

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

ANDRÉIA ALCÂNTARA BARBOSA

REGULAÇÃO EM SAÚDE E O PRINCÍPIO DA EQUIDADE: PERFIL DOS
PACIENTES DE CIRURGIAS ELETIVAS DE UMA SECRETARIA DE SAÚDE,
COM ÊNFASE NOS CASOS DE FRATURA

SANTOS/SP

2019

ANDRÉIA ALCÂNTARA BARBOSA

**REGULAÇÃO EM SAÚDE E O PRINCÍPIO DA EQUIDADE: PERFIL DOS
PACIENTES DE CIRURGIAS ELETIVAS DE UMA SECRETARIA DE SAÚDE,
COM ÊNFASE NOS CASOS DE FRATURA**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, sob a orientação de: Dr. Fernando Reverendo Vidal Akaoui.

SANTOS/SP

2019

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

344.04 Barbosa, Andréia Alcântara.

B195r Regulação em saúde e o princípio da equidade: perfil dos pacientes de cirurgias eletivas de uma secretaria de saúde, comenfase nos casos de fratura

/ Andréia Alcântara Barbosa.

2019.

n. de f. 56

Orientador: Dr. Fernando Reverendo Vidal Akaoui

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília,
Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, Santos, SP, 2019.

1. Equidade. Cirurgia eletiva. Direito à Saúde. Regulação do Acesso.

ANDRÉIA ALCÂNTARA BARBOSA

**REGULAÇÃO EM SAÚDE E O PRINCÍPIO DA EQUIDADE: PERFIL DOS
PACIENTES DE CIRURGIAS ELETIVAS DE UMA SECRETARIA DE SAÚDE,
COM ÊNFASE NOS CASOS DE FRATURA**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, sob orientação do Professor Dr. Fernando Reverendo Vidal Akaoui.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. Fernando Reverendo Vidal Akaoui – Orientador (Universidade Santa Cecília, Santos, SP)

Professor Dr. _____ (Instituição _____)

Professor Dr. Marcelo Lamy (Universidade Santa Cecília, Santos, SP)

Data da Defesa: Santos, ____ de dezembro de 2019.

Resultado: _____.

DEDICATÓRIA

A Deus merecedor de toda honra e gloria e aos servidores do Complexo Regulador de Goiânia, foram por eles cada palavra escrita no presente estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Fernando Reverendo Vidal Akaoui pela confiança e orientação.

Ao Professor Dr. Marcelo Lamy pelas aulas e experiências que me motivaram a ser uma grande entusiasta das Políticas Públicas de Saúde.

As queridas Sandra e Imaculada, representantes administrativas da Universidade Santa Cecília, pelo acolhimento durante todo o curso.

Ao meu pai Ulisses Pedro de Alcântara (*in memoriam*) pela herança genética de hombridade, retidão e perseverança, a minha mãe Nilmari por ter me incentivado desde o berço a fazer a diferença no mundo e meu irmão Rodrigo pelo amor e incentivo em toda minha jornada, vocês sempre foram e serão essenciais.

À equipe de Servidores Públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, em especial aos “heróis” da Superintendência de Regulação e Políticas de Saúde pelo apoio e companheirismo, vocês se tornaram minha segunda família e estarão para sempre escritos em minha história de vida.

A colega de trabalho, parceira de mestrado e amiga, Dra. Ana Paula Carneiro Custódio, pelo apoio incondicional e auxílio nos momentos de estudo que ajudaram a moldar a presente pesquisa.

À minha amiga, quase irmã, Thaynara Neves Pugas, pela presença afetiva e apoio constante.

A Câmara Municipal de Goiânia, pelo peculiar e instigante incentivo para que a presente dissertação não se ativesse somente a escritos acadêmicos e sim pudessem ser utilizados como ferramenta de melhoria na gestão municipal.

Mas há uma pessoa a quem me é imperativo um agradecimento especial, Doutora Fátima Mrue, a médica mais humana, a cientista incrível, a pesquisadora internacionalmente reconhecida e a Secretária de Saúde extremamente engajada, por ter despertado em mim a vontade de fazer mais, por resplandecer o amor contagiante ao paciente e ter aberto portas que me trouxeram até aqui, hoje sou apaixonada, militante e defensora do Sistema Único de Saúde – SUS! MUITO OBRIGADA!!!!

EPÍGRAFE

*A meta da política é descobrir primeiro a maneira de viver que leva a felicidade humana e depois a forma de governo e as instituições sociais capazes de assegurar aquela maneira de viver.
(Aristóteles 345 a.C)*

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pelo poder estatal como ferramenta garantidora de um direito social, qual seja, o acesso aos serviços de saúde de forma universal, sem distinção, tampouco restrição. A crescente demanda pelo serviço público de saúde denota que fatores como planejamento da oferta e critérios de execução devem estar emparelhados com práticas de integralidade e equidade; urge pontuar que a saúde não é uma ciência exata e carece reger-se por igualdade proporcional – assistência equânime - sendo distribuída em partes diferentes a pessoas distintas, agindo na simetria da disparidade. O presente estudo de abordagem retrospectiva, descritiva, analítica, realizou-se, na Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, capital do estado de Goiás, e teve como objetivo precípuo conhecer o perfil do paciente que aguarda Cirurgia Eletiva do Sistema Osteomuscular, selecionando casos de Fratura ainda não realizados, no período de 2014 a 2018. Foram levantados dados quanto a idade, gênero e resolutividade das cirurgias. Os resultados apresentam que “o SUS é universal”, haja vista que, dentro do grupo estudado infere-se pacientes de ambos os sexos e de diferentes idades, todavia, não se vislumbrou com clareza critérios equânimes quanto a execução final de assistência ao paciente. Sob esta perspectiva, aclama-se a Regulação do Acesso à Assistência como instrumento ordenador, orientador, definidor e garantidor ao acesso da população a ações e serviços de forma simétrica aos dispare.

Palavras chaves: Equidade. Cirurgia eletiva. Direito à Saúde. Regulação do Acesso.

ABSTRACT:

The Unified Health System (SUS) was established by state power as a guaranteeing tool for a social right, namely access to health services universally, without distinction, nor restriction. The growing demand for the public health service denotes that factors such as supply planning and execution criteria should be paired with comprehensiveness and equity practices; it is urgent to point out that health is not an exact science and it is important to rule by proportional equality – equitable assistance – being distributed in different parts to different people, acting in the symmetry of the disparity. The present retrospective, descriptive, analytical study was carried out in the Health Department of the municipality of Goiânia, capital of the state of Goiás, and aimed to know the profile of the patient who awaits Elective Surgery of the System Musculoskeletal, selecting cases of Fracture not yet performed, from 2014 to 2018. Data were collected regarding the age, gender and resolution of surgeries. The results present that "the SUS is universal", since, within the studied group, patients of both sexes and different ages are clearly not visible. From this perspective, the Regulation of Access to Assistance is proclaimed as an ordering instrument, advisor, defining and guarantor to access the population to actions and services symmetrically to the shoots.

Keywords: Equity. Elective surgery. Right to Health. Access Regulation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Resolutividade da demanda de cirurgias eletivas no município de Goiânia, de 2014 a 2018	44
Gráfico 2 – Demandas de Cirurgias Eletivas do Grupo Osteomuscular no Município de Goiânia, de acordo com a resolutividade, de 2014 a 2018.....	45
Gráfico 3 – Demandas de Cirurgias Eletivas do Grupo Osteomusculares por fratura, no Município de Goiânia, de acordo com a resolutividade, de 2014 a 2018	45
Gráfico 4 – Demandas de Cirurgias Eletivas do Grupo Osteomusculares por fratura, no Município de Goiânia, de acordo com a resolutividade, de 2014 a 2018	46
Gráfico 5 – Demanda de Cirurgia Eletiva Ortopédica por fraturas, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, de acordo com a classificação etária.....	47
Gráfico 6 – Demanda de cirurgia eletiva ortopédica por fratura, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, classificação etária: >10 ≤20.....	48
Gráfico 7 – Demanda de cirurgia eletiva ortopédica por fratura, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, classificação etária: >20 ≤40.....	48
Gráfico 8 – Demanda de cirurgia eletiva ortopédica por fratura, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, classificação etária: > 40≤ 65.....	48
Gráfico 9 – Demanda de cirurgia eletiva ortopédica por fratura, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, classificação etária: >65.....	49
Quadro 1 – Informativo de portarias por ano e objeto	39

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Demanda total de cirurgias eletivas no município de Goiânia, no período de 2014 a 2018, de acordo com o ano e a resolutividade	44
Tabela 2 – Características dos pacientes com fratura aguardando cirurgia eletiva no município de Goiânia de 2014 a 2018	47
Tabela 3 – Demanda de pacientes com fratura aguardando cirurgia eletiva no município de Goiânia de 2014 a 2018, de acordo com o grupo etário.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS: Sistema único de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS: Organização Mundial de Saúde

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

CIT: Comissão de Intergestores Tripartite

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde CONASEMS:

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

MS: Ministério da Saúde

FAEC: Fundo de Ação Estratégica e Compensação

CRG: Complexos Reguladores Regionais

CR: Centrais de Regulação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO.....	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivo específico.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988: para além da visão sistêmica	18
3.2 Equidade	22
3.3 Regulação do Acesso à Saúde.....	22
3.3.1 Complexos Reguladores Regionais (CRR)/Centrais de Regulação (CR)	26
3.3.2 A legislação sobre a Regulação da Assistência no SUS.....	30
3.3.3 A regulação como elemento estruturante do sistema público de saúde	35
3.4 - Cirurgias Eletivas no Brasil - Análise Situacional	36
3.5 - Arcabouço normativo das Cirurgias Eletivas	37
3.5.1 Histórico das normativas de cirurgias eletivas dos anos: 2004 a 2019.	37
4 MATERIAL E MÉTODO	40
4.1 Caracterização do Estudo	40
4.2 Local do Estudo	40
4.3 Etapas da Construção do Estudo	41
4.3.1 Etapa 1 – Caracterização dos Procedimentos	41
4.3.2 Etapa 2 – Levantamento de dados na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia	42
4.3.3 Etapa 3 – Seleção da Amostra	42
4.3.4 Etapa 4 – Variáveis do Estudo	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 RESULTADOS.....	44
5.1.1 Características Gerais	44

5.1.2 Características do Grupo de Cirurgias Eletivas do Sistema Osteomuscular.....	45
5.1.3 Subgrupo Fraturas.....	46
5.1.4 Subgrupo de Cirurgias Eletivas Osteomusculares por Fratura não realizadas	46
5.2 DISCUSSÃO	50
7 CONCLUSÃO	53
8 ASPECTOS ÉTICOS	54
9 REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

A Carta Constitucional do Brasil, em seu artigo 196 assenta que “a saúde é um direito de todos e um dever do estado”, sendo reafirmada pela edição da Lei Orgânica Nº 8080 em 1990, a qual, normatiza as diretrizes do SUS, Sistema Único de Saúde, garantido legalmente o acesso universal da população aos serviços de saúde.

