. Paciente volta para o posto. (S1).</p> <p>Para unidades executantes. (S2).</p>	<p>Proporcionar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S4), (S6), (S7), (S8), (S9), (S10), (S13).</p> <p>Dificultar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2).</p>

<p>entrada. O que acontece é tem um paciente internado que fez uma cirurgia. Porque o Carvalho Luz faz, por exemplo, cirurgia plástica de enxertia e complicou. A enxertia começou a apresentar sinais de isquemia e eles recebem o paciente de volta, mas ele normalmente não (S2).</p> <p>Rede própria do SUS e contratados pelo SUS em rede privada (S3), (S4), (S6), (S8), (S13).</p> <p>Prá solicitação que foi feita do hospital de origem. A maioria dos de UTI móvel sai prá UTI de alguma outra unidade (S7).</p> <p>Para os hospitais credenciados à Central Estadual de Regulação (S9).</p> <p>Depende do estado de saúde de cada um, o problema que eles têm. Por exemplo, tem problema do coração normalmente encaminhamos para o INCOBA ou Santa Isabel (S10).</p>	<p>Rede própria do SUS, hospitais conveniado ou contratados (S3), (S4), (S6), (S8), (S13).</p> <p>Depende do estado de saúde de cada um (S10).</p>	<p>Proporcionar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S4), (S6), (S7), (S8), (S9), (S10), (S13).</p> <p>Dificultar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2).</p>
--	--	---

## DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISIONAIS DA CER PARA INTERNAÇÃO DOS PACIENTES

### 4.1 QUAIS SÃO OS CRITÉRIOS ADOTADOS PARA AS INTERNAÇÕES?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Os critérios clínicos né? Todos os critérios clínicos. O paciente de maior gravidade em primeiro lugar e o de menor gravidade será internado depois a depender da disponibilidade do leito e também pelo critério do perfil né? Eu não posso botar um paciente nefrológico num hospital que tem só gastroenterologista. Não existe protocolo clínico. Este protocolo está sendo desenhado ainda, mas não existe protocolo clínico (S1).</p> <p>Normalmente a gente procura ver as unidades, os pacientes mais graves com uma chance de melhora, uma sobrevida maior e de uma vida útil. Normalmente são os pacientes jovens. A gente faz revista de caso a caso. Unidade que tem algum tipo de recurso, algum recurso que possa prestar assistência àquele paciente fica prá depois. Unidade que não tenha nada, aí que esteja solicitando com um paciente tão grave quanto, claro a unidade que não tenha nenhum recurso, ela será priorizada. Solicitações que vem do gabinete do secretário, políticos, é dado prioridade em cima de todas. Independe do quadro. Que vem de gabinete de deputado, que vem de gabinete de seu Zinho, de seu Zão, governador,</p>	<p>Critérios para internação</p> <p>Critérios clínicos</p> <p>Pacientes de maior gravidade em primeiro lugar</p> <p>Pacientes de menor gravidade será internado depois a depender da disponibilidade do leito</p> <p>Depende do perfil do paciente</p> <p>Não existe protocolo clínico</p> <p>Protocolo clínico está sendo desenhado (S1).</p> <p>Pacientes mais graves</p> <p>Pacientes com chances de melhora</p> <p>Pacientes com sobrevida maior</p> <p>Pacientes com vida útil</p> <p>Pacientes jovens</p> <p>Gravidade do paciente</p> <p>Unidade sem recurso será priorizada</p> <p>Solicitações do gabinete do secretário, políticos, seu Zão, seu Zinho, governador, presidente da república tem prioridade e independe do quadro (S2), (S9).</p>	<p>Proporcionar a acessibilidade, universalidade integralidade e equidade (S1), (S2), (S3).</p> <p>Dificulta a acessibilidade (S2), (S13), (S9).</p> <p>Não opina (S6), (S7), (S8), (S10).</p> <p>Dilema ético (S13)</p>

<p>presidente da república, aí depende. Vareia como diz o povo. Normalmente esses têm prioridade entre todos. Independe do quadro clínico do paciente. Já houve casos de se buscar paciente com UTI móvel no interior e a paciente estava se penteando para poder vir pra Salvador. A ambulância, a UTI móvel virou. O torpedo de oxigênio fraturou o braço do médico e causou traumatismo craniano no técnico de enfermagem na volta (S2).</p> <p>Gravidade do paciente, protocolo existente (S3)</p> <p>O médico que sabe(S5). Os médicos que avaliam (S6). Os médicos reguladores verificam o estado do paciente (S7). Pelo quadro clínico do paciente (S8). O médico que diz (S10).</p> <p>A gravidade do caso e se o hospital atende as necessidades da doença do paciente e se o mesmo possui recursos adequados para o internamento (S9).</p> <p>É um dilema para decidir. Vive pensando: entre morrer e ficar cego é melhor ficar cego. No caso de só tem 01 leito disponível e 02 pacientes no caso. Levamos em conta os critérios clínicos do paciente, nossa experiência e os recursos disponíveis (S13).</p>	<p>Médicos avaliam pelo quadro clínico (S5), (S6), (S7), (S8), (S10).</p> <p>É um dilema decidir entre morrer e ficar cego (S13).</p>	<p>Proporcionar a acessibilidade, universalidade integralidade e equidade (S1), (S2), (S3).</p> <p>Dificulta a acessibilidade (S2), (S13), (S9).</p> <p>Não opina (S6), (S7), (S8), (S10).</p> <p>Dilema ético (S13)</p>
--	---	--

