



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**FACULDADE DE GEOGRAFIA**

**LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**

**ANÁLISE DO FLUXO REGULATÓRIO E DO PROCESSAMENTO DAS  
DEMANDAS POR PROCEDIMENTOS ELETIVOS NO SUS NOS ANOS DE 2016 E  
2017: O caso do Centro de saúde Enfermeira Zezinha, na cidade de Marabá-PA.**

**MARABÁ-PA**

**2018**

**LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**

**ANÁLISE DO FLUXO REGULATÓRIO E DO PROCESSAMENTO DAS  
DEMANDAS POR PROCEDIMENTOS ELETIVOS NO SUS NOS ANOS DE 2016  
E 2017: O caso do Centro de saúde Enfermeira Zezinha, na cidade de Marabá-PA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Geografia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA, como requisito parcial para obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Geografia.

**Orientador:** Prof. Me. Gustavo da Silva

**MARABÁ-PA**

**2018**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Josineide da Silva Tavares / UNIFESSPA. Marabá, PA**

---

Rodrigues, Leandro dos Santos

Análise do fluxo regulatório e do processamento das demandas por procedimentos eletivos no SUS nos anos de 2016 e 2017: o caso do centro de saúde enfermeira Zezinha, na cidade de Marabá - PA / Leandro dos Santos Rodrigues ; orientador, Gustavo da Silva. — 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Campus Universitário de Marabá, Instituto de Ciências Humanas, Faculdade de Geografia, Curso de Licenciatura e Bacharelado em Geografia, Marabá, 2018.

1. Saúde pública - Marabá (PA). 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Política de saúde. 4. Saúde – Planejamento - Análise. 5. Saúde pública – Pesquisa. 6. Centros de saúde. I. Silva, Gustavo da, orient. II. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. III. Título.

---

CDD: 22. ed.: 362.1098115

Elaboração: Miriam Alves de Oliveira  
Bibliotecária-Documentalista CRB2/583

**LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**

**ANÁLISE DO FLUXO REGULATÓRIO E DO PROCESSAMENTO DAS  
DEMANDAS POR PROCEDIMENTOS ELETIVOS NO SUS NOS ANOS DE 2016 E  
2017: O caso do Centro de saúde Enfermeira Zezinha, na cidade de Marabá-PA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Geografia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA, como requisito parcial para obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Geografia.

**Banca examinadora**

---

**Prof. Me. Gustavo da Silva**  
**Orientador – UNIFESSPA**

---

**Profª Dra. Maria Rita Vidal**  
**Avaliadora – UNIFESSPA**

---

**Profª Esp. Ana Lenira Nunes Cysne de Souza**  
**Avaliadora – UNIFESSPA**

**Marabá-PA, 12 de Março de 2018.**

A todos os profissionais de saúde em especial  
à equipe de trabalho do Centro de Saúde  
Enfermeira Zezinha.

Aos técnicos em regulação das Unidades  
Básicas de Saúde da cidade de Marabá – PA.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela permissão para que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode ter.

Ao meu orientador Professor Gustavo da Silva, por acreditar na minha proposta e confiar que este tema seria de grande importância a ser pesquisado, pela orientação, apoio, confiança e pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos meu muito obrigado.

A todos os professores da Faculdade de Geografia por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados, aos quais sem nominá-los terão os meus eternos agradecimentos.

Aos meus amigos de graduação: Francileno, Samyra, Valber, Robson, Ayandra, Leonice, Cislene, Hellen, Sueli, Verônica, Joab, André, Fernando, Maycon, Esmeraldo, Samuel, Rômulo, Magno, Neto e Deyvid, que nestes cinco anos estiveram comigo, convivendo diariamente nas aulas, nos trabalhos, seminários e principalmente nos trabalhos de campo; foram muitos momentos de alegria, tristeza, tensões e dificuldades, mas em todos os momentos estiveram me apoiando para não desistir em meio às barreiras, tenho carinho e admiração por cada um, em particular por vocês, que foram minha segunda família.

Agradeço especialmente à minha equipe de trabalhos acadêmicos SHIELD (Francileno, Samyra, Valber) que comigo vivenciaram vários momentos, compartilhando, estudando, apoiando e incentivando. Ninguém é nada sozinho e se queremos fazer algo grande, importante e que nos traga orgulho, precisamos fazer em equipe. Alcançar o sucesso com um esforço coletivo é muito mais prazeroso, amo vocês.

À minha família, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente!

Ao meu amigo Robervan Alves, que em vários momentos me incentivou por meio de conselhos e, quando necessário agiu com pulso firme, além de sempre fazer-me companhia na degustação de uma boa massa.

Aos meus demais amigos: Marcos, Rosicléia, Francielle, Nereutiane que me apoiaram em todos os momentos durante o tempo de elaboração desta monografia. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo realizar uma análise dos impactos do fluxo regulatório sobre o processamento das demandas eletivas, de maneira a entender os eventuais atrasos dos procedimentos solicitados pelos usuários do SUS, baseando-se em estudo de caso realizado nas dependências do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha, localizado na cidade de Marabá-PA. Para alcançar o objetivo proposto estruturou-se o trabalho da seguinte forma: Apresentação da geografia da saúde, abordagem histórica do SUS, apresentação de conceitos em regulação, caracterização e espacialização dos dados, avaliação das relações entre fluxos regulatórios adotados e suas análises. A discussão deste tema é de grande relevância para a sociedade, o meio acadêmico e o poder público municipal, pois pretende responder aos principais questionamentos dos usuários do SUS, promover a participação do meio acadêmico em estudos relacionados à geografia da saúde, assim como contribuir com o poder público na busca por melhorias nos serviços de saúde. A metodologia utilizada para esta pesquisa foi: revisão bibliográfica com o intuito de se ter o melhor embasamento teórico sobre o tema proposto; trabalho de campo para levantamento de dados quantitativos e qualitativos e observação participante de forma a obter uma visão clara da realidade estudada. Com base nos resultados apresentados pode-se tirar conclusões sobre os principais impactos relacionados ao fluxo regulatório e ao processamento da demanda. São elas: O pouco quantitativo de cotas ofertadas; a pouca quantidade de médicos especialistas atendendo na rede SUS; a falta de equipamentos e sistemas informatizados para o trabalho dos técnicos em regulação das UBS; a falta de informação por parte dos pacientes e profissionais sobre o fluxo regulatório; e, em 2016 a forma de processar (organizar) a demanda prejudicou o andamento do fluxo, já em 2017 ocorre o contrário, o novo fluxo adotado prejudica a forma de processar as demandas dos usuários do SUS.