Não obstante a excelência teórica da legislação, “salta aos olhos”, na prática, que a entrega da assistência em saúde deve ser revista, reorganizada e reestruturada.

Assim, o presente estudo sobre o Direito à saúde no Brasil, contido nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, adota como principal objeto de suas investigações a efetividade da Política Nacional de Regulação, especialmente no que tange a Regulação do Acesso à Assistência e se este mecanismo contempla todos os princípios que norteiam as ações institucionais do sistema de saúde. Para tanto, adota-se como questão norteadora da presente pesquisa: até que ponto o princípio da equidade é observado quanto ao acesso pleno as cirurgias eletivas. Dentro deste contexto, objetiva-se investigar se o Sistema de Regulação do Acesso à Assistência e o SUS atuam de maneira a humanizar as relações entre o Estado e a sociedade ou estão dentro de um contexto sistêmico-mecanicista pautados por mera racionalidade instrumental.

Para tanto, utiliza-se como método de pesquisa o estudo retrospectivo, descritivo e analítico de Cirurgias Eletivas na Secretaria de Saúde de Goiânia, no período de 2014 a 2018. A análise dos dados, permite uma visão que enxergue as contradições que por vezes não são aparentes sobre o modo como o SUS se desenvolve na sociedade brasileira, identificando grupos populacionais que enfrentam uma desassistência estatal, por inobservância de critérios que deveriam assegurar o acesso equânime aos serviços de saúde.

As longas filas de espera de pacientes que aguardam a execução de suas cirurgias não podem ser tratadas com naturalidade pelo poder público; de fato a demanda é maior que a oferta, todavia, dever-se-á lançar mão da regulação do acesso à assistência como ferramenta para controlar a escassez dos serviços. As filas de espera para cirurgias eletivas é uma realidade nacional, com nuances

regionais quanto aos procedimentos com fila maior ou menor, seja medida em número de pacientes ou em tempo de espera.

O estudo acadêmico da Saúde Pública é deveras importante, haja vista a magnitude de abrangência social e impacto personalíssimo na vida do cidadão/paciente, Forattini (1995) já salientava:

... as atividades no campo da Saúde Pública são caracteristicamente multidisciplinares, entendendo-se com isso, o imprescindível concurso de variadas áreas de estudo. Depreende-se daí que a pesquisa científica deverá ser levada a efeito em múltiplos campos do conhecimento, isto é, nas mais variadas especialidades. De maneira geral, os fatores determinantes dos agravos à saúde populacional podem ser sistematizados em três categorias, a físico-química, a biológica e a social, obviamente inter-relacionadas. Esse entrelaçamento de informações levará ao entendimento do mecanismo gerador e sustentador da problemática que afeta a população.

Desta feita é imperioso conhecer socialmente o paciente que tem ficado “à margem” da assistência, é fator relevante e contributivo para o levantamento de propostas com vistas a qualificar o acesso ao serviço de saúde; o tema trazido no presente carece ser abordado com maior ênfase pela comunidade acadêmica, médica e sobretudo pela instancia governamental.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Descrever as características gerais das cirurgias eletivas na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, no período de 2014 a 2018.

2.2 Objetivo específico

Descrever o perfil dos pacientes que não realizaram suas Cirurgias Eletivas, com ênfase nos casos de fraturas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988: para além da visão sistêmica

Na abordagem acima, levou-se em conta o direito à saúde como Direito Social como fruto de um desenvolvimento das relações entre Estado e sociedade que se desenrolou ao longo dos últimos três séculos. A partir deste ponto, o texto direciona-se para uma abordagem mais específica sobre o direito à saúde sob a luz da Constituição Federal, trazendo-o como direito fundamental. Ou seja, a Constituição Federal, colocando o Direito à Saúde num patamar diferenciado, cria as condições suficientes para a garantia ao acesso à saúde por parte da sociedade de forma plena e eficaz? Em relação à concepção de sistemas, como apresentado anteriormente, a Constituição Federal, na medida em que atribui à saúde como direito fundamental, vai além da lógica mecanicista e sistêmica?

A fundamentação para propositura do Sistema Único de Saúde – SUS tem como objetivos precípuos:

...dar assistência à população baseando-se no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde –para que assim sejam procurados os meios –processos, estruturas e métodos –capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e torná-lo efetivo no Brasil. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que deem concretude ao modelo de atenção à saúde desejada para o SUS (ALMEIDA& ZIONI,2002).

O direito à saúde foi inserida na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Nesse contexto, a carta magna, em seu Art. 6º estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção á maternidade e à infância (SARAIVA, 1983).

Antes mesmo da promulgação da Constituição Federal de 1988, Paulo Lopo Saraiva já defendia a proteção aos direitos sociais, os quais definiu como sendo

O **conjunto de princípios** e normas imperativas que tem por sujeito os grupos e os membros dos grupos, tem por objetivo (fim) a adaptação da forma jurídica (Leis, Códigos) à realidade social e visa (atuação), nesta adaptação, à colaboração de todos ao bem comum.” (SARAIVA, 1983, p. 23).

É imprescindível destacar que o reconhecimento da saúde como direito fundamental social foi inovação da Constituição Federal de 1988. Inexistiu em constituições anteriores a previsão de acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária. As Constituições de 1824 e 1891 foram omissas no tocante ao direito à saúde. As Constituições Federais de 1934, 1937, 1946 e 1967, por sua vez, apenas delimitavam as competências legislativas dos entes federativos (SARAIVA, 1983).

No Art. 196, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dentre os direitos sociais, o direito à saúde foi eleito pelo constituinte como de peculiar importância. A forma como foi tratada, em capítulo próprio, demonstra o cuidado que se teve com esse bem jurídico. Com efeito, o direito à saúde, por estar intimamente atrelado ao direito à vida, manifesta a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana.

A saúde, consagrada na Constituição Federal de 1988 como direito social fundamental, recebe, deste modo, proteção jurídica diferenciada na ordem jurídico-constitucional brasileira (SARLET, 2002, p. 02).

Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (MARTINS, 2010, p. 15).

A proteção constitucional à saúde no Brasil coaduna com o do Direito Internacional, abrangendo a perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde, impondo ao Estado o dever de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida.

O conceito de saúde evoluiu, sendo que atualmente não mais é considerada como ausência de doença, mas como o completo bem-estar físico, mental e social do homem. Contudo, o debate sobre o direito à saúde ainda segue no sentido do combate às enfermidades e conseqüentemente ao acesso aos medicamentos. Em última análise, há de se concordar com as palavras de Schwartz, para quem o escopo do direito sanitário é a libertação de doenças.

A importância de delimitar o tema exsurge quando se tem em vista que a Constituição Federal, no Art. 196, adotou o conceito amplo de saúde ao incumbir o Estado do dever de elaborar políticas sociais e econômicas que permitam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A par de assegurar o direito à saúde, a Constituição Federal de 1988 não delimitou objeto desse direito fundamental, não especificando “se o direito à saúde como direito a prestações abrange todo e qualquer tipo de prestação relacionada à saúde humana (SCHWARTZ, 2003, p. 54).

Segundo Sarlet, é o Legislador federal, estadual e municipal, a depender da competência legislativa prevista na própria Constituição, quem irá concretizar o direito à saúde, devendo o Poder Judiciário, quando acionado, interpretar as normas da Constituição e as normas infraconstitucionais que a concretizarem (2006, p. 15). Com a indefinição do que seria o objeto do direito à saúde, o legislador foi incumbido do dever de elaborar normas em consonância com a Constituição Federal de 1988.

Sabe-se que a aplicação da norma constitucional depende intrinsecamente de procedimentos a serem executados pelo Estado, bem como criação de estruturas organizacionais para o cumprimento do escopo constitucional de promover, preservar e recuperar a saúde e a própria vida humana.

Há, portanto, um claro dever do Estado de criar e fomentar a criação de órgãos aptos a atuarem na tutela dos direitos e procedimentos adequados à proteção e promoção dos direitos.

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198, estabelece como diretrizes do Sistema Único de Saúde (i) a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, (ii) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e (iii) a participação da comunidade.

Importante observar que as diretrizes do Sistema Único de Saúde não se esgotam nessas três diretrizes, porquanto ao longo da seção destinada à saúde observam-se alguns fundamentos desse direito, que servem de norte para a conduta da Administração Pública no tocante ao direito à saúde.