## 4.2 QUAIS SÃO OS PROBLEMAS ENFRENTADOS NA REGULAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Primeiro a resistência das unidades hospitalares em receber o paciente né? Segundo, a resistência dos profissionais de saúde eu digo médicos, enfermeiros, auxiliares da rede pública, porque o atendimento que é dado ao paciente da rede privada é diferente do atendimento que é dado ao paciente da rede pública e a gente entende que o paciente de ser tratado de forma igual porque é ser humano e porque tá no leito SUS se não existe a humanização né, das pessoas, deve existir a lei que tá na portaria, que tá na conferência, que tá em tudo quanto é canto. É SUS. Paciente dever ser tratado de forma humanitária, sem preconceito, sem nenhuma restrição. E eu diria que há ausência de vagas né? O quantitativo de leitos tanto como descrevi pra você. Leitos de UTI, leitos hospitalares para internação, com certeza há um déficit muito grande eu acho que são os principais entraves (S1).</p> <p>Primeiro número de leitos insuficientes para a demanda que é solicitada. Segundo, a resistência das unidades receptoras pré Central, principalmente as unidades que tem porta de entrada como ambulatório, emergência. Ernesto Simões, Roberto Santos, Otávio Mangabeira. Aqui na Central a gente não faz regulação de psiquiatria. Aqui só autoriza o internamento. Acho que até isso é a parte (S2).</p> <p>Leitos insuficientes. Conscientização dos médicos solicitantes em passar o quadro clínico dos pacientes.</p>	<p>Resistência das unidades receptoras que tem serviço de ambulatório e emergência Resistências dos profissionais de saúde Falta de humanização Déficit de leitos de UTI e internação Paciente tratado de forma humanitária, sem preconceito (S1).</p> <p>Número de leitos insuficientes Resistência das unidades que tem porta de entrada como ambulatório e emergência Central não faz regulação em psiquiatria Autoriza internamento(S2).</p>	<p>Dificultar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S5), (S7), (S8), (S10), (S11), (S13).</p>



<p>“Por exemplo: paciente com dor de cabeça, solicita avaliação neurológica”. Só pela dor de cabeça? Toma um analgésico. Perco tempo em ligar pra ele para esclarecer o quadro clínico em vez de ligar para as unidades executantes (S3).</p> <p>Leitos existentes não são suficientes para a demanda. É necessário construir mais hospitais. O cálculo de leitos é feito pelo Ministério da Saúde encima da população do município e não temos leitos suficientes.(S5).</p> <p>Primeiro: empréstimo de equipamentos. Desativa uma unidade e não tem reservas. Aparelhos quebrados. São consertados por empresas que são contratadas para manutenção. Segundo: voltam com defeito. Profissionais não sabem manipular pois são diferentes dos que eles têm. Terceiro: ambulâncias velhas, quebram demais. Problema na rede elétrica da ambulância. Quarto: quadro de pessoal. Antes. Muitos atestados médicos. O número de leitos disponíveis (S7).</p> <p>O que precisa melhorar é o número de vagas (S8).</p> <p>A falta de leito na rede pública é uma dos principais problemas da CER, como também a má vontade em atender os pacientes em algumas unidades de saúde (S9).</p> <p>È a questão da manutenção que nós precisamos de carros mais novos principalmente as UTIs que essa é a que dá a maior dor de cabeça. Quanto aos outros veículos, que são as convencionais, funcionam relativamente bem. Não vejo dos condutores a respeito de transferência de</p>	<p>Falta de conscientização dos médicos solicitantes em passar o quadro clínico dos pacientes (S3).</p> <p>Construção de hospitais</p> <p>Cálculo de leitos feito pelo Ministério da Saúde (S5).</p> <p>Empréstimo de equipamentos</p> <p>Aparelhos quebrados</p> <p>Ambulâncias velhas com defeito</p> <p>Quadro de pessoal deficiente</p> <p>Atestados médicos (S6).</p>	<p>Dificultar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S5), (S7), (S8), (S10), (S11), (S13).</p>
--	--	---