**Palavras-chave:** Procedimento. Oferta. Demanda. Fluxo Regulatório. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The present research has as objective make an analyzing of the impacts of the regulatory flow on the processing of elective demands, in order to understand the eventual delays of the procedures requested by SUS users based on a study case did in Centro de Saúde Enfermeira Zezinha located in the city of Marabá-PA. To reach the objective, the work was structured this way: Presentation of the health geography, historical approach of SUS, presentation of concepts in regulation, characterization and spatialization of data adopted and them analyzes. This issue has big relevance for society, the academic environment and the municipal public authority, since it intends to answer the main questions of SUS users, to promote the participation of the academic environment in studies related to health geography, as well as contribute with the public power in search for improvements in health services. The methodology utilized for this research have been: a bibliographical review with purpose of having a better theoretical basis on the proposed theme; field work to collect quantitative and qualitative data and observation of participant in order to obtain a clear view of the reality studied. Based on the presented results, conclusions can be make about the main impacts related to regulatory flow and demand processing. These are: The small number of quotas offered, the small number of specialists attending the SUS network, the lack of equipment and computerized systems for the work of the UBS regulators, the lack of information by patients and professionals about the regulatory flow; and in 2016 the forms of process (organize) negatively impacted the flow course, however in 2017 the opposite occurs, the new flow impairs how to process the demands of SUS users.

**Key words:** Procedure. Supply. Demand. Regulatory flow. Unified Healthcare System.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Articulação e localização da área de estudo. ....	17
<b>Figura 2:</b> Centro de Saúde Enfermeira Zezinha .....	18
<b>Figura 3:</b> Fluxo de atendimento – exemplo 1.....	37
<b>Figura 4:</b> Fluxo de atendimento – exemplo 2.....	38
<b>Figura 5:</b> Carta de localização da área de abrangência do CSEZ – Nova Marabá/PA. ....	43
<b>Figura 6:</b> Ilustração do fluxo regulatório adotado no ano de 2016. ....	45
<b>Figura 7:</b> Pastas utilizadas para arquivamento dos procedimentos que aguardam liberação..	46
<b>Figura 8:</b> Protocolo de cadastro utilizado no CSEZ.....	47
<b>Figura 9:</b> Carta do quantitativo geral de atendimentos do CSEZ, no ano de 2016. ....	50
<b>Figura 10:</b> Ilustração do fluxo regulatório adotado no ano de 2017. ....	57
<b>Figura 11:</b> Carta do quantitativo geral de atendimentos do CSEZ, no ano de 2017. ....	61

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Produção anual do ano de 2016, oferta x demanda do CSEZ. ....	48
<b>Tabela 2:</b> Percentual de pacientes atendidos no ano de 2016.....	55
<b>Tabela 3:</b> Produção anual do ano de 2017, oferta x demanda do CSEZ. ....	59
<b>Tabela 4:</b> Percentual de pacientes atendidos até o mês de maio de 2017.....	64

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Síntese do processo de descentralização do SUS. ....	33
<b>Quadro 2:</b> Procedimentos solicitados da Unidade Básica.....	44

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Quantitativo de procedimentos com maior número de solicitações no ano de 2016 .....	52
<b>Gráfico 2:</b> Quantitativo de procedimentos com maior número de solicitações no ano de 2017 .....	62

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEI	Centro de Especialidades Integradas
CF	Constituição Federal
CR	Central de Regulação
CRISMU	Centro de Referência Integrado da Saúde da Mulher
CSEZ	Centro de Saúde Enfermeira Zezinha
HMM	Hospital Municipal de Marabá
HRSSP	Hospital Regional do Sul e Sudeste do Pará
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LABOTECH	Laboratório de Exames e Consultas
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
EU	Unidade Executante
US	Unidade Solicitante

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>16</b>
<b>1.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Pesquisa Bibliográfica</b> .....	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Trabalho de Campo</b> .....	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Laboratório</b> .....	<b>21</b>
<b>3.4</b>	<b>Observação participante</b> .....	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Aspectos Históricos Sobre Geografia da Saúde</b> .....	<b>24</b>
4.1.1	Geografia médica/saúde e seu objeto de estudo.....	26
4.1.2	A geografia da saúde no Brasil .....	27
<b>4.2</b>	<b>Histórico do SUS no Brasil</b> .....	<b>29</b>
<b>4.3</b>	<b>Regulação: Conceitos</b> .....	<b>34</b>
4.3.1	Regulação e Regulamentação .....	35
4.3.2	Tipos de Regulação em Saúde .....	35
4.3.3	Fluxos regulatórios.....	36
4.3.4	Procedimentos eletivos.....	39
4.3.5	Oferta x demanda .....	40
<b>4.4</b>	<b>Abrangência das Unidades Básicas de Saúde</b> .....	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>43</b>
<b>5.1</b>	<b>Setor de Regulação do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha</b> .....	<b>43</b>
<b>5.2</b>	<b>O Fluxo Regulatório no Ano de 2016</b> .....	<b>45</b>
5.2.1	O processamento das demandas em 2016 .....	46
5.2.2	Análise geral da oferta e da demanda na rede SUS do CSEZ – 2016.....	47
5.2.3	Mapeamento geral da demanda com base nas áreas que mais solicitaram procedimentos durante o ano na rede SUS do CSEZ – 2016 .....	50
5.2.4	Análise dos 19 (dezenove) procedimentos de maior procura no CSEZ – 2016.....	51
<b>5.3</b>	<b>O Fluxo Regulatório no Ano de 2017</b> .....	<b>56</b>
5.3.1	O processamento das demandas em 2017 .....	57
5.3.2	Análise geral da oferta e da demanda na rede SUS do CSEZ – 2017 .....	58
5.3.3	Mapeamento geral da demanda com base nas áreas que mais solicitam procedimentos durante o ano na rede SUS do CSEZ – 2017 .....	60
5.3.4	Análise dos 19 (dezenove) procedimentos de maior procura no CSEZ – 2017.....	61
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde mais conhecido como SUS, é um sistema criado pela Lei 8.080/90 que visa acesso integral e gratuito a toda população, no entanto, vemos que na realidade, ainda falta muito a ser feito para que se possa atingir o que foi planejado inicialmente. Muitos são os questionamentos e reclamações por parte da população, dentre estes decorrem: as demoras nas solicitações, longas filas de espera, falta de médicos, falta de materiais e outros recursos para um atendimento de qualidade.