No que se refere ao Art. 198 quanto à previsão sobre a participação da comunidade, percebe-se, claramente de maneira expressa, que o sentido que a CF atribui à saúde vai além de uma visão sistêmica do direito à saúde.

O grande diferencial nesse ponto que cabe evidenciar denota-se da possibilidade do cidadão em participar ativamente na construção do sistema de saúde no Brasil. Não é por acaso que a nossa Carta Magna é considerada a Constituição Cidadã, na medida em que abrange uma visão de cidadania a partir da luta por direitos no espaço público.

Todavia, o questionamento sobre se a visão sistêmica de saúde no Brasil como um fator limitador permanece, na medida em que se faz necessário uma análise com mais acuidade sobre se o SUS é uma instituição humanizadora no âmbito das relações sociais e ao mesmo tempo incentiva efetivamente a participação social cidadã. Os dispositivos, por si só, são condições suficientes para um sistema público de saúde participativo e humanizado?

Para uma melhor compreensão dessas questões, é de suma importância afunilar o olhar sobre o Sistema Único de Saúde em relação a mecanismos mais específicos que protagonizam o seu funcionamento, como, por exemplo, a Regulação do Acesso à Assistência. Esta, por sua vez, opera com base em quais princípios e de que forma estes se inserem nos princípios mais gerais do sistema de saúde e ao direito à saúde, garantido constitucionalmente? Há um distanciamento entre os princípios que regem o sistema de regulação em relação aos valores constitucionais ou uma aproximação no sentido de reforça-los? Tendo em vista contribuir para a elucidação da problemática maior que norteia a presente pesquisa, os próximos eixos textuais serão encarregados de analisar mais detidamente essas questões complementares levantadas.

3.2 Equidade

A equidade é um dos princípios norteadores que atua a partir de duas dimensões: a primeira que diz respeito às condições de saúde, refere-se às chances de ocorrência de agravos de saúde; enquanto a segunda está ligada ao acesso e utilização dos serviços de saúde, ambas atuam no sentido de minimizar as variações biológicas e sociais, atuando na distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais (BARROS; MENDONÇA; SOUZA, 2016).

Atuando a partir do objetivo de alcançar o acesso equânime a que se propõe, o SUS utiliza o mecanismo regulatório como um de seus instrumentos de gestão, na medida em que se apresenta como um importante equalizador social capaz de atenuar a relação entre necessidade, demanda e oferta (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

O SUS entende o acesso a partir de três pontos: recepção do usuário, seu acolhimento e o devido encaminhamento às ações de saúde. Na medida em que o SUS se estrutura a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as suas várias portas de entrada, a regulação em saúde é responsável por disponibilizar o acesso do usuário de acordo com a resposta exigida, respeitados os limites da oferta. Atua com uma gestão que visa garantir a efetivação do princípio da equidade no sistema de saúde a partir ao acesso aos serviços assistenciais. (GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Na temática do acesso, Sanchez (8) traz a definição de acesso, calcada em quatro elementos principais, denominados disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, e afirma que acesso cada vez mais se confunde com o conceito de equidade em saúde.

3.3 Regulação do Acesso à Saúde

A Sistemática de Regulação, lê-se controle da oferta e demanda, aos serviços de Saúde em nosso país, no intuito de refletir sobre o objeto e a questão problema que norteiam esta pesquisa. Precipuamente urge conceituar o tema Regulação e posteriormente avançar para a discussão sobre como e por que o sistema foi implementado e os seus principais desafios atuais.

O conceito de “regulação” advém da Economia, ou seja, atua no âmbito da relação entre a oferta e a demanda no intuito de dirimir as falhas entre ambos. No âmbito da saúde, o conceito volta-se para atender, dentro do SUS, as relações entre as necessidades dos usuários, de um lado, e de outro, a capacidade da oferta dos serviços de saúde por parte da rede pública.

A regulação é a forma como o Estado atua na área da saúde, da mesma forma que ele atua na área Econômica, por exemplo, no intuito de regulamentar na busca pelo equilíbrio das forças existentes. Num ambiente perfeito (ideal) a oferta e a demanda alcançam o equilíbrio de maneira automática, mas no Brasil, com a realidade social marcada pelas desigualdades em praticamente todos os níveis, se faz necessário a intervenção do Estado.

A lógica do setor da saúde é orientada por fatores como a existência de riscos formada pela imprevisibilidade das doenças que leva a uma deficiência na formulação de um planejamento com gastos futuros. Para responder ao problema da incerteza, surge como possível solução o seguro privado, porém, neste campo também ocorre falhas.

A competição entre pequenas companhias de seguro saúde, que acarreta num custo final maior do seguro para o consumidor, é chamada de “desenconomia de escala”. Já a “economia de escala” é o que ocorre ao contrário: o menor custo por unidade de produto que leva a distribuição do custo fixo de grandes empresas (BARROS, 2009).

Outro conceito interessante para a compreensão do mercado de seguro saúde é a “seleção adversa”, que consiste na exclusão do acesso ao seguro saúde por parte de idosos e portadores de doenças crônicas que não têm condições de custear o seguro referente aos casos de maior risco que estão geralmente submetidos (MISHKIN, 2000).

Já o excesso de demanda, que seria a outra falha grave no mercado, está ligada à elevação de preços por dois fatores: a confiança no mecanismo de seguro de custo fixo, por parte do consumidor, leva a procura não controlada por

serviços de saúde, levando à diminuição da preocupação com a manutenção da saúde individual, acarretando o risco de doenças e a inevitável demanda por assistência. Já do lado do provedor de serviços, há possibilidade de haver influência por parte do profissional de saúde, na decisão do paciente na procura de mais procedimentos além do que ele realmente necessita.

As falhas elencadas acima expõem a fragilidade não apenas do mercado, mas do sistema de saúde como um todo, na medida em que este depende do setor privado, o qual, também não consegue oferecer um serviço público de qualidade respeitando as condições e as reais necessidades do cidadão.

O mercado é desprovido de mecanismos próprios de regulação, sendo que a lei da oferta e a demanda não levam ao equilíbrio, pelo contrário. Desse ponto de vista, a atuação do Estado é de suma importância no que se refere tanto a regulamentação, lê-se, normatização quanto à produção de bens e serviços no intuito de garantir o direito à saúde pública voltada aos reais anseios da sociedade. Nesse sentido, as leis do mercado não são condições suficientes para garantir o princípio da equidade, necessitando de mecanismos institucionais por parte do poder público no que se refere à regulamentação – coordenar através de normas. Porém, mas até que ponto esses mecanismos também são suficientes para colocar em prática o princípio da equidade e a consequente garantia ao direito da saúde? Como visto anteriormente, a própria sociedade deve desenvolver formas próprias de participação junto à gestão da saúde pública no Brasil.

O sistema de saúde, no formato atual do SUS, permite essa participação cidadã, porém, há o incentivo? A sociedade realmente é estimulada à participação na construção da saúde pública no Brasil? São questões que se colocam tendo em vista levantar o debate para além de mecanismos institucionais estabelecidos, ampliando os limites de uma visão meramente institucional, formal e sistêmica da gestão da saúde pública.

No âmbito desse debate, norteados por esses questionamentos acima levantados, encontra-se uma variável importante, que seria o sistema de regulação. Este é um mecanismo caracterizado por um conjunto de ações que se interpõem em meio às relações entre as demandas dos usuários e o acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2002).

A definição acima referente à regulação inclui aspectos como: condução política, análise da situação, planejamento, comunicação, os quais, interferem na organização e controle dos fluxos de acesso, desempenho dos sistemas e na qualidade da assistência. Nesse sentido, a regulação desempenha um papel importante como um instrumento de ordenação dos serviços e ações de saúde, na medida em que orienta-se pelos mesmos princípios que norteiam o SUS: do ponto de vista da eficiência, o sistema regulatório permite à gestão pública o estabelecimento de um melhor controle do acesso aos serviços de saúde e da aplicação de recursos.

Já do ponto de vista da eficácia, a regulação facilita a uma melhor organização do sistema de saúde para a atenção das urgências, internações hospitalares, cirurgias eletivas, exames, etc. E, por fim, em relação à efetividade, o sistema de regulação proporciona um alcance maior em relação à dimensão dos objetivos sanitários coletivos elencados na política de saúde na medida em que ocorre uma qualificação melhor no que diz respeito ao acesso dos serviços de saúde.

Um outro aspecto que a regulação abrange, dentro do contexto do funcionamento sistêmico do SUS, é com relação às diferenças das realidades socioeconômicas e culturais das diversas regiões do país. Dessa forma, a regulação está amparada pela Política Nacional de Regulação do SUS (PNR), pela portaria MS/GM nº1.559, de 1º de agosto de 2008. Este dispositivo estabelece que a regulação é um “(...) conjunto de ações que facilitam ou limitam a produção de bens e serviços no setor saúde, por meio da regulamentação, controle e fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação (...)

É importante destacar que esta norma apresenta a regulação qualificada em três dimensões de atuação de maneira integradas entre si a partir das competências da gestão tripartite do SUS: Regulação de Sistemas de Saúde (RSS) – diz respeito ao próprio sistema. Regulação da Atenção à Saúde (RAAtS) – refere-se à produção das ações de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade e a Regulação do Acesso à Assistência (RAA) – refere-se à organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso dos usuários aos serviços de saúde (MENDES, 2009).