<p>paciente (S10).</p> <p>Quando médicos e enfermeiras estão ocupados, não estão no momento, não atendem o telefone. Demora nas respostas (S11).</p> <p>Fidedignidade nas informações prestadas pelos profissionais de saúde sobre o quadro clínico dos pacientes. Rede desorganizada e insuficiente para atender toda a demanda das emergências e em algumas especialidades como nefro, clínica médica, cirurgia geral, neurologia, neurocirurgia e cardiologia clínica e cirúrgica. Cultura dos gestores na escolha dos pacientes a serem internados. Municípios encaminham os pacientes sem o conhecimento da Central de Regulação, mantendo as emergências cheias, desconsiderando a PPI. Recursos com pouca resolutividade como nefropatias crônicas, angiopatias periféricas cirúrgicas, clínica médica adulto, leitos de UTI geral e neonatal. Falta de cumprimento dos fluxos de regulação em algumas unidades (S13).</p>	<p>Manutenção de carros (S10).</p> <p>Falta de leitos na rede pública(S9).</p> <p>Não atendimento do telefone por médicos e enfermeiras (S11).</p> <p>Desorganização e insuficiência da rede Deficiência em algumas especialidades Cultura dos gestores na escolha dos pacientes a serem internados Encaminhamento de pacientes de outros municípios Pouca resolutividade. Falta de cumprimento do fluxo de regulação (S13).</p>	<p>Dificultar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S5), (S7), (S8), (S10), (S11), (S13).</p>
---	--	---

## 4.3 COMO A CENTRAL DE REGULAÇÃO TEM O CONHECIMENTO DAS VAGAS HOSPITALARES?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Deveria ser através de nosso sistema SISREG que prevê a existência de que as unidades que tem esses leitos, eles atualizassem o mapa de leitos deles diariamente de forma correta como deveria estar funcionando. Esse mapa de leitos deveria estar na nossa mão. Não precisava a unidade mandar. Atualmente a gente não trabalha com o SISREG, fazendo o mapa de leitos né? As unidades enviam pra nós via FAX na planilha de leitos, disponibilizados por leitos (S1).</p> <p>Em tese o SISREG dá acesso ao mapa de leitos dos pacientes internados. Só que isso nem sempre corresponde ao que é... ao paciente que está deitado no leito porque às vezes a unidade, ela não dá alta no sistema em tempo hábil prá mostrar isso. Então a gente fica sempre refém da informação que a própria unidade executante nos oferece. Por vezes quando existe algumas situações de... vamos dizer assim de calamidade. Um médico regulador ou vários médicos reguladores são encaminhados para fazer supervisão na unidade, fazer verificação in loco, mais isso aí já é uma coisa um pouquinho mais difícil de acontecer. Em caso de calamidade. HGE não está podendo receber paciente. Roberto Santos não está podendo receber paciente. Ernesto</p>	<p>Conhecimento das vagas hospitalares Através de Fax e telefone na planilha de leitos Deveria ser através do sistema SISREG (S1).</p> <p>Unidade não dá alta ao paciente no sistema. Médicos reguladores refêns da informação da unidade.</p> <p>Unidades que tem ambulatório e emergência não tem como atender os pacientes regulados. HGE, Roberto Santos, Ernesto Simões não recebe pacientes.</p> <p>Não é feita supervisão das unidades do estado Feita supervisão pelo município Não tem acesso aos leitos do interior (S2).</p>	<p>Dificultar a acessibilidade através dos meios de comunicação (S1), (S2), (S7), (S8), (S9), (S12), (S13).</p> <p>Facilitar a acessibilidade através dos meios de comunicação (S3), (S5), (S11).</p>

<p>Simões não está podendo receber paciente. São as três grandes unidades que a gente tem. Então normalmente o coordenador encaminha parte dos médicos para as unidades grandes para ver paciente com perfil para sair e por vezes, médicos reguladores trazem a unidade de saúde pra verificar a condição de poder tá recebendo o paciente. Isso depois que passou pra controle do município quem paga então é... O pessoal do Estado não tá fazendo mais esse tipo de supervisão. Foi repassada a responsabilidade para o município. Os leitos do interior, infelizmente a gente não tem acesso (S2).</p> <p>O auxiliar de regulação faz isso (S6).</p> <p>Pelo telefone e fax (S3), (S7), (S8), (S9), (S11), (S12), (S13).</p> <p>Não ficamos sabendo sobre isso. Só o pessoal lá de cima (S10).</p> <p>As vagas são determinadas por cada unidade executante. São informadas as vagas através de FAX passado pela unidade. Coloca na tela e na planilha e passa para todos os médicos reguladores. As unidades executantes que não tem FAX a Central de Regulação telefona para saber das vagas. Eles não ligam. Antes de encaminhar o paciente a Central de Regulação confirma a vaga com o médico plantonista da</p>	<p>Telefona para as unidades e pergunta (S3).</p> <p>Auxiliar de regulação faz isso (S6).</p>	<p>Dificultar a acessibilidade através dos meios de comunicação (S1), (S2), (S7), (S8), (S9), (S12), (S13).</p> <p>Facilitar a acessibilidade através dos meios de comunicação (S3), (S5), (S11).</p>
--	---	---