Entender o processo de regulação é de grande importância para conhecer o caminho a ser percorrido pelo paciente dentro do SUS, desde a sua chegada até o seu atendimento. A regulação dentro do SUS tem papel importante, pois controla e equilibra a oferta (quantidade de vagas disponibilizadas para atendimento no SUS) versus a demanda (quantidade de solicitações feitas pelos usuários do SUS), de maneira a garantir o acesso da população aos procedimentos solicitados.

Neste contexto, a presente pesquisa pretende analisar o fluxo regulatório adotado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Marabá, e o processamento das demandas dos procedimentos eletivos solicitados pelos usuários do SUS, nos anos de 2016 e 2017, tendo como objeto de estudo o Centro de Saúde Enfermeira Zezinha (CSEZ), Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na Folha 23, Bairro Nova Marabá, na cidade de Marabá/PA, que tem por área de abrangência o intervalo das Folhas 14 a 31.

Diante desta abordagem, quais são os impactos do fluxo regulatório adotado nas UBS sobre o processamento e os eventuais atrasos das demandas de procedimentos eletivos no SUS?

Discutir este tema justifica-se pela necessidade de trazer respostas aos questionamentos e reclamações dos usuários do sistema de saúde, assim como contribuir cientificamente para os estudos acadêmicos em geografia da saúde, de forma a promover o desenvolvimento de projetos de extensão e pesquisas voltadas para a população Marabaense, já que neste campo de pesquisa ainda há poucos trabalhos desenvolvidos. Conseqüentemente contribuir com o Poder Público Municipal na busca por melhorias dos serviços de saúde, apresentando os dados da pesquisa que são de extrema relevância para os indicadores de saúde da população.

Sendo assim, a geografia da saúde pode realizar pesquisas e investigações tanto na área física quanto na área humana, investigando a rede de serviços de saúde, discutindo, analisando, mapeando, relacionando e propondo melhorias no atendimento, na organização e

nas formas de resolução dos problemas em saúde a fim de gerar contribuições para a sociedade. Para atender ao tema proposto, este trabalho foi estruturado da seguinte maneira: Primeiramente a apresentação da localização e caracterização da área de estudo, onde se descreve de forma breve o Centro de saúde Enfermeira Zezinha, sua data de fundação, funcionamento e os serviços disponíveis para a comunidade usuária. Como metodologia para realização desta pesquisa foram realizados: pesquisa bibliográfica, trabalho de campo, tabulação dos dados coletados em laboratório e observação participante no campo de estudo.

No primeiro tópico do referencial teórico são apresentados aspectos históricos da geografia da saúde, que por sua vez, traz uma abordagem sobre os primeiros estudos em saúde, fazendo uma transição da idade antiga, passando pela média até chegar a fase contemporânea, onde são abordadas as diferentes concepções do homem sobre o processo saúde doença; traz também um debate com diferentes autores sobre a diferenciação da geografia médica e geografia da saúde, assim como aborda o seu objeto de estudo. Por fim, relata a chegada da geografia da saúde no Brasil, que ocorre no período das grandes endemias do século XIX com seus primeiros casos no Rio de Janeiro, assim como os estudos em saúde que foram direcionados para os processos de interiorização e integração do território brasileiro na década de 50, visando atender aos interesses do Capitalismo.

Na segunda parte, temos um levantamento histórico sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil onde se faz uma caracterização do SUS falando de seus antecessores, foram eles: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS). Aborda também a crise de financiamento da previdência, assim como as iniciativas reformistas que levaram ao surgimento do SUS e garantiram a saúde como direito de todos os cidadãos. Por fim, temos uma sistematização sobre a configuração institucional do SUS, seu processo de implantação, discussão sobre as funções gestoras e atribuições de cada nível de governo no Sistema Único de Saúde. Já no terceiro ponto, são apresentados os conceitos de regulação, o que é, para que serve, diferenciação entre regulação e regulamentação, os tipos de regulação em saúde, apresentação dos modelos de fluxos regulatórios propostos pelo ministério da saúde, e demais conceituações sobre procedimentos eletivos e oferta e demanda. No quarto e último tópico, temos uma breve abordagem sobre as áreas de abrangências das UBS, onde são apresentados critérios para delimitação das áreas de saúde, apresentando autores que utilizam categorias de análise como: território e lugar para melhor entendimento dos processos espaciais.

Nos resultados e discussões são apresentados os resultados dos dados coletados durante todo o processo de pesquisa que se deu nos anos de 2016 e 2017. No primeiro



momento apresenta-se o setor de regulação do CSEZ, falando do seu papel na UBS, o trabalho realizado neste setor, horário de funcionamento, área de abrangência pela qual são responsáveis, e os tipos de procedimentos solicitados pelos usuários do SUS. No segundo tópico dos resultados temos a apresentação do tipo de fluxo regulatório adotado no ano de 2016; no terceiro a forma de processar as demandas dos usuários; no quarto são feitas análises gerais da oferta e da demanda anual; no quinto os dados quantitativos da demanda geral são espacializados na carta geográfica que representa as áreas de abrangência, mostrando as folhas que mais realizam solicitações durante o ano apresentado. Por fim, temos a análise gráfica dos 19 (dezenove) procedimentos com maior procura no Centro de Saúde e a análise da tabela de percentuais de atendimentos em 2016. No ano de 2017 temos as mesmas análises, onde serão apresentados: o tipo de fluxo regulatório adotado, a forma de processar demandas, a análise geral da oferta e da demanda anual, a espacialização dos dados em carta geográfica e também a análise gráfica dos 19 (dezenove) procedimentos com maior procura e outra análise das tabelas de percentuais de atendimentos em 2017.