Segundo o Conselho Nacional de Saúde,

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos pontos de atenção à saúde ambulatoriais e hospitalares (CONASS, 2011, p. 17)

A regulação atua essencialmente na organização da atenção, ou seja, na regulação médica do fluxo e dos mecanismos de transferência de pacientes por meio das centrais de regulação que permitem o consumo racional dos recursos, garantindo, dessa forma, o acesso aos recursos assistenciais de saúde pela população que necessita desses atendimentos.

A regulação visa uma melhoria da gestão de recursos financeiros e materiais disponíveis no âmbito do sistema de saúde, na medida em que atua no intermédio das relações entre a oferta e a demanda das necessidades e dos serviços de saúde (MEDINA, 2000).

A partir do que foi exposto até o presente momento e para uma melhor compreensão do sistema de regulação, torna-se necessário uma análise com mais acuidade sobre o funcionamento do sistema por meio dos seguintes mecanismos: Complexos Reguladores (CRg) e as Centrais de Regulação (CR).

3.3.1 Complexos Reguladores Regionais (CRR)/Centrais de Regulação (CR)

O mecanismo de regulação funciona a partir da atuação conjunta e integrada desses dois instrumentos, sendo que, os Complexos Reguladores nada mais são do que estruturas que organizam as ações da regulação do acesso por meio da articulação e integração de um conjunto de CR: Central de Regulação de Urgências, Central de Internações Hospitalares e Central de Consultas e Exames (MENDES, 2009).

Tendo em vista a garantia da organização das redes e seus fluxos assistenciais, a Política Nacional de Regulação abrange o conceito dos Complexos Reguladores, na medida em que a sua operacionalização atua mediante protocolos assistenciais vinculados com a contratação, controle

assistencial e avaliação, juntamente com outras funções da gestão, como programação e regionalização.

Implicitamente no âmbito da regulação, consta a responsabilização gestora pactuada e “delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços” que acarreta o estabelecimento de “fluxos de referências e contrareferência segundo os Planos Diretores de Regionalização – PDR”, amparados pela “necessidade demandada e na capacidade física instalada” dos entes federados.

Na medida em que se encontram definidas e pactuadas “as regras de referenciamento intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais com a garantia do financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI”, logo, a necessidade de regulação desses fluxos nos espaços e funcionalidades dos CRg é fundamental (MENDES, 2009).

O campo de atuação das CRg abrange os níveis intermunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional. Já a PNR do SUS atua com estruturas a nível Estadual, CRg Regional e CRg Municipal, os quais, são caracterizados da seguinte maneira:

- I. Complexo Regulador Estadual: Gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do estado.
- II. Complexo Regulador Regional:
 - a) Gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do estado;
 - b) Gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do estado; e

- III. Complexo Regulador Municipal: Gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal (BRASIL, 2006).

Toda a Política Nacional de Regulação é formulada e normatizada por essas estruturas, suas práticas e processos de trabalho, que atuam como um centro nervoso voltado para equalizar recursos disponíveis demandados pelos usuários do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A organização dessas demandas por parte dos usuários no âmbito das redes e unidades de saúde, consta como um desafio permanente, bem como, testa, de maneira constante, a capacidade do sistema em responder e informar as dificuldades, contribuindo para que o sistema se legitime no âmbito das comunidades que necessitam de atendimentos à saúde.

Um outro aspecto importante e passível de ser destacado, se refere ao papel da transação de dados como fruto dos sistemas de informação distribuídos nas unidades do sistema de regulação. Isso acarreta numa maior racionalidade no que diz respeito ao uso dos recursos, bem como, numa maior celeridade quanto aos encaminhamentos entre os pontos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.

O cruzamento das informações obtido nos sistemas das unidades proporciona uma melhoria no processo de tomada de decisões por parte dos gestores, na medida em que os tipos e a forma de distribuição espacial das necessidades são identificados com mais eficiência.

Outro fator importante a se destacar é com relação à localização das regiões que exigem melhorias específicas quanto à oferta de serviços que realmente atendam às necessidades dos usuários dentro das suas realidades locais.

A partir da exposição feita até o presente momento, a questão que se coloca é até que ponto há uma integração efetiva entre as políticas de regulação do acesso a assistência? No intuito de obter uma compreensão sobre essa problemática, o texto irá expor uma abordagem capaz de refletir sobre essa questão.

Tendo como ponto de partida que a regulação sobre sistemas e serviços de saúde se dá sobre o modelo organizativo e a busca pela implementação dos mesmos, bem como, a atuação do SUS que se desenvolve de maneira

regionalizada e dentro da lógica das redes, o processo regulatório atua no sentido de abranger os princípios organizativos, buscando uma integração dos diversos pontos de atenção disponíveis em cada localidade.

A região de saúde trabalhada pelo SUS é definida da seguinte forma:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (SERRANO, 2012, p. 36)

Já as redes de atenção à saúde são caracterizadas por serem organizações de serviços de saúde, desprovidas de hierarquia entre si, que buscam uma atenção integral à saúde de forma continuada num determinado local/região atendendo de acordo com as suas especificidades.

As redes atuam de acordo com três elementos que norteiam a sua organização: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. O segundo trata-se da centralização no processo de integração entre as redes de atenção e o sistema de regulação visando assegurar a oferta de ações e serviços de saúde (MENDES, 2009).

Do ponto de vista operacional, a rede se desenvolve a partir de um conjunto de elementos que merecem ser destacados: o centro comunicador, que se refere à Atenção Primária em Saúde que coordena os fluxos e contrafluxos dos cuidados, os pontos de atenção secundários e terciários que são os serviços especializados, os sistemas de apoio que atuam nos diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, os sistemas logísticos desenvolvidos pelo cartão do usuário, prontuário eletrônico, transporte; o acesso regulado e por fim, o sistema de governança que se caracteriza como arranjos institucionais organizados que abrangem diversos atores, estratégias e procedimentos que atuam de forma integrada as quatro outras estruturas operacionais supracitadas (MENDES, 2009).

Em função do conteúdo exposto neste capítulo, faz-se necessário uma breve análise no intuito de estabelecer uma síntese do que foi dito até o momento. Nesse sentido, inicia-se tal abordagem com relação aos desafios impostos ao processo de formulação, decisão e implementação de políticas

públicas que tendem a fazer frente às transições demográficas e epidemiológicas no contexto atual.

A configuração desse novo contexto, constituído pelos fatores acima expostos, pressiona os setores de urgência, emergência e ambulatoriais, elevando os custos operacionais para o sistema. A oferta de serviços nesse campo leva a uma racionalidade maior na utilização dos recursos escassos do setor.

Outro desafio imposto, neste contexto, no que tange ao sistema de governança, versa sobre a integração entre as Políticas de Regulação e o Acesso à Assistência. As soluções possíveis para essa questão tendem a abranger o investimento em tecnologia da informação no intuito de integrar as bases de dados do Sistema Único de Saúde; provisão de recursos para investimento na ampliação de serviços na rede pública; desenvolvimento de competências no campo da avaliação em saúde, enfatizando e solidificando a capacidade resolutiva dos sistemas regionais; elevação no investimento de maneira global e não por procedimentos, como ocorre atualmente e desenvolvimento de projetos de corte intersetorial para redução dos riscos que recaem sobre a demanda na área da urgência, internação hospitalar, consultas e exames.

3.3.2 A legislação sobre a Regulação da Assistência no SUS

A legislação que trata da regulação no Brasil forma um verdadeiro conjunto de instrumentos legais fundamentais no que se refere à capacidade do poder público em basear as suas decisões. São critérios que formam diretrizes para as decisões mais importantes na área da saúde. Dessa forma, elas podem ser compreendidas de duas maneiras: do ponto de vista das ferramentas e das estratégias que atuam por meio de modalidades legais diferentes, como atos legislativos, passando por requisitos e exigências administrativas, abrangendo incentivos positivos (subsídios) ou negativos por meio dos sanções.

Como esses instrumentos legais formam um sistema norteador de decisões por parte do gestor público, a regulação é função do Estado que tem

por finalidade acatar as demandas de saúde em suas várias complexidades, de forma mais integrada e equilibrada possível.

A construção histórica dos mecanismos regulatórios se desenvolveram por uma série de normatizações definidas na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90, reforçada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas-2001 e 2002) e, mais recentemente, pela edição do Pacto pela Saúde (2006), que fundamentaram o Sistema de Planejamento, Controle, Avaliação e Regulação do Sistema Único de Saúde.

No ano de 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação SUS normatizada pela Portaria n.º 1.559/08, que tratou de definir os diversos níveis da regulação em saúde, organizadas em três dimensões de atuação: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde, regulação do acesso à assistência.

No que se refere às dimensões da regulação em saúde, estas abrangem os meios necessários à atuação dos gestores quanto às responsabilidades sanitárias assumidas pelos entes federados, municípios, estados e Ministério da Saúde no intuito de garantir o avanço ao acesso do cidadão em relação os serviços de saúde.

Do ponto de vista Constitucional, o processo de implantação e consolidação do Sistema único de Saúde, desde sua concepção na Constituição Federal, em 1988, vem sendo objeto de inúmeros instrumentos normativos, como forma de regulamentar esse sistema e colocar em prática seus objetivos, diretrizes e princípios.

Os princípios e diretrizes do SUS constam na Constituição Federal de 1988, a partir do capítulo II, art. 7º da lei 8.80/90:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios.