<p>unidade executante e às vezes a unidade executante ocupa a vaga da CER com demanda da própria unidade. Exemplo: paciente internado na unidade executante e precisa de UTI, a própria unidade usa a vaga da UTI destinada a CER. Quando a vaga é ocupada, o médico regulador pede para bloquear a vaga na planilha. Nas planilhas constam as unidades executantes e o número de vagas disponíveis por especialidade, sexo, idade, se berço ou cama no caso de pediatria, telefones fixo e celular, e o nome dos profissionais para a CER fazer o contato. As unidades deveriam nos informar diariamente, mas não informam. Nós temos que telefonar (S11).</p>	<p>Vagas determinadas pelas UE  UE ocupa a vaga da CER  Bloqueio das vagas na planilha  Planilha consta as UE, vagas disponíveis por especialidade, sexo, idade, se cama ou berço, nome dos profissionais para contato e telefone.  Unidades não informam as vagas (S11).</p>	<p>Facilitar a acessibilidade através dos meios de comunicação (S3), (S5), (S11).</p> <p>Difícultar a acessibilidade através dos meios de comunicação (S1), (S2), (S7), (S8), (S9), (S12), (S13).</p>
---	---	---

#### 4.4 QUAL É O TEMPO ENTRE A SOLICITAÇÃO DE INTERNAMENTO PELA UNIDADE SOLICITANTE E A INTERNAÇÃO DO PACIENTE?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Esse tempo é extremamente variável. Eu diria que tem pacientes que ficam dois meses, três meses solicitados e que a gente não consegue. Existem pacientes que em quinze minutos ta dentro da unidade executante. Então há uma variabilidade de horários muito grande dependendo do recurso solicitado (S1).</p> <p>Às vezes demora muito. Tem paciente que às vezes rodam mais de um mês na tela. Depende do tipo de perfil, de leito demandado. Por exemplo: leito de ortopedia no Santa Izabel é uma coisa que é a cada quinze dias. Então, às vezes a gente tá com quinze, vinte pacientes. Chegou um paciente mesmo agora, que foi liberado por uma unidade com uma consolidação viciosa. Foi liberado o paciente com consolidação viciosa da fratura pra casa porque demorou muito, passou do prazo prá puder fazer a cirurgia (S2).</p> <p>Tem solicitação de vários dias. Por exemplo: neurocirurgia só atende no HGE e não tem como atender todas as solicitações de vez (S3).</p> <p>Não sei (S2).</p>	<p>Tempo entre solicitação de internação e internamento do paciente. Tempo variável. Dois meses. Três meses. Quinze minutos (S1).</p> <p>Demora muito. Rodam mais de um mês na tela. Leito de ortopedia a cada quinze dias. Liberado paciente com consolidação viciosa de fratura. Passou do prazo para fazer cirurgia (S2).</p> <p>Solicitação de vários dias (S3).</p>	<p>Dificulta o planejamento da acessibilidade (S1), (S2), (S3), (S9),</p> <p>Dificulta o controle por falta de organização, avaliação.</p> <p>Desconhecimento entre o tempo de solicitação de internamento e a internação (S2), (S6), (S12), (S13).</p>

<p>Demora muito tempo até conseguir internar o paciente (S6).</p> <p>A gente só transporta, não sei há quanto tempo foi solicitado (S7), (S8).</p> <p>O tempo de espera entre a solicitação e o atendimento depende muito do motivo da solicitação podendo variar entre alguns minutos e até mesmo dias. Nesse segundo caso a demora é por falta de vagas e até mesmo por falta de profissionais especializados para determinadas doenças na rede SUS (S9).</p> <p>A gente não sabe (S12).</p> <p>Varia muito. Depende do perfil do paciente, especialidade e recurso solicitado (S13).</p>	<p>Não sei (S5).</p> <p>Demora muito (S6).</p> <p>Só transporta o paciente (S7), (S8).</p> <p>Depende do motivo da solicitação. Varia de alguns minutos a vários dias (S9).</p> <p>Depende do perfil do paciente (S13).</p>	<p>Dificulta o planejamento da acessibilidade (S1), (S2), (S3), (S9),</p> <p>Dificulta o controle por falta de organização, avaliação.</p> <p>Desconhecimento entre o tempo de solicitação de internamento e a internação (S2), (S6), (S7), (S8), (S12), (S13).</p>
---	---	---

## 4.5 O QUE É FEITO CASO NÃO EXISTA VAGA NOS HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Não há essa restrição apenas aos leitos da rede pública. Há um encaminhamento de acordo com o perfil do paciente para o leito específico. Esse leitos são da rede contratada ou conveniada né? E da rede própria que é a rede pública. A rede conveniada é o hospital filantrópico que trabalha para o SUS ou o hospital particular que tem um momento de filantropia como o hospital Espanhol, como o hospital Português e que trabalha com o SUS né? O hospital Santa Izabel por exemplo, é um hospital todo filantrópico. O hospital Santo Antonio é um hospital todo filantrópico tá? As Santas Casas de um modo geral, são hospitais filantrópicos que também podem trabalhar com convênio se quiserem né? E a rede contratada é o Eládio Lacerne, é o hospital Carvalho Luz que foram terceirizados né? São hospitais que foram contratados, foram feitos é... esqueci o nome, licitações para a terceirização das unidades hospitalares. Esse hospital só atende SUS né, mas são hospitais contratados. E a rede própria é a rede do Estado (S1).</p> <p>A solicitação fica pendente na tela aguardando até que haja leito disponível. No momento é feito uma atualização pela CER para verificar se o paciente ainda se encontra na unidade e</p>	<p>Não há restrições apenas a leitos da rede pública Encaminhamento de acordo com o perfil do paciente para o leito específico da rede contratada ou conveniada (S1).</p> <p>Solicitação fica pendente na tela (S2).</p>	<p>Proporcionar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1)</p> <p>Dificultar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S3), (S5), (S12), (S13), (S14), (S15).</p>