Nas considerações apresentam-se às conclusões obtidas pelo pesquisador com base nos resultados apresentados e nas observações realizadas em campo, chegando assim, as respostas para a problemática da pesquisa, há também sugestões por parte do pesquisador demonstrando capacidade resolutiva para alguns dos problemas abordados.

## **1.1 Objetivo Geral**

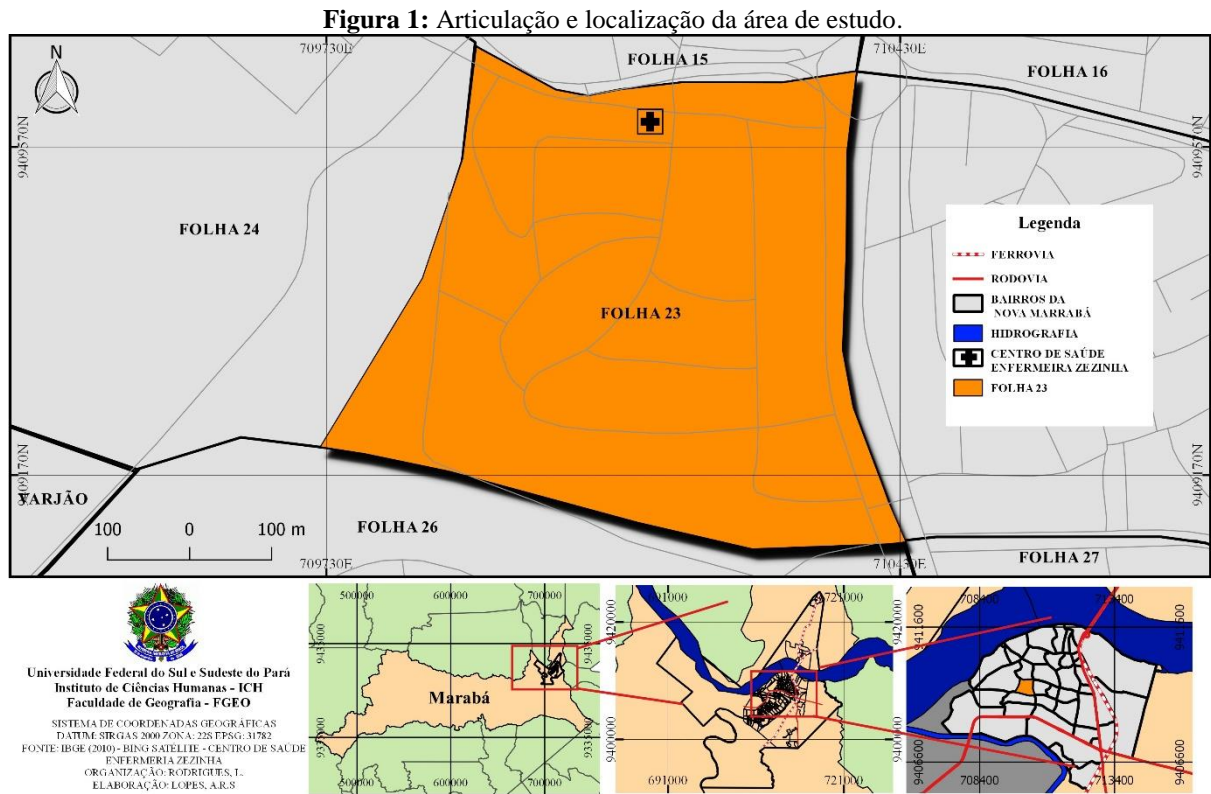
Analisar os impactos do fluxo regulatório adotado nas Unidades Básicas de Saúde sobre o processamento e os eventuais atrasos das demandas de procedimentos eletivos no SUS, com base em estudo de caso realizado no CSEZ, na cidade de Marabá/PA.

## **1.2 Objetivos Específicos**

- I. Caracterizar e espacializar as demandas do CSEZ, nos anos de 2016 e 2017;
- II. Avaliar a relação entre o fluxo regulatório aplicado às demandas por procedimentos eletivos e a dinâmica do setor de regulação do CSEZ, na cidade de Marabá/PA;
- III. Relacionar o fluxo regulatório aos potenciais atrasos no processamento das demandas.

## 2 LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O Centro de Saúde Enfermeira Zezinha está localizado na Folha 23, Quadra Especial, Lote Especial, no bairro Nova Marabá, no município de Marabá/PA. Conforme representado na (Figura 1).



**Fonte:** IBGE (2010); Organização: RODRIGUES, L.S; Elaboração: LOPES, A.R.S

O CSEZ (Figura 2) foi fundado em 05 de abril de 2003, sob a gestão do prefeito Sebastião Miranda Filho, com o intuito de atender as necessidades da comunidade local. Uma Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada para que o usuário possa adentrar na rede SUS, tendo acesso aos diversos serviços oferecidos.

**Figura 2:** Centro de Saúde Enfermeira Zezinha

**Fonte:** RODRIGUES, L.S (2017)

O CSEZ realiza atendimentos aos diversos usuários que residem na Nova Marabá e demais bairros da Cidade, o funcionamento da unidade se dá de segunda a sexta feira, no horário de 07h00 as 18h00 horas. Em relação à sua estrutura, o Centro possui: pequena área externa, salão de espera, banheiros, cozinha, consultórios, sala de gerência, recepção, farmácia, sala de triagem, sala de vacina, sala de curativos, sala de enfermagem, sala de procedimentos e sala de regulação. Dos serviços oferecidos à comunidade a UBS realiza: atendimento clínico, vacinação, planejamento familiar, pré-natal, teste do pezinho, atendimentos de enfermagem, além de trabalhar com programas de prevenção para doenças crônicas como: diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo consiste em uma pesquisa aplicada de caráter descritivo, que visa avaliar a relação entre o fluxo regulatório aplicado às demandas por procedimentos eletivos em saúde, de maneira a apresentar subsídios que possam servir de base para o entendimento do tema proposto.