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A Constituição Federal como marco jurídico inicial, é a responsável pela criação primária do SUS, em seus artigos 196 ao 200. Já o artigo 198 da CF, traz em seu texto as Diretrizes e alguns dos princípios do SUS, conforme verifica-se abaixo:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Na medida em que foi instituído o sistema formalmente pela Carta Magna, necessitou-se de criar mecanismos legais para a sua regulamentação. Isso ocorreu em 1990, com a promulgação das duas Leis Orgânicas da Saúde (LOS): Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e

sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Do ponto de vista da regionalização, o SUS almeja alcançar os seguintes objetivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

- a) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal.
- b) Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade.
- c) Garantir a integralidade na atenção à saúde por meio da organização de redes de atenção à saúde integradas.
- d) Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizando as demandas nas diferentes regiões.
- e) Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Portanto, os dispositivos que operam no sentido de garantir esses objetivos são os seguintes:

- **Constituição Federal – Art. 198**

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II –Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (Brasil, 1998).

- **Lei nº 8.080/1990 – Art. 7º**

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b)

regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]. (BRASIL, 1990).

- **NOB-SUS 01/93 – Item g da Introdução – Portaria GM/MS n. 545/1993**

Item g

A regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993).

- **NOB-SUS 01/96 – Item 4 – Portaria GM/MS n. 2203/1996**

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 1996).

- **NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002**

Para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. (BRASIL, 2001).

- **Pacto pela Saúde – Item 2, Diretrizes para a Gestão do SUS, Pacto de Gestão, Portaria GM/ MS n. 399/2006**

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, o Plano Diretor de Investimentos – PDI – e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI [...] (BRASIL, 2006b).

- **Decreto federal nº 7.508/11**

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (art. 2º, I)

O Decreto estabelece a Comissão Inter gestores Regional e delibera sobre todos os aspectos operacionais de serviços de saúde na região (aloca recursos financeiros na região; distribui serviços, acompanha o desenvolvimento e a produção de serviços da rede, aclara o plano de saúde para as regiões).

O pressuposto da região é a organização da rede de atenção, o Decreto define quais são os compromissos dos municípios de cada região em termos de saúde.

3.3.3 A regulação como elemento estruturante do sistema público de saúde

A iniciativa de se implementar um sistema integrado de regulação em saúde no Brasil contempla os objetivos do SUS através da garantia do direito à saúde, a partir dos princípios da eficiência, eficácia e efetividade, norteados as ações e serviços de saúde com qualidade e suficientes para a resposta às necessidades da população, a partir dos recursos disponíveis (LIMA, 2013).

No contexto social brasileiro, em 2008, estruturou a Política Nacional de Regulação, atuando em três eixos fundamentais: a regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2008). Esta, por sua vez, visa a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, atuando como uma autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2007).

3.4 - Cirurgias Eletivas no Brasil - Análise Situacional

A análise situacional dos serviços públicos de saúde se contextualiza com o processo de gerenciamento da política de saúde, devendo identificar o início, o meio e o fim do processo de entrega do direito social entabulado em nossa Carta Magna, com sensibilidade para identificar os ideais iniciais do Sistema Único de Saúde e a forma como ele é conduzido nos dias atuais.

No que concerne a análise do panorama atual das Cirurgias Eletivas, faz-se necessário, em primeiro, trazer ao conhecimento do leitor que o Ministério da Saúde desde o ano de 1999 - GM/MS n.º 279, de 07 de abril de 1999, já havia identificado nas Cirurgias Eletivas uma problemática a ser enfrentada, motivo pelo qual iniciou o Mutirão Nacional de Cirurgias Eletivas, à época, a atenção fora voltada às cirurgias de catarata, varizes, próstata e retinopatia diabética, e as ações passaram a ser regulamentadas por portarias publicadas periodicamente, financiadas por meio do Fundo de Ação Estratégica e Compensação (FAEC).

Em que pese os mutirões terem sido efetivos no atendimento à demanda para determinados procedimentos e em algumas localidades com grandes filas de espera, eles não constituíram política estruturante na organização das redes de serviços. Dessa forma, os resultados satisfatórios eram pontuais e temporários, e as filas voltavam a crescer tão logo os mutirões finalizavam.

Portanto, fez-se necessária a reinvenção da estratégia de mutirões, aprimorando-os para um formato mais contínuo de ações, de forma a ampliar o rol de procedimentos, com base no perfil epidemiológico e na organização geral do sistema. A extinção dos mutirões como artifício isolado e a instituição da Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade deu-se com a publicação da Portaria GM/MS nº 252, de 6 de fevereiro de 2006, em conformidade com as diretrizes definidas pelo Pacto pela Saúde.

A Política, que apresentava como objetivos a ampliação da autonomia dos gestores municipais e estaduais na redefinição do rol de procedimentos contemplados, a estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada e a identificação da demanda reprimida e redução das filas de espera, propiciou

melhor estruturação da rede assistencial com base na organização local do sistema e na extensão dos serviços.

As ações mantiveram-se contínuas desde então, sob a forma de estratégias anuais, que, de maneira geral, têm como propostas a redução do tempo de espera para os diversos procedimentos cirúrgicos eletivos e a ampliação do acesso dos usuários do SUS, inclusive com a retomada ou início da oferta desses serviços em algumas localidades de forma permanente e integrada na Rede de Atenção à Saúde. Ressalte-se que o conceito de procedimento cirúrgico eletivo, segundo a Portaria GM/MS nº 1.919, de 15 de julho de 2010 (revogada pela Portaria GM/MS nº. 2.318, de 30 de setembro de 2011) é o seguinte:

Procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.

3.5 - Arcabouço normativo das Cirurgias Eletivas

3.5.1 Histórico das normativas de cirurgias eletivas dos anos: 2004 a 2019.

1. Portaria GM/MS n. 1.372/2004- Define a Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade.
2. Portaria MS/SAS n. 501/2004 – Regulamenta a Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade.
3. Portaria GM/MS n. 486/2005 – Inclui no rol de procedimentos contemplados na política aqueles relativos aos mutirões de catarata, próstata, retinopatia diabética e cirurgias de varizes, permitindo a ampliação desse tipo de assistência, acrescentando o valor de R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano como incremento financeiro mediante projetos.
4. Portaria GM/MS n. 252/2006, revoga a normativa anterior.

5. PORTARIA GM/MS Nº 958, de 15 de maio de 2008 - Redefine a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade.
6. Portaria GM/MS nº 1919 de 15/07/2010- revoga a Portaria nº 958, de 15 de Maio de 2008.
7. Portaria GM/MS n. 2.318/2011 - Redefine a estratégia para as cirurgias eletivas nos anos de 2011 e 2012.
8. Portaria GM/MS n. 1.340/2012 - Define a estratégia de aumento do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito do SUS para o período de junho de 2012 a junho de 2013.
9. Portaria GM/MS Nº 1.557, de 31 DE JULHO DE 2013 - Define a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para os exercícios dos anos de 2013 e 2014.
10. Portaria nº 1.034, de 22 de julho de 2015 - Redefine a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2015.
11. Portaria SAS/MS 1.294, de 25 de maio de 2017 (*) - Define, para o exercício de 2017, a estratégia para ampliação o acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
12. PORTARIA Nº 2.895, DE 12 DE SETEMBRO DE 2018 - Define, para o exercício de 2018, a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
13. Portaria nº 195/GM/MS, de 6 de fevereiro de 2019 - Prorroga a estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos
14. PORTARIA Nº 1.996, DE 26 DE JULHO DE 2019 - Prorroga a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 1 – Informativo de portarias por ano e objeto

Portaria GM/MS n.º 279, de 07 de abril de 1999	Lança a Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgia de Catarata, Próstata, retinopatia diabética e varizes
Portaria GM/MS n. 1.372/2004	Define a Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade
Portaria MS/SAS n. 501/2004	Regulamenta a Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade
Portaria GM/MS n. 486/2005	Inclui no rol de procedimentos contemplados na política aqueles relativos aos mutirões de catarata, próstata, retinopatia diabética e cirurgias de varizes, permitindo a ampliação desse tipo de assistência, acrescentando o valor de R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano como incremento financeiro mediante projetos
Portaria GM/MS n. 252/2006	Institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
Portaria GM/MS Nº 958/2018	Redefine a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade
Portaria GM/MS nº 1919 de 15/07/2010	Revoga a Portaria nº 958, de 15 de Maio de 2008 e redefine a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade
Portaria GM/MS n. 2.318/2011	Redefine a estratégia para as cirurgias eletivas nos anos de 2011 e 2012
Portaria GM/MS n. 1.340/2012	Define a estratégia de aumento do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito do SUS para o período de junho de 2012 a junho de 2013
Portaria GM/MS Nº 1.557/2013	Define a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para os exercícios dos anos de 2013 e 2014
Portaria GM/MS nº 1.034/2015	Redefine a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2015
Portaria SAS/MS 1.294/2017	Define, para o exercício de 2017, a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
PORTARIA Nº 2.895/2018	Define, para o exercício de 2018, a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria GM/MS nº 195/2019	Prorroga a estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos
PORTARIA Nº 1.996/2019	Prorroga a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Fonte: Sítio Eletrônico do Ministério da Saúde - <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Caracterização do Estudo

Foi realizado um estudo do tipo retrospectivo, descritivo e analítico, abrangendo as Cirurgias Eletivas, entre os anos de 2014 e 2018 no Município de Goiânia.

Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

De acordo com Castro (1976) considera que a pesquisa descritiva apenas captura e mostra o cenário de uma situação, expressa em números.

“Quando se diz que uma pesquisa é descritiva, se está querendo dizer que se limita a uma descrição pura e simples de cada uma das variáveis, isoladamente, sem que sua associação ou interação com as demais sejam examinadas” (CASTRO, 1976, p. 66).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi idealizado na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, em Goiânia, capital do Estado de Goiás e desenvolvido na Superintendência de Regulação e Políticas de Saúde.