<p>mesmo que ele esteja na unidade se ele ainda necessita daquele recurso solicitado. Que às vezes o paciente melhorou, às vezes o paciente foi a óbito, às vezes o paciente foi internado na própria unidade que tava solicitando que naquele momento não dispunha de recurso (S2).</p> <p>Aguarda. Caso não tenha, espera. (S3), (S5), (S12), (S14), (S15).</p> <p>Só pode transferir o paciente se for regulado (S6).</p> <p>Nunca aconteceu, pois só transportamos o paciente já regulado (S7).</p> <p>Geralmente nunca aconteceu de não existir a vaga, mas nessa situação eles prendem a maca do paciente que está alojado na maca, até surgir uma vaga. Ou devolvemos o paciente, dependendo do estado físico do paciente, devolvemos pra unidade de origem (S8).</p> <p>A Ambulância só volta sem o paciente (S10).</p> <p>Não sei (S11).</p> <p>Aguardamos até que tenha leito disponível. É feito atualização dessas solicitações para verificar se o paciente ainda necessita daquele recurso (S12).</p> <p>Só transferimos quando existe o leito disponível (S13).</p> <p>Fica aguardando (S14).</p> <p>Não tem vaga, espera (S15)</p>	<p>Aguarda, espera, prendem a maca com o paciente (S3), (S5), (S12), (S14), (S15).</p> <p>Não sei (S11).</p> <p>Só transportamos o paciente (S7), (S8), (S10), (S13)</p>	<p>Desconhece o processo (S7), (S8), (S10), (S11), (S13).</p> <p>Dificultar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S3), (S5), (S12), (S13), (S14), (S15).</p>
--	--	--

## 4.6 QUAL É A IMPORTÂNCIA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO, PARA O SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Eu diria que nesse momento a importância da Central de Regulação é mostrar todas essas coisas que a gente conseguiu mostrar pra rede né? Pro próprios gestores. As dificuldades, o quantitativo de leitos necessários, as dificuldades de acesso. É mostrar as deficiências de especialidade né. Existiam deficiências que já foram supridas, como por exemplo, a avaliação neurológica, neuroclínica. Ela só tinha no HGE. Hoje a gente tem dois profissionais dentro do HGE que faz avaliação. A gente tem um profissional que fica no Hospital Roberto Santos e teria outro no Hospital Ernesto Simões Filho, que não pode existir porque há uma ausência de profissionais neurologistas, de médicos neurologistas que queiram trabalhar para o Estado. Por isso não se conseguiu montar o serviço do Hospital Ernesto Simões certo? Ortopedia. A ortopedia de um modo geral tá resolvido porque antigamente era um entrave na rede. A gente não conseguia tirar os pacientes de lugar nenhum. Hoje foram feitos convênio com médico, outros hospitais. O hospital Santa Izabel que a gente encaminha os pacientes e a gente consegue dar uma resolutividade maior ao paciente de ortopedia da rede. Então alguns problemas já foram resolvidos desde que a</p>	<p>Importância da Central de Regulação Mostrar para os gestores as dificuldades de acesso. Quantitativo de leitos Deficiências supridas Falta de profissionais (S1).</p> <p>Ofertar o recurso com universalidade, integralidade e equidade Controle e avaliação do sistema Organização do sistema público de saúde (S2).</p>	<p>Realização de avaliação progressiva (S1), (S2)</p> <p>Proporcionar e facilitar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S4), (S6), (S8), (S9), (S10), (S11), (S12), (S13), (S14).</p>