Neste sentido os resultados serão apresentados sobre forma quantitativa e qualitativa, a partir da coleta de dados primários e secundários, incluindo revisão bibliográfica, além de observação participante e estudo de caso. Para melhor organização deste trabalho foram realizadas as seguintes atividades:

**Pesquisa Bibliográfica:** busca de informações relacionadas à geografia da saúde, histórico do Sistema Único de Saúde, conceitos sobre regulação e conhecimento sobre abrangência das Unidades Básicas de Saúde, onde foram estudados vários artigos, dissertações, teses e documentos. **Trabalho de campo:** levantamento de dados primários em banco de dados da UBS referente às cotas e demandas dos anos de 2016 e 2017. **Laboratório:** tabulação de dados e elaboração de quadros, tabelas, gráficos, ilustrações e cartas da área de abrangência do CSEZ. **Observação participante:** técnica utilizada que se caracteriza na convivência do pesquisador com o objeto estudado, proporcionando condições privilegiadas para análise de dados qualitativos.

#### 3.1 Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa de referencial teórico consistiu em reunir informações para melhor embasamento dos conteúdos abordados durante a pesquisa. A fim de que se pudesse compreender o histórico da geografia da saúde e seu objeto de estudo foram consultados os autores: Dutra (2011) professor, doutor em geografia que em sua tese faz uma abordagem epistemológica sobre o que é geografia médica e da saúde, qual seu papel, objeto de estudo, métodos de pesquisa e sua importância como discussão na geografia. Alievi & Pinese (2013) que trazem uma abordagem das origens conceituais desde a Grécia Antiga até a geografia da saúde no Brasil. Margotta (1998) abordando fatos históricos da medicina e a intervenção da religião na Idade Média. Martins, L e Martins, R, (2006) com a teoria dos miasmas. Guimarães (2001) estudando as relações de causa e efeito das doenças e suas interações com o meio físico e social. Peiter (2005), Junqueira (2009), Pehouskei e Benaduce (2007), Dutra

(2011), trazem as diferenciações entre geografia médica e geografia da saúde, assim como abordam com mais profundidade sobre a chegada da geografia da saúde no Brasil.

No segundo tópico sobre histórico do Sistema Único de Saúde, foram consultados os autores: Souza (2002), abordando os antecedentes do SUS, processo histórico, implantação e funções gestoras do SUS. Figueiredo Neto, M. *et al.* (2010) dando continuidade ao processo histórico abordando as questões previdenciárias e de aporte legal e institucional. Por conseguinte Meanicucci (2014) que discute a questão reformista fazendo a transição do modelo antigo baseado nos institutos de aposentadoria para o novo modelo de saúde SUS

Já na no terceiro tópico temos a abordagem sobre regulação em saúde, onde para sua conceituação, foram consultados os autores: Oliveira e Elias (2012) e Santos e Merhy (2006). Em seguida para explicar sobre o papel do Estado neste processo regulatório consultou-se um documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007). Para falar sobre os tipos de regulação em saúde foi utilizado como referência o autor Mendonça (2006). Sobre o funcionamento do fluxo regulatório foi utilizado um documento do Ministério da Saúde (MS) chamado: *Diretrizes para implantação de complexos reguladores*, Brasil, Ministério da Saúde (2006). Para a abordagem sobre procedimentos eletivos e sua conceituação foi consultado o texto de Costa (2017) e um documento do MS sobre classificação de risco, Brasil, Ministério da saúde (2009). Para os conceitos de oferta e demanda em saúde foram utilizados os autores: Pereira (2005) e Iunes (2005) que trabalham com gestão em saúde.

Na quarta e última parte do referencial teórico foi realizada uma abordagem sobre as áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, para este assunto foi utilizado como referência principal à Dissertação de Mestrado do professor geógrafo Alexandre Pehouskei (2005), que aponta sugestões e critérios para a delimitação das áreas de abrangência. Assim como são utilizados autores para dar suporte no quesito categorias de análise sendo elas: território, com os autores: Haesbaert (2002), Correa (1994) e Dallabrida (1999), e Lugar com os autores: Ana Fani Carlos (2007), Haesbaert (2002) e Pehouskei (2005).

### **3.2 Trabalho de Campo**

O trabalho de campo teve como objetivo a obtenção de dados quantitativos e qualitativos, onde em sua primeira etapa, foi realizada coleta dos dados de atendimentos referente aos anos de 2016 e 2017 no setor de regulação do CSEZ. Os dados de atendimento se referem aos procedimentos solicitados pelos pacientes onde constam exames e consultas especializadas, sendo eles:

1 – Cardiologia, 2 – Ortopedia, 3 – Oftalmologia, 4 – Dermatologia, 5 – Urologia, 6 – Psiquiatria, 7 – Gastroenterologia, 8 – Otorrinolaringologia, 9 – Neurologia, 10 – Angiologia, 11 – Mastologia, 12 – Buco-maxilo, 13 – Cirurgia geral, 14 – Ultrassonografia, 15 – Raio-x, 16 – Eletrocardiograma, 17 – Mamografia, 18 – Endoscopia digestiva, 19 – Densitometria óssea, 20 – Ressonância magnética, 21 – Tomografia Computadorizada, 22 – Ecocardiograma, 23 – Teste ergométrico, 24 – Audiometria, 25 – Fisioterapia, 26 – Nefrologia, 27 – LIH (Internação hospitalar), 28 – Biopsia de pele, 29 – Cirurgia Pediátrica, 30 – Videolaringoscopia, 31 – Videonasoesndoscopia, 32 – Escanometria, 33 – Retossigmoidoscopia, 34 – Colonoscopia, 35 – Endocrinologia, 36 – Reumatologia, 37 – Eletroencefalografia (ENM), 38 – Eletroencefalograma (EEG), 39 – Pneumologia, 40 – Pediatria, 41 – Alergista, 42 – Psicologia, 43 – Ginecologia e 44 – Cirurgia ginecológica.