Fundada em 24 de outubro de 1933, Goiânia foi construída para abrigar a nova capital do Estado de Goiás e hoje, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, realizado em 2018, conta com 1.495.705 pessoas.

Com uma renda per capita de R\$ 32.209,01 (IBGE, 2016), a economia goiana é caracterizada pela predominância do setor terciário, o qual concentra 80% da economia do município, com destaque para a saúde, atividades imobiliárias e administração pública.

O município é referência em atendimento pelo SUS da região Centro Oeste recebendo pacientes oriundos dos municípios do interior e de outros estados para atendimento em saúde. A SMS de Goiânia é responsável pela gestão em saúde e é quem coordena a maioria das internações de urgência e eletiva em leitos hospitalares pelo SUS no Estado de Goiás.

Na área da saúde¹, Goiânia conta com uma estrutura que dispõe 09 Cais, 04 CIAMS, 02 UPA's, 22 Centros de Saúde, 45 Centros de Saúde da Família (CSF), 21 Unidades de Atendimento à Saúde Mental e 12 Outras Unidades, como Ambulatório de Queimaduras, Ortopedia, etc. Já o SUS conta com 327 estabelecimentos².

Os leitos hospitalares disponíveis no município de Goiânia aumentaram de 5.906 em 2010 para 6.214 em 2013. Já os leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) atualmente somam 6.252 em Goiânia, segundo dados do Ministério da Saúde³.

4.3 Etapas da Construção do Estudo

4.3.1 Etapa 1 – Caracterização dos Procedimentos

Foram considerados todos os procedimentos de Cirurgias Eletivas com solicitações autorizadas e encaminhadas pela Superintendência de Regulação e Políticas de Saúde no período de 2014 a 2018.

¹ Site da Secretaria Municipal de Goiânia. Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/docs/divulgacao/Lista_Completa.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

² Site do IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiania/panorama>>. Acesso em 10 de junho de 2019.

³ <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintgo.def>> Acesso em 19 de junho de 2019.

4.3.2 Etapa 2 – Levantamento de dados na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

A coleta de dados para o estudo teve como fonte o levantamento dos grupos de Cirurgias Eletivas no Município de Goiânia, utilizando os arquivos contidos no Sistema de Informação da própria administração pública, identificando quantitativo de Cirurgias Eletivas realizadas e não realizadas entre os anos de 2014 e 2018.

4.3.3 Etapa 3 – Seleção da Amostra

Estudo de Subgrupo - A amostra foi obtida dos arquivos de cirurgias eletivas da SMS-Goiânia, sendo deste arquivo selecionado o grupo de procedimentos relativos às cirurgias ortopédica do sistema osteomuscular, e a partir deste foram selecionados o grupo específico.

Os dados foram coletados de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2018.

4.3.4 Etapa 4 – Variáveis do Estudo

Caracterização dos pacientes com fratura aguardando cirurgia eletiva no município de Goiânia de 2014 a 2018,

A identificação dos pacientes e interpretação dos dados foi dividida por ano, idade e sexo dos pacientes. As cirurgias foram analisadas quanto à resolatividade em “realizadas” e “não realizadas”.

- Gênero: masculino e feminino

- Grupo etário de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
 - Adolescente: $\geq 10 < 20$ anos
 - Adulto jovem: $\geq 20 < 40$ anos
 - Meia idade: $\geq 40 < 65$
 - Terceira idade: ≥ 65 anos

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 RESULTADOS

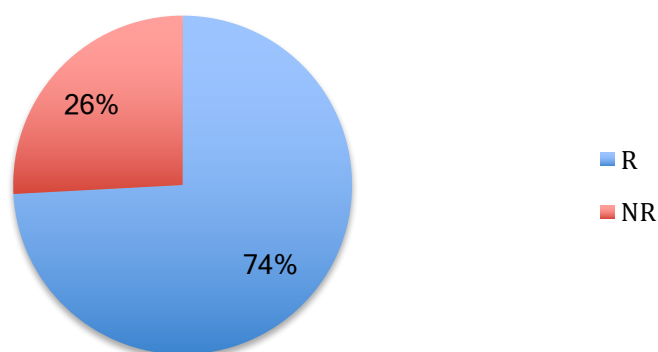
5.1.1 Características Gerais

No período de 2014 a 2018, foram identificadas na Secretaria Municipal de Goiânia um total de 206.777 guias autorizadas para a realização de cirurgias eletivas. Deste montante, 74% foram realizadas enquanto 26% não foram realizadas ao longo do período referenciado acima (Tabela 1 e Gráfico 1).

Tabela 1 – Demanda total de cirurgias eletivas no município de Goiânia, no período de 2014 a 2018, de acordo com o ano e a resolutividade.

ANO	N	REALIZADAS	NÃO REALIZADAS
2014	38560	33326	5234
2015	41585	33439	8146
2016	38745	30941	7804
2017	43195	31304	11891
2018	44692	24750	19942
TOTAL	206777	153760	53017

Gráfico 1 – Resolutividade da demanda de cirurgias eletivas no município de Goiânia, de 2014 a 2018



5.1.2 Características do Grupo de Cirurgias Eletivas do Sistema Osteomuscular

Das 206.777 cirurgias eletivas, 28.413 delas foram do grupo de procedimentos osteomusculares (Gráfico 2). Neste grupo apenas 57% das cirurgias foram executadas restando 43% não executadas (Gráfico 3). Observa-se que neste grupo o índice de execução está abaixo do realizado quando se considera o total de cirurgias no mesmo período.

Gráfico 2 – Demandas de Cirurgias Eletivas do Grupo Osteomuscular no Município de Goiânia, de acordo com a resolutividade, de 2014 a 2018

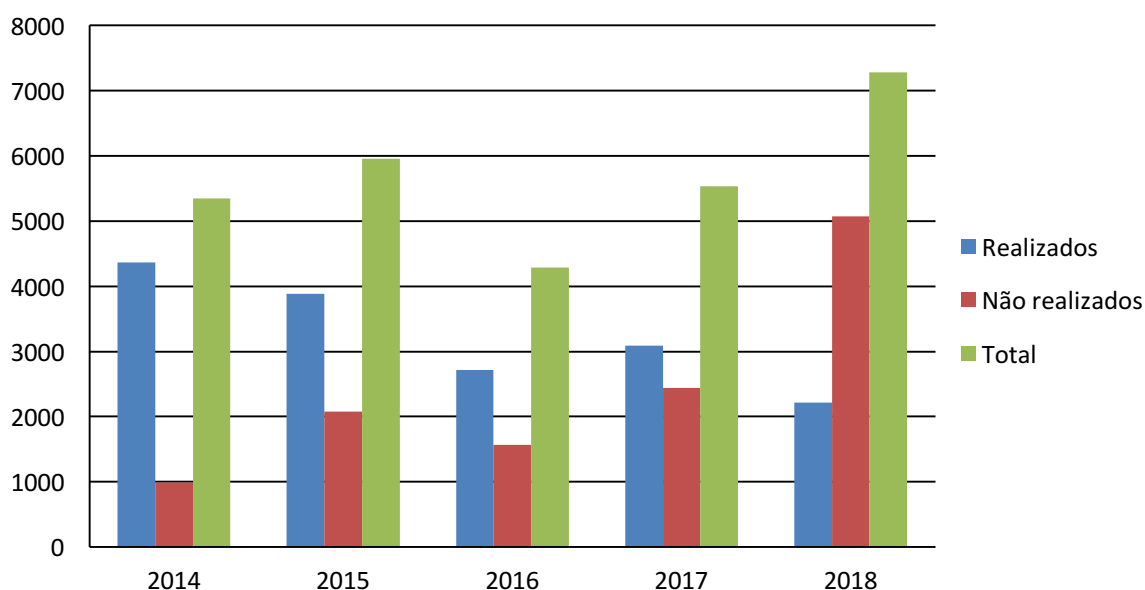
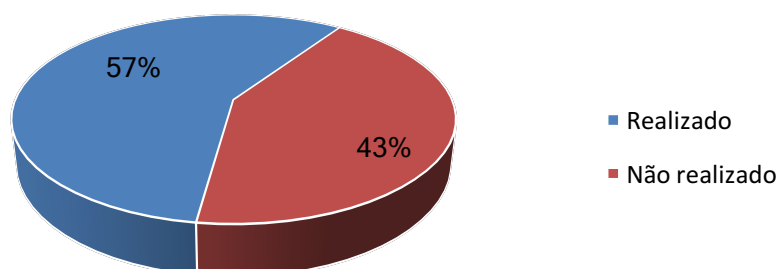


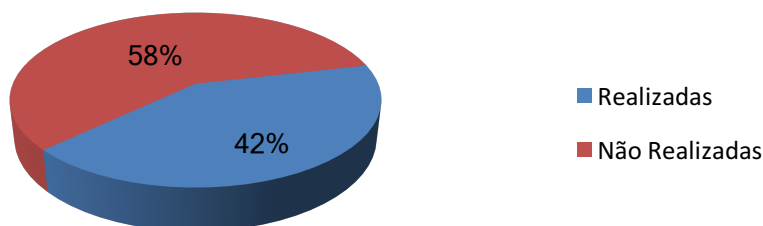
Gráfico 3 – Demandas de Cirurgias Eletivas do Grupo Osteomusculares por fratura, no Município de Goiânia, de acordo com a resolutividade, de 2014 a 2018



5.1.3 Subgrupo Fraturas

Das 28.413 cirurgias eletivas do grupo osteomuscular, 1.600 foram identificadas pelo médico solicitante como Cirurgia Ortopédica por Fratura. Destas, denota-se uma mudança de perfil quanto a resolatividade, apenas 665 (42%) foram realizadas e 935 (58%) não foram realizadas (Gráfico 4). Assim, considerando os números apurados neste grupo específico, infere-se que os pacientes com cirurgias não realizadas supera as realizadas.