<p>regulação começou a funcionar. Outras coisas têm que ser resolvidas, mas cabe a regulação mostrar (S1).</p> <p>Consegue ofertar o recurso com universalidade, integralidade e equidade. A CER, ela permite que você faça mais apuradamente o controle, avaliação do Sistema, da organização do sistema público de saúde e você permite que haja, como é que eu diria é... permite que haja, vamos dizer assim, mais justiça é... você consegue ofertar o recurso disponível para a pessoa mais necessitada né? Aí tem que ter agora. Você pode fazer com que haja equidade, universalidade e integralidade. Porque às vezes você dá o recurso, numa unidade que estava indisponível. Você tem um paciente que tá precisando numa outra unidade e você consegue indicar este paciente para esta unidade, tanto que muitas vezes o paciente ele é endereçado pelo médico da unidade para outra que até tem o recurso só que o recurso não tá disponível naquele momento (S2).</p> <p>A grande vantagem é que o paciente não fica por aí quebrando a cabeça para saber aonde vai.</p> <p>Facilitou o encaminhamento do paciente a unidade de referência. Em vez dele vir e sair rodando por aí, ele já vem com destino certo (S3), (S6).</p>	<p>Facilitar o encaminhamento do paciente para a unidade (S3).</p> <p>Ordenar o fluxo dos pacientes no SUS Diretores controlam leitos Hospital conveniado tem leitos SUS Hospitais conveniados usam leitos SUS para seguro saúde (S5).</p> <p>Paciente não fica por aí Facilitou o encaminhamento do paciente (S3), (S6).</p>	<p>Realização de avaliação progressiva (S1), (S2).</p> <p>Proporcionar e facilitar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S4), (S6), (S8), (S9), (S10), (S11), (S12), (S13), (S14).</p>
--	---	--

<p>Ordenar o fluxo dos pacientes no SUS. O planejamento é ter outras Centrais de Regulação nos municípios outros. Microregião, para fazer uma triagem dos casos que devem vir para Salvador. Se voltar ao que era antes, os diretores voltarão a controlar os leitos e dar para os pacientes deles. Todo hospital conveniado tem uma cota de leitos para o SUS, porém o hospital usa esses leitos para atender os pacientes de convênio seguro saúde (S5), (S14).</p> <p>A Central ainda tem muito que consolidar o que vem sendo feito. Ela tá em processo ainda de implementação. Implantou e agora tem que implementar o trabalho que vem sendo realizado, porque o número de leitos é muito pouco pra cobrir as solicitações que tem. Então o papel dela é justamente isso. É tentar da melhor forma possível com o número de leitos disponíveis, organizar, dando prioridade aos pacientes críticos (S7).</p> <p>Eu acredito que seja de grande importância porque pelo pouco tempo que tenho na Central, são atendimentos assim importantes. Pacientes prá fazer, realizar exames, transferências e como eu já disse é um serviço que tem tudo pra crescer, pois a população necessita e tem sido bem atendida. O que precisa melhorar é o número de vagas nos hospitais (S8)</p>	<p>Ordenar o fluxo dos pacientes no SUS Planejamento é ter outras Centrais de Regulação Fazer triagem Hospital conveniado tem cota de leitos para o SUS Hospitais usam leitos do SUS para atender pacientes de seguro saúde (S5), (S14).</p> <p>Central tem muito a consolidar Organiza com número de leitos disponíveis Prioridade para pacientes críticos (S7).</p> <p>Pacientes para realizar exames População necessita Precisa melhorar o número de vagas Agilizar a procura de vagas (S8), (S11).</p>	<p>Realização de avaliação progressiva (S1), (S2).</p> <p>Proporcionar e facilitar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S4), (S6), (S8), (S9), (S10), (S11), (S12), (S13), (S14).</p>
---	---	--

<p>A importância da Central é agilizar o internamento dos pacientes na rede pública hospitalar Internar os pacientes (S9), (S10).</p> <p>Agilizar a procura de vagas. Se deixar de existir muita gente perde o emprego e os pacientes ficam nas unidades solicitantes aguardando mais ainda a transferência. Conseguir as vagas (S11).</p> <p>Desafogar as emergências da rede própria regulando os pacientes para os leitos SUS nas unidades de retaguarda e garantir o acesso dos pacientes dos Pronto Atendimentos de menor complexidade.</p>	<p>Desafogar as emergências Garantir o acesso dos pacientes (S13)</p>	<p>Realização de avaliação progressiva (S1), (S2).</p> <p>Proporcionar e facilitar a acessibilidade, universalidade, integralidade e equidade (S1), (S2), (S3), (S4), (S6), (S8), (S9), (S10), (S11), (S12), (S13), (S14).</p>
--	---	--

## 4.7 COMO VOÇÊ AVALIA O FUNCIONAMENTO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO, SUAS FACILIDADES E LIMITES?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Como eu já descrevi. Assim, eu acho que a Central de regulação é um avanço pra saúde de nosso país. Um avanço em termos de que. De continuar no caminho em que nós estamos. Em breve nós alcançaremos aquilo que o SUS prega né? Mas eu acho que isso é um trabalho de formiguinha. Depende de todos. Não depende apenas de um só né? Eu acho que essa visão tem que ser disseminada, passada. A sua iniciativa deve ser uma coisa que deve ser passada pra outros profissionais. É como se você fosse contaminando as pessoas com o verbo regular. Por que é uma coisa tão globalizada. Regular hoje é tudo. Se regula dentro de tudo que você possa imaginar. Dentro da área de administração, dentro da área de saúde, dentro da área de informática. Em todos os locais se faz regulação né? Então, eu acho que é o futuro. O presente ainda é muito ruim né? Mas eu acho que é o futuro e se a gente pode fazer essa mudança eu acho que a gente tem que começar agora. Disseminar esses conhecimentos, disseminar essas, essas, essa visão né? Fazer com que as pessoas conheçam o que é e qual é o processo e daí eu acho que a gente consegue ter um futuro melhor (S1)</p> <p>Eu diria que a Central funciona da forma que os gestores é... infelizmente determinam. Não.</p>	<p>Avaliação do funcionamento da Central de Regulação</p> <p>Alcançar o que o SUS prega</p> <p>Iniciativa deve ser passada para outros profissionais</p> <p>Regulação na área de administração, saúde, informática</p> <p>O presente ainda é muito ruim</p> <p>A mudança tem que começar agora</p> <p>Disseminar conhecimentos</p> <p>Conhecimento do processo (S1).</p>	<p>Realização de avaliação progressiva (S1), (S2).</p> <p>Facilidades e limites da Central de Regulação (S3), (S5), (S6), (S7), (S8), (S11).</p>