Deste grupo foram elencados, para análise, 19 procedimentos, por serem os mais solicitados durante os anos da pesquisa: 1 – Cardiologia, 2 – Ortopedia, 3 – Oftalmologia, 4 – Dermatologia, 5 – Urologia, 6 – Psiquiatria, 7 – Gastroenterologia, 8 – Otorrinolaringologia, 9 – Neurologia, 10 – Cirurgia Geral, 11 – Ultrassonografia, 12 – Raio – x, 13 – Mamografia, 14 – Tomografia Computadoriza, 15 – Ressonância magnética, 16 – Ecocardiograma, 17 – Teste ergométrico, 18 – Fisioterapia, 19 – Eletrocardiograma.

Foram também obtidas informações sobre funcionamento do setor de regulação, da unidade básica de saúde, do fluxo regulatório adotado e as técnicas utilizadas no trabalho de regulação a fim de compreender de que forma são processadas as solicitações dos procedimentos. Também houveram participações nas reuniões do grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizadas na própria Unidade Básica, sob a coordenação das Enfermeiras responsáveis pelo grupo, de maneira a entender o trabalho nas áreas de abrangência e a participação da comunidade no CSEZ.

As demais observações foram realizadas no convívio diário com os pacientes em campo, onde foram analisados o comportamento e conhecimento dos pacientes acerca do funcionamento do fluxo regulatório na unidade básica e no município.

### **3.3 Laboratório**

Realizou-se a segunda etapa em laboratório, onde os dados adquiridos foram tabulados de maneira a obter o quantitativo de solicitações de cada folha por procedimento e ano. Esta etapa foi feita de maneira manual utilizando contagem. Em seguida estes dados foram processados no editor de planilhas *Microsoft Excel*, para serem geradas tabelas e

gráficos. Gerou-se tabelas do período pesquisado referente à oferta x demanda, com estas tabelas fez-se análises de maneira a entender o fluxo regulatório obtendo resultados de pendências acumuladas durante o ano.

A partir dos resultados de demanda, cotas ofertadas, cotas utilizadas e pendências acumuladas foram geradas outras tabelas com percentual de atendimentos realizados durante todo o ano de 2016 e de janeiro a maio de 2017. Os gráficos foram produzidos a partir do quantitativo anual de solicitações dos procedimentos com maior demanda, sendo apresentados por classificação de maior procura.

Foram geradas ilustrações do fluxo regulatório adotado no ano de 2016 e 2017, com base em informações do setor de regulação da UBS. Para a elaboração das cartas da área de abrangência utilizou-se os dados tabulados no *Microsoft Excel*, em seguida, após a separação por folhas e tipo de procedimentos, foram realizadas somas do total de solicitações geral por folha de maneira individual. Utilizou-se também *shapes* do setor censitário disponível no site do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, para a extração das folhas da Nova Marabá, bem como para retirar o centroide de cada folha e as coordenadas dos pontos.

Com os arquivos tabulados em planilha e as coordenadas coletadas de cada folha os dados foram salvos em formato *.CSV*<sup>1</sup> para realizar a confecção dos mapas. Já no programa QGIS 2.18.16<sup>2</sup>, utilizou-se a ferramenta “adicionar uma camada de texto delimitado” para que se pudesse introduzir os pontos com os dados dos atendimentos presentes em cada folha.

Os pontos com os dados foram salvos em formato *.SHP*<sup>3</sup> para que se tornassem editáveis no programa QGIS 2.18.16, após isso, nas propriedades da camada das folhas, foi utilizada a opção “UNIÕES”, para unir os dados de quantidade presente nos pontos com a camada de área das folhas. Após salvar esse novo arquivo para o formato *.SHP*, estamos com os dados quantitativos dos atendimentos, com isso, mudamos o estilo de cores das folhas abrindo as propriedades da camada e utilizando a opção “ESTILO”, mudamos para o modo “graduado” e no modo “coluna” escolhemos o atributo que contém os dados quantitativos, em seguida no modo “cor da declividade” escolhemos a opção “BuGn”.

O mapa ficou graduado com uma coloração verde de mais clara para a mais escura, onde o verde mais claro indica as folhas com menor solicitação, e as folhas com coloração

---

<sup>1</sup>Arquivos de texto de formato regulamentado pelo RFC 4180, que fazem uma ordenação de bytes ou um formato de terminador de linha.

<sup>2</sup>Programa de Sistema de Informação Geográfica com código aberto e licenciado sob a Licença Pública Geral GNU que provê visualização, edição e análise de dados georreferenciados.

<sup>3</sup>O *Esri Shapefile* ou simplesmente *shapefile* é um formato popular de arquivo contendo dados geoespaciais em forma de vetor, usado por Sistemas de Informações Geográficas, também conhecidos como SIG.

mais escura indicam a maior procura por procedimentos no Centro de Saúde Enfermeira Zezinha.

### **3.4 Observação participante**

Esta metodologia foi empregada nesta pesquisa devido à relação do pesquisador com seu campo de trabalho, podendo-se abstrair diversas situações e relatos dos pacientes que utilizam o serviço público de saúde. Durante os anos da presente pesquisa, muitas foram as conversas informais, questionamentos, queixas, elogios e declarações recebidas por parte dos pacientes. As observações levaram o pesquisador a abordar a temática escolhida de forma a organizar os dados para que pudessem dar melhor sustentação a problemática encontrada. Este modelo de investigação é caracterizado por Correia (1999, p.31) que diz:

A Observação Participante é realizada em contato direto, frequente e prolongado do investigador, com os atores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa. Requer a necessidade de eliminar deformações subjetivas para que possa haver a compreensão de factos e de interações entre sujeitos em observação, no seu contexto. É por isso desejável que o investigador possa ter adquirido treino nas suas habilidades e capacidades para utilizar a técnica.

Desta forma a necessidade da imparcialidade para esta pesquisa é de grande importância por parte do pesquisador, eliminando questões subjetivas que pudessem impactar os resultados encontrados. Para complementar a importância desta metodologia a autora Lisete Mônico (2017, p. 727), juntamente com outros pesquisadores, dá melhor significado a esta técnica onde:

Na aplicação da técnica utilizada, o investigador procura atender a um dos pressupostos fundamentais da Observação Participante, a saber: a convivência do investigador com a pessoa ou grupo em estudo proporciona condições privilegiadas para que o processo de observação seja conduzido de modo a possibilitar um entendimento genuíno dos factos, que de outra forma não nos seria possível.