Gráfico 4 – Demandas de Cirurgias Eletivas do Grupo Osteomusculares por fratura, no Município de Goiânia, de acordo com a resolatividade, de 2014 a 2018



5.1.4 Subgrupo de Cirurgias Eletivas Osteomusculares por Fratura não realizadas

Dos 935 pacientes portadores de fraturas que não foram operados, houve um predomínio do sexo masculino em relação ao sexo feminino, com 658 (70%) e 277 (30%) casos, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Características dos pacientes com fratura aguardando cirurgia eletiva no município de Goiânia de 2014 a 2018.

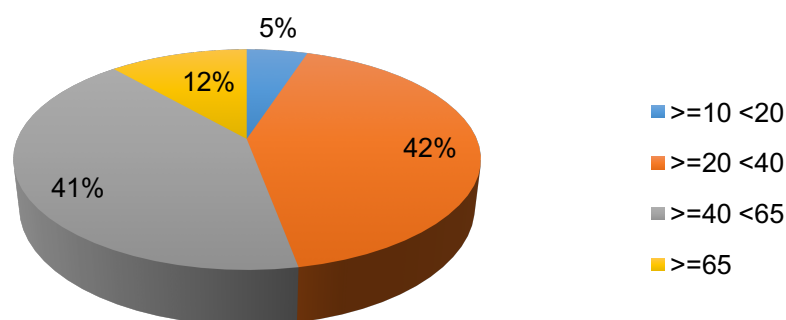
ANO	N	IDADE		SEXO		
		MÉDIA	M	(%)	F	(%)
2014	152	49,6	110	(72)	42	(28)
2015	288	47,8	199	(69)	89	(31)
2016	105	50,9	75	(71)	30	(29)
2017	168	47,6	117	(70)	51	(30)
2018	222	48,9	157	(71)	65	(29)
TOTAL	935	48,9	658	(70)	277	(30)

No que tange ao grupo etário, observou-se que houve um predomínio da faixa etária entre 20 e 40 anos com 391 casos, seguido da faixa etária de 40 a 65 com 386 casos, respectivamente 42% e 41% (Tabela 3 e Gráfico 5).

Tabela 3 – Demanda de pacientes com fratura aguardando cirurgia eletiva no município de Goiânia de 2014 a 2018, de acordo com o grupo etário.

ANO	> = 10 e < 20	> = 20 e < 40	> = 40 e < 65	> = 65	Total
2014	5	67	56	24	152
2015	16	120	123	29	288
2016	1	49	47	7	104
2017	3	67	75	21	166
2018	22	88	85	26	221
TOTAL	47	391	386	107	931

Gráfico 5 – Demanda de Cirurgia Eletiva Ortopédica por fraturas, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, de acordo com a classificação etária.



Ao longo dos anos, 2014 a 2018, pode-se observar, a) uma tendência de aumento do número de casos de cirurgias não realizadas no grupo etário de adolescentes, b) um leve declínio nas faixas etárias de 20 a 40 anos e maior que 65 anos, c) e entre 40 e 65 anos permaneceu estável (Gráfico 6, Gráfico 7, Gráfico 8 e Gráfico 9).

Gráfico 6 – Demanda de cirurgia eletiva ortopédica por fratura, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, classificação etária: >10 ≤20.

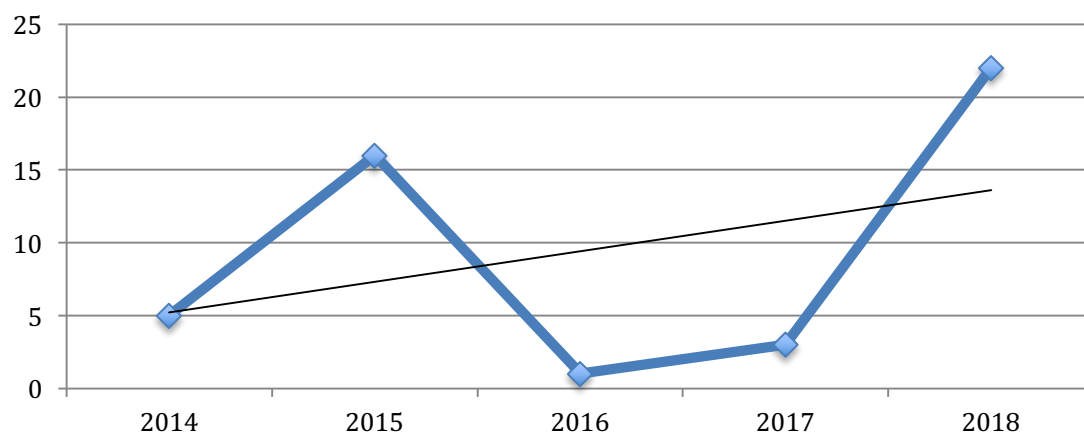


Gráfico 7 – Demanda de cirurgia eletiva ortopédica por fratura, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, classificação etária: >20 ≤40.

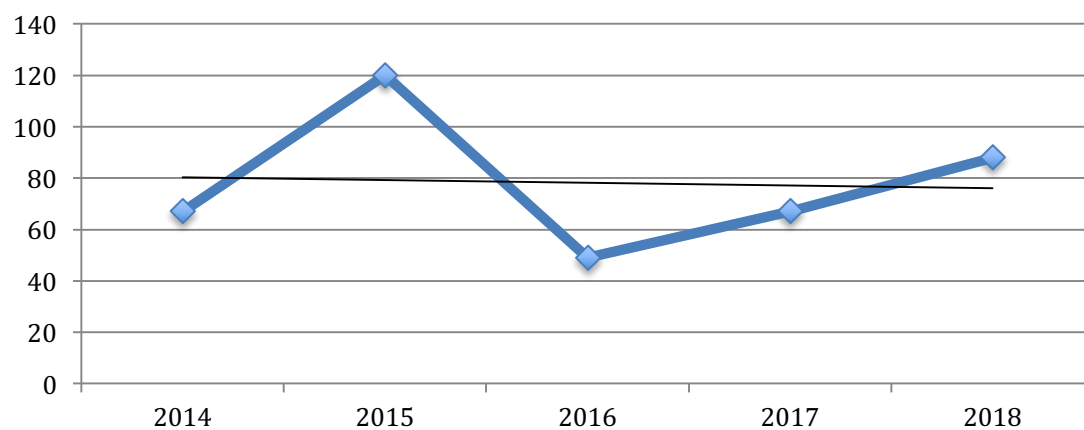


Gráfico 8 – Demanda de cirurgia eletiva ortopédica por fratura, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, classificação etária: > 40≤ 65.

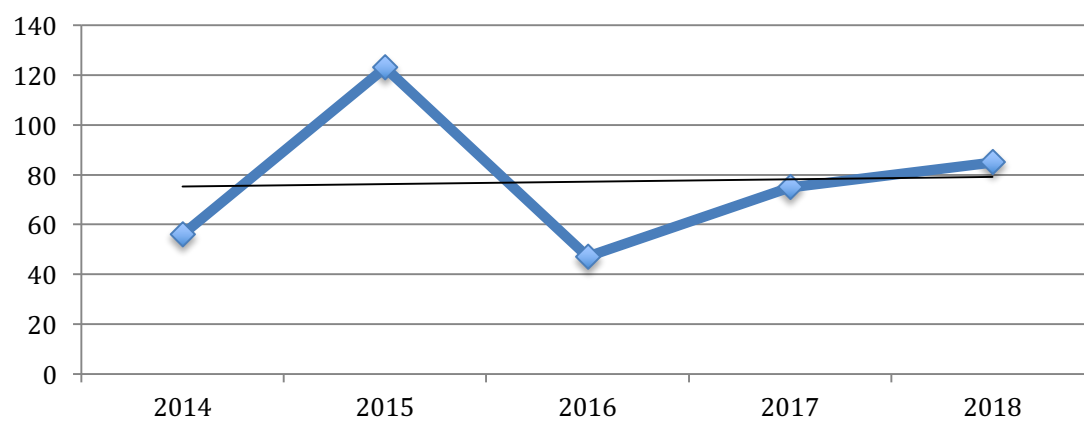
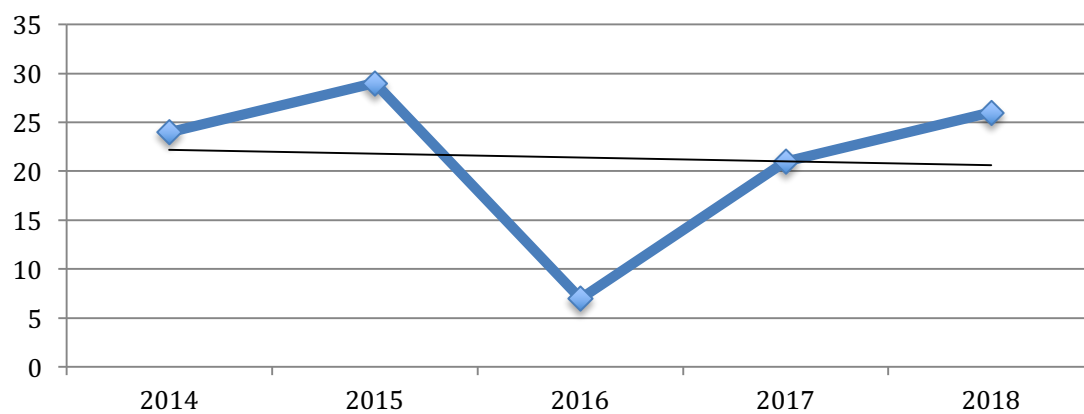


Gráfico 9 – Demanda de cirurgia eletiva ortopédica por fratura, no município de Goiânia, de 2014 a 2018, classificação etária: >65.