<p>Bom os gestores desde o mais baixo escalão da formulação da Central até o alto escalão, o governador. Porque a Central era pra funcionar regulando todos os leitos sem interferência política, sem interferência da mídia sabe? Fazendo um trabalho técnico, tá? Mas infelizmente não são dadas condições a Central de realizar, de conduta. A gente tem sempre esses limites que são impostos. Tanto pela, pela eu diria, tanto pela, pela, pelos gestores, mesmo porque quando as unidades ela impõem limites pra Central, isso é porque há uma convivência da, da gestão. A gestão permite que haja. Não posso dizer que é um problema das unidades. Do gestor mesmo. Decisão gestora. Facilidades, rapaz.. eu... as facilidades é porque eu fiquei sem entender essas facilidades na verdade. Eu diria que a Central de Regulação as vezes a... dificulta o internamento, não pelo fato da Central de Regulação, ela é, bloquear o acesso Ela não bloqueia. Agora, ela tenta gerir o recurso da melhor forma possível. Agora isso às vezes pode ar uma aparência de que a Central de Regulação esta dificultando o processo do paciente ao recurso. Na verdade a Central, ela tem um papel facilitador. Do familiar, da unidade e passa a ser da Central. Só que muitas vezes as unidades não colaboram. Elas não oferecem leitos. Às vezes a gente não tem o recurso disponível (S2).</p> <p>Limites: leitos disponíveis. Colegas não</p>	<p>A Central funciona como os gestores querem Era para funcionar sem interferência política Fazer trabalho técnico Papel facilitador da Central Unidades não oferecem os leitos (S2).</p> <p>Colegas não entendem como funciona a Central Não sabiam o que era feito com o paciente encaminhado à unidade de saúde (S3).</p>	<p>Realização de avaliação progressiva (S1), (S2).</p> <p>Facilidades e limites da Central de Regulação (S3), (S5), (S6), (S7), (S8), (S11).</p> <p>Facilitar a acessibilidade através dos meios de comunicação (S11).</p>
---	--	--

<p>entendem como funciona o sistema da Central. Alguns não que conhecer porque sabe que não presta mesmo. Aham que só existem o seu paciente e alguns só querem se livrar do paciente. Outros querem realmente resolver o problema do paciente. Eles nem sabiam o que era feito com o paciente que ele encaminhava para outras unidades (S3)</p> <p>A Central de Regulação facilita o acesso do paciente. Limites é não ter a equipe de supervisão. Equipe de supervisão dos leitos SUS. Enfermeira, médico e técnico de informática. Supervisão, varredura dos leitos da rede própria e dos conveniados e informar a Central de Regulação. Não existe mais. Deverá ser feito agora pelo município. Enquanto o município não faz, quando a demanda aumenta e não consegue internar os pacientes, manda um coordenador médico. Escondem leitos para internar os pacientes deles. A maior função da Central de Regulação é o controle dos leitos SUS. Sem a Central os leitos do SUS iam ficar sob controle dos diretores (S5).</p> <p>A Central faz o máximo. Os leitos são insuficientes para a população.</p> <p>Facilidades é que a família não fica mais procurando a vaga e os limites são poucos leitos hospitalares (S6), (S7), (S8).</p> <p>As facilidades é quando os médicos e enfermeiras atendem as ligações nas unidades solicitantes e executantes (S11).</p>	<p>Central facilita o acesso do paciente          Não tem equipe de supervisão pela Central Municipal          Unidades escondem leitos para internar pacientes deles          Função da Central é controlar leitos          Leitos sob controle dos diretores (S5).</p> <p>Leitos insuficientes para a população (S6), (S7).</p> <p>Família não fica procurando vaga (S7).</p> <p>Facilidades quando médicos e enfermeiras atendem ao telefone (S11).</p>	<p>Realização de avaliação progressiva (S1), (S2).</p> <p>Facilidades e limites da Central de Regulação (S3), (S5), (S6), (S7), (S8), (S11).</p> <p>Facilitar a acessibilidade através dos meios de comunicação (S11).</p>
--	--	--