Fica claro que o método utilizado traz maior consistência para o entendimento dos fatos observados em campo, que de outra forma não seria possível adentrar tão a fundo nos detalhes de informações que serão apresentados no decorrer desta pesquisa.



## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Aspectos Históricos Sobre Geografia da Saúde

A geografia médica surge em um contexto onde o homem busca soluções para as diversas doenças que aparecem na idade antiga sem entender suas causas e seus agentes etiológicos. Os estudos em saúde iniciaram-se na Grécia Antiga onde se procurava entender a distribuição da doença e também desenvolver formas de localizar matéria-prima para produzir os remédios de base natural. (PICKENHAYN, s.d *apud* DUTRA, 2011, p.30).

Foi com Hipócrates que os estudos da saúde tiveram uma relação com a geografia de maneira a associar saúde e ambiente. Em sua obra: *Ares, Águas e Lugares*, ele descreve a influência do clima e das mudanças sazonais, como fatores que determinam as causas das doenças. “Considera-se então que as origens conceituais da Geografia da Saúde podem ser traçadas desde a Grécia antiga e a obra “Ares, Águas e Lugares” de Hipócrates” (ALIEVI e PINESE, 2013, p.5).

O método hipocrático utiliza uma abordagem determinista para explicar o processo saúde-doença. Este método passa a sofrer interferências na Idade Média, onde a doença é entendida como castigo de Deus. Neste sentido:

As circunstâncias históricas tinham preparado o caminho para a ascensão do cristianismo, a religião que prometia fraternidade e caridade aos humildes e aflitos oferecendo um significado à vida terrena. Os males do corpo só podiam ser curados por intervenção divina. Para o cristianismo, as doenças eram vistas como forma de atingir a graça divina e só quem fosse merecedor obtinha a cura. A Idade Média ficou conhecida como a “Era das Trevas”, do ponto de vista dos cuidados à saúde (MARGOTTA, 1998, p. 44).

Temos aqui uma transição da Idade Antiga para a Idade Média com a queda do Império Romano e o surgimento da Igreja Católica. A ciência é deixada de lado e a razão deixa de ser predominante, ocasionando um atraso nas pesquisas em saúde. No entanto em meados do século XVI novamente os estudos em saúde são retomados com base nas teorias hipocráticas em sua nova obra *Corpus Hipocraticum*.

Ocorre então uma ruptura com a concepção mítica da doença da Idade Média, e ascende a “Teoria dos Miasmas”, que ajudou a produzir grandes melhorias na saúde pública, com o higienismo na Europa dos séculos XVI a XIX, no caminho para o desenvolvimento do movimento sanitário iniciado a partir do final do século XIX (DUTRA, 2011, p. 36).

A teoria dos miasmas acreditava que se adoecia devido a presença do ar contaminado, ou seja as epidemias estavam associadas a certas impurezas existentes no ar e originavam-se pelas exalações de pessoas, animais e dos pântanos e sua presença era detectada pelo mau cheiro. (MARTINS, L e MARTINS, R, 2006). Por muito tempo esta teoria se perpetuou mesmo sendo uma teoria não científica, ajudando em várias pesquisas e consequentemente na sistematização sobre a distribuição espacial das doenças.

Somente nos Século XVIII e XIX é que se iniciam os trabalhos com topografia médica, onde o objetivo era identificar as áreas com maiores focos endêmicos, de maneira a fazer um estudo sobre as condições de saúde da população. Segundo Guimarães (2001, p. 160) “Procurava-se identificar relações de causa e efeito das doenças nas interações entre o meio físico e o social”. Temos assim, o início da chamada geografia médica.

O primeiro autor a trabalhar com a topografia médica foi o alemão Leonardo Ludwig Finke, que em 1992 publicou uma obra conhecida como: *Ensaio de uma Geografia Geral Médica – prática*. (DUTRA, 2011). Os trabalhos eram realizados por médicos, geógrafos e viajantes que coletavam informações das cidades, vilarejos e distritos, montando assim vários relatórios de maneira a formar uma base de dados que posteriormente poderiam ser consultados. Assim sendo:

Com a expansão imperialista dos países europeus sobre os cinco continentes, houve uma intensificação dos levantamentos médico-geográficos, que tornaram-se mais numerosos, tendo como justificativa informar os colonizadores, comerciantes, visitantes e exércitos em áreas de conflitos das potenciais ameaçadas à saúde nas terras desconhecidas (DUTRA, 2011, p.35).

Essas informações ajudavam colonizadores e demais grupos que tinham o intuito de desbravar determinada área, obtendo assim informações sobre as possíveis doenças existentes em cada região. “Coube a geografia médica a tarefa de reunir uma gama de conhecimentos sobre as doenças e seu tratamento” (DUTRA, 2011, p.38).

Por mais que se tivessem todas essas informações ainda faltava algo muito importante, afinal, não se sabia com certeza o agente causador dessas enfermidades, ou seja seu agente etiológico. A geografia médica até meados do século XIX, foi um campo de conhecimento construído por médicos que até então não conheciam os agentes etiológicos, estes apenas buscavam por meio do ambiente, clima, temperatura, dentre outros, as possíveis causas de maneira a propor diagnósticos e desenvolver medicamentos. (PEITER, 2005).

Foi então que no final do século XIX surge com Louis Pasteur a teoria microbiana que afirmava que as doenças eram causadas por micro-organismos, e que para cada doença

existe um agente etiológico que poderia ser combatido por meios químicos ou por vacinas. (BARATA, 1985 *apud* DUTRA, 2011). Esta teoria derruba a teoria dos miasmas que até então era baseada na multicausalidade que tinha como causa das doenças os diversos fatores: químicos, biológicos, ambientais, sociais, econômicos, psicológicos e sociais. Predominando assim a unicausalidade que afirmava existir um único fator determinante da doença que estaria dentro do corpo e não fora dele. Dutra (2011, p.39) complementa:

A nascente perspectiva de que as doenças humanas respondem a um conjunto de causas – multicausalidade – é enfraquecida em favor da unicausalidade. É, certamente devido a este fator, que a abordagem geográfica deixou de ter importância na explicação dos problemas de saúde das populações, tendo em vista que a origem das doenças não era mais vista como associadas aos lugares e sim a um ser vivo, como se elas não estivessem integradas às condições do meio, os quais favorecem seu desenvolvimento e proliferação.