5.2 DISCUSSÃO

Como se pode observar, as características gerais apresentadas nas **Figuras 1 e 2**, no que concerne à demanda total de cirurgias eletivas no município de Goiânia, no período de 2014 a 2018, de acordo com o ano e a resolatividade, denota-se, em análise rasa do percentual um número relativamente satisfatório quanto a execução, qual seja 74%; Todavia, não se pode fechar os olhos para a “coisificação” da espera do grupo que não foi atendido – 26% -, do outro lado, existem 53.017 (cinquenta e três mil e dezessete) pessoas/pacientes/doentes, pais, mães, idosos, crianças, enfim, um grupo tal qual o que fora operado.

Uma das razões do presente estudo e que carece ser discutida na “Alta Política”, que é capitaneada pelo Chefe do Poder Executivo Nacional e pelo Ministério da Saúde, versa sobre a banalização/massificação do grupo não atendido nas filas intermináveis de Cirurgias Eletivas em todo o território nacional, se faz necessário a investigação e funcionalidade das portarias de incentivos financeiros que o Ministério da Saúde que há anos concede aos estados e municípios executores aporte orçamentário para equalizar as filas de cirurgias eletivas.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a demanda por cirurgias eletivas é elevada, até início do ano de 2017 o panorama preliminar era de um total de 800.559 cirurgias aguardando realização, sendo a maior demanda na especialidade de traumatologia e ortopedia (182.003), com significativa expressão também para as cirurgias gerais no total de 161.219 procedimentos. Em 2016, foram registradas 1.905.306 cirurgias eletivas com recursos da Média e Alta Complexidade (BRASIL, 2017).

O cenário local replica a tendência nacional, e em tentativa de fundamentação normativa para comparar se é razoável um paciente de 2014 ainda não ter seu procedimento cirúrgico realizado, evidencia-se a ausência de legislação que delimite temporalidade para execução de procedimento cirúrgico contidos na Política Nacional de Cirurgias Eletivas, porém, antes que o legislador imponha ao gestor público do SUS, o tempo legal para execução de um procedimento cirúrgico é imperioso que existam equipamentos de saúde

suficientes para atender a contento as necessidades da população, ou que ao menos os existentes, entreguem de fato os serviços de acordo com sua capacidade operativa.

Neste contexto abrangente de Cirurgias Eletivas, o estudo em tela afunilou-se para o grupo caracterizado de cirurgias eletivas do sistema osteomuscular, demonstrados nas **Figuras 3 e 4**, em análise dos dados se descortina um novo número, no mínimo, preocupante, 43% dos pacientes com solicitações de cirurgias não foram atendidos; Neste momento ainda não se pode elencar as motivações pelas quais este percentual percorre a casa acima de 40%, identificar os fatores e critérios que deixaram esse grupo populacionais fora do grupo executado é desconhecido, é forçoso que a gestão “conheça” o seu paciente desassistido, para que, como planejador do acesso, busque mecanismos para exercer os mandamentos constitucionais da equidade e universalidade.

Estreitando um pouco mais o filtro de estudo e entrando no Subgrupo das Cirurgias Eletivas do Sistema Osteomuscular, com casos específicos de Fraturas, passamos a conhecer o perfil dos pacientes que estão ficando no cantinho da “desumanização” das filas, frisa-se que, através dos dados levantados na SMS de Goiânia, aclaramos o sexo e idade do paciente com maior incidência que ainda esta aguardando, todavia não se consegue evidenciar quais os critérios utilizados para execução de pacientes em detrimento de outros, a ausência de critérios estabelecidos para execução é uma problemática a ser enfrentada com a máxima urgência.

Do grupo de amostra estudado no que concerne a resolatividade, realizadas e não realizadas, foram identificadas que 58% dos pacientes ainda não foram atendidos, conforme se depreende da **Figura 5**, ante o cenário e considerando a ausência de indicadores que pudessem explicitar a motivação pelo elevado número de inexecução, é salutar consignar que será de extrema valia um estudo posterior para esmiuçar o tema.

Restando claro que os resultados evidenciaram que as Cirurgias Eletivas por Fraturas que não apresentam padrão específico de resolatividade.

No que se refere à variável sexo, observou-se que houve diferença significativa entre Homens e Mulheres, haja vista que houve um predomínio do

sexo masculino em relação ao sexo feminino, os dados merecem atenção, 70% dos pacientes são homens, há que se levantar as causas desse império.

Em relação à variável idade, depreende-se que 83% da demanda sem resolução compreende a faixa etária entre 20 e 65 anos, **Figura 8**, população esta em idade produtiva, capaz de fomentar a economia do meio social que o paciente habita.

Outro fator que carece atenção em relação a idade do paciente, diz respeito a curva exponencial apresentada na **Figura 9**, o grupo de pacientes adolescentes que compreende a idade entre 10 e 19 anos completo, segundo critérios etários estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, tem demonstrado uma crescente, o que não deveria, haja vista que já existe a prioridade legal instituída por força de lei, nos termos da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

Em decorrência dos resultados encontrados e da escassa literatura a cerca do assunto abordado neste estudo, sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas, a fim de contribuir para uma melhor elucidação dos pontos que não foram aclarados e proposições de critérios que definam a ordem de execução das filas, o tempo médio máximo que o paciente pode aguardar sem ter o agravamento de seu quadro clínico.

Enfim, o trabalho aqui apresentado abre preparatório para estudos de maior complexidade, com vistas a levantar a real motivação das filas de espera e o impacto da delonga na vida produtiva do paciente.

6 CONCLUSÃO

A regulação como ordenadora do planejamento e ferramenta eficaz de gestão tem sido discutida como uma das principais estratégias no sistema de saúde brasileiro, especialmente a regulação do acesso aos serviços de saúde.

A Política Nacional de Regulação, não pode ser tratada apenas como normativa que regulamenta a implantação de centrais de regulação com funções de realizar internações de urgência e eletivas, agendamento de consultas, exames e procedimentos.

Denota-se, a partir dos dados levantados de cirurgias eletivas realizadas e não realizadas no município de Goiânia, que a regulação do acesso extrapola o aspecto operacional de internações e agendamentos, dever-se-á utilizar a regulação como mecanismo organizador de planejamento, monitoramento e gestão de filas, não apenas sob o aspecto de tempo de espera, puramente temporal, e sim quem espera e como isso impacta em seu convívio social.

Neste diapasão que o presente trabalho acadêmico de caráter descritivo, traz para conhecimento indicadores para que a gestão, utilizando o mecanismo regulação do acesso possa influenciar o tratamento equânime das filas de espera de cirurgias eletivas, bem como apontar e mostrar o perfil do paciente que tem sido deixado para trás na corrida pelo serviço público de saúde.

Em atenção ao objetivo proposto deste estudo, qual seja, conhecer o perfil do paciente que aguarda a execução de cirurgia eletiva, as situações são: em suma ele se apresenta com predominância do sexo masculino, com a média etária de 48,9 anos (quarenta e oito anos e nove meses).

E para apontar fatores que auxiliem na distribuição do acesso equânime e gestão qualificada das filas, pode-se destacar: conhecimento real da efetividade da Política Nacional de incentivo a realização de cirurgias eletivas sob a ótica da descrição das características gerais das cirurgias eletivas na Secretaria de Saúde de Goiânia, reavaliação dos pacientes que ainda estão na fila quanto a necessidade de cirurgia; estudo da possibilidade de aumento da rede assistencial com a contratação de novos serviços.

Por fim, ante ao cenário das Cirurgias Eletivas no município de Goiânia é imperioso que o gestor local tenha como objetivo fundamental o avanço na entrega efetiva dos serviços de saúde, com tomadas de decisão embasadas em números e informações técnicas a fim de garantir a equidade no acesso, disseminando a importância do SUS e garantindo a assistência do paciente.

7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo não envolveu seres humanos e não identificou participantes, sendo dispensável aprovação por parte da Comissão Nacional de Ensino e Pesquisa (CONEP), em acordo com as Resoluções n.466/12 e n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. SUS terá fila única para as cirurgias eletivas.

Portal Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/28256-sus-tera-fila-unica-para-cirurgias-eletivas>

SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 15 dez. 2019.

Constituição Federal de 1988 - Art. 6º e Art. 196

SARLET, 2002, p. 02

(MARTINS, 2010, p. 15

SCHWARTZ, 2003, p. 54

BARROS; MENDONÇA; SOUZA, 2016).

(VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

(GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012)

(BARROS, 2009)

o seguro referente aos casos de maior risco que estão geralmente submetidos

(MISHKIN, 2000).

(MENDES, 2002).

Política Nacional de Regulação do SUS (PNR), pela portaria MS/GM nº1.559

(MENDES, 2009)

(CONASS, 2011, p. 17)

(SERRANO, 2012, p. 36)

art. 7º da lei 8.80/90

artigo 198 da Constituição Federal

196 ao 200 CF

Lei 8.142/90

NOB-SUS 01/93 – Item g da Introdução – Portaria GM/MS n. 545/1993 Item g

NOB-SUS 01/96 – Item 4 – Portaria GM/MS n. 2203/1996

NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002

Pacto pela Saúde – Item 2, Diretrizes para a Gestão do SUS, Pacto de Gestão,

Portaria GM/ MS n. 399/2006

Decreto federal nº 7.508/11

GM/MS n.º 279, de 07 de abril de 1999

Portaria GM/MS nº 252, de 6 de fevereiro de 2006