## 4.8 COMO A CENTRAL DE REGULAÇÃO SE ARTICULA COM OS SERVIÇOS EXTERNOS SAMU E SALVAR?

ENTREVISTAS	SUB-CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Através do telefone. O SALVAR a gente não se articula. A gente não tem contato com o SALVAR. Apesar de trabalhar com o pessoal da PM, aqui com policial militar. A gente não se articula com o SALVAR, apenas com o SAMU através do 192 ou através das coordenações. Nós pedimos apoio quando é necessário e o SAMU por sua vez também pede apoio a gente quando necessário (S1).</p> <p>Atualmente a gente tem tido um maior contato com ao SAMU. A gente solicita, o SAMU dá apoio a gente. Tem um paciente que ta grave na Ilha de Itaparica, aí a gente já consegue fazer o transporte de lá para cá através da ambulância que é do SAMU e pega o paciente da ambulância para a UTI móvel da Central. Tá havendo uma cooperação técnica do SAMU. Agora, o SALVAR, faz parte do Corpo de Bombeiros. Normalmente eles trabalham à parte (S2)</p> <p>Transporte interhospitalar. Pede ajuda ao SAMU quando está sem ambulância UTI. SAMU faz a própria regulação e quando a unidade executante não que receber os pacientes do SAMU, eles pedem ajuda a Central. Não usamos o serviço do SALVAR (S3)</p>	<p>Articulação com os serviços externos Não se articula com o SALVAR (S1), (S2), (S3), (S5), (S6)</p> <p>Se articula com o SAMU (S1), (S2), (S3), (S5), (S7), (S9), (S10), (S13).</p> <p>SAMU faz a própria regulação (S3).</p> <p>Central funciona como complementar das funções do SAMU e SALVAR (S9).</p>	<p>Facilitar a acessibilidade através do serviço externo SAMU. (S1), (S2), (S3), (S5), (S6).</p>

<p>.Usamos o SAMU só quando não te ambulância. O SALVAR não usamos (S5).</p> <p>Não trabalha com o SAMU e SALVAR (S6).</p> <p>Quando não tem ambulância na unidade, usa o SAMU (S7).</p> <p>A Central funciona como um complementador das funções do SAMU e do SALVAR (S9).</p> <p>SAMU só quando falta ambulância (S10).</p> <p>Faço ligações para o SAMU (S11).</p> <p>Pedimos ambulância do SAMU quando necessário (S13).</p>		<p>Facilitar a acessibilidade através do serviço externo SAMU. (S1), (S2), (S3), (S5), (S6).</p>
--	--	--

## ANEXO A - Ofício da EE/UFBA à Central de Regulação



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452



Ofício nº 175/2006

Salvador, 07 de agosto de 2006.

À Central de Regulação

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Prezada(o) Senhora(r),

Encaminhamos o projeto de dissertação da mestrandia Jaci Lopes Torres intitulado: "REGULAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA CIDADE DE SALVADOR-BA" para apreciação e autorização desta Central.

Atenciosamente,

Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento  
Coordenadora do Colegiado do Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem



ANEXO B - Ofício da EE/UFBA ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital  
São Rafael (HSR)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452



Ofício nº 201/2006

Salvador, 04 de outubro de 2006.

Ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Rafael

Prezado(a) Senhor(a)


Encaminhamos o projeto de dissertação da mestranda Jaci Lopes Torres, intitulado:  
“Regulação de leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde na cidade de Salvador-  
Bahia”, para apreciação e emissão de parecer deste Comitê.

Atenciosamente,

Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento  
Coordenadora do Colegiado do Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem/UFBA



## ANEXO C - Comunicação interna - Comitê de Ética em Pesquisa - HSR

		<b>COMUNICAÇÃO INTERNA</b>		<b>Data:</b>	30/10/06
				<b>Nº</b>	<b>39/06</b>
<b>De:</b>	CEP - Comitê de Ética em Pesquisa	<b>Para:</b>	Enfermeira Jaci Lopes Torres Pesquisadora Principal		
<b>Ref.</b>	Projeto de Pesquisa Nº 28/06				

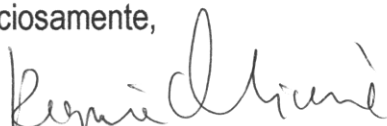
Prezada pesquisadora:

Cumpre-nos cientificá-la que o **Projeto de pesquisa nº 28/06**, intitulado “Regulação dos leitos hospitalares no sistema único de saúde na cidade de Salvador-Ba”, foi apreciado em 18/10/2006, em reunião ordinária deste Comitê, tendo sido aprovado.

Reiteramos a necessidade de ser encaminhado o primeiro relatório periódico até o dia 30/04/2007 e os demais relatórios deverão ser encaminhados ao CEP a cada seis meses. Caso o projeto seja concluído antes do vencimento de novo período semestral, favor encaminhar o relatório final.

Estamos à disposição para esclarecimentos, que se fizerem necessários, através dos telefones 3281-6484 e 3281-6259 ou pelo e-mail [cep@hsr.com.br](mailto:cep@hsr.com.br).

Atenciosamente,



Dra. Regina Oliveira  
Coordenadora do CEP / HSR