Nesse período temos um declínio dos estudos da geografia médica e ascensão do modelo biomédico. Não bastava mais descobrir a causa da doença no ambiente, mas sim seu agente causador, um micro-organismo ou bactéria. Este foi um período em que houveram poucas publicações sobre geografia médica. No início do século XX temos a retomada dos estudos em geografia médica e a teoria da unicausalidade é enfraquecida.

A doença volta a ser vista como um processo de múltiplas causas. Pavlovsky (Patologista) e Sorre (Geógrafo) foram os grandes precursores dessa retomada. Segundo Lemos e Lima (2002) *apud* Dutra (2011, p.43): “a abordagem de Pavlovsky sobre o foco natural de doenças trabalha com a noção de que existe um clima, vegetação, solo e microclima favoráveis nos lugares onde vetores, doadores e receptores tornam-se abrigos de infecção”.

Já Sorre “considerava a Geografia Médica como parte da Geografia Humana e permitiu a apreensão da doença em termos de um fenômeno localizável, passível de delimitação em termos de área” (DUTRA, 2011, p.43). Percebe-se assim que a geografia em todo o momento contribui para que as pesquisas em saúde fossem promissoras de maneira a ajudar na identificação dos fatores que determinariam certo tipo de doença.

#### 4.1.1 Geografia médica/saúde e seu objeto de estudo

Passaram-se os anos após a estabilidade e predominância da teoria microbiana e questionava-se então qual seria o objeto de estudo da geografia médica/saúde? Até a sua sistematização várias transformações ocorreram, mudanças estas que foram apresentadas no

decorrer do texto acima, no entanto, faltava ainda dicotomizar o homem na sua relação com a natureza e a própria doença.

Era necessário definir o objeto de estudo de maneira a aprimorar as pesquisas, foi então que May (1950), Akhtar (1991), Curtis e Taket (1996) conforme citado por Dutra (2011, p.73) apresentaram modelos e diferenciações entre a geografia médica e a geografia da saúde. O primeiro modelo apresentado por May baseava-se da obra dos complexos patogênicos de Max Sorre, onde “os fatores patogênicos compreendem os agentes, os vetores, os hospedeiros, os reservatórios e o homem em um ciclo de enfermidades.” (DUTRA, 2011, p.70).

Onde os fatores geográficos são divididos em grupos: físicos, biológicos e humanos. O esquema de Akhtar estabelece a diferenciação entre geografia médica e geografia da saúde. Sendo uma tradicional e outra contemporânea. A geografia médica (tradicional) ecológica se preocupa com a cartografia, e com os estudos relacionados entre o meio ambiente e a doença. A geografia da saúde (contemporânea) se preocupa com a análise espacial, o acesso aos serviços de saúde e a sua utilização (DUTRA, 2011).

Curtis e Taket fazem uma divisão temática e metodológica em que a geografia da saúde é dividida em duas abordagens: tradicional e contemporânea, sendo que nas duas há ainda subdivisões ou linhas de pesquisa de acordo com os padrões de análise.

É importante notar a diversidade do campo de atuação e as linhas de pesquisa que podem ser trabalhadas em saúde, por muito tempo a geografia médica buscava apenas mapear e localizar as doenças, temos uma geografia medica preocupada apenas com o fenômeno, diferentemente da geografia da saúde que se preocupa em analisar o espaço de vivência do homem de maneira a melhorar os serviços de saúde.

#### 4.1.2 A geografia da saúde no Brasil

Os estudos em saúde no Brasil iniciam a partir do momento que as epidemias chegam ao território brasileiro, neste período muitos médicos sanitaristas e epidemiologistas produziram relatórios sobre as diversas doenças existentes.

No século XIX aumentam os casos de doenças nos grandes centros urbanos inicialmente no Rio de Janeiro, com isso temos o movimento higienista com Oswaldo Cruz, Emilio Ribas, Carlos Chagas, grandes pesquisadores que combateram a doença de chagas, leptospirose, malária e demais doenças venéreas que surgiram na época; estes pesquisadores

lutaram para livrar, cidades, campos das endemias e epidemias que assolavam o país. (DUTRA, 2011).

No entanto os estudos em geografia médica ganharam destaque em 1950 com o processo de interiorização e integração do território brasileiro. “Esses estudos atendiam ao interesse do governo que implantava projetos de produção de energia, agropecuária e de mineração no interior do País, no entanto, não possuíam maior reflexão sobre os problemas relacionados a saúde” (JUNQUEIRA, 2009, p.7).

Ocorre que com o intuito de exploração da região Norte e Centro-oeste há a necessidade da geografia médica apresentar ao governo uma análise sucinta sobre as doenças tropicais ali existentes, estes estudos não estavam voltados para possíveis ações de saúde de maneira a melhorar as condições sanitárias, mas exclusivamente para atender aos interesses geopolíticos do Capitalismo. Os grandes projetos necessitavam ser implantados, sendo assim, temos uma geografia a serviço do capitalismo estatal.

Em 1970 com a fundação da Escola Nacional de Geografia Médica e o advento da geografia crítica, temos a contribuição de Milton Santos onde o mesmo faz uma abordagem do espaço em uma integração entre o meio social e o ambiente.

Para a geografia da saúde a abordagem de Santos se tornou importante assim que as análises das doenças ou causas que levam as doenças passaram a ser relacionadas, não apenas a fatores biológicos ou climáticos, mas com os fatores socioeconômicos, as condições de trabalho, a idade, os recursos aplicados na melhoria da saúde pública, seu planejamento, a qualidade de vida e outros aspectos tão importantes e que às vezes não eram levados em conta (JUNQUEIRA, 2009, p.8).

A mudança do nome Geografia Médica para Geografia da Saúde ocorreu em 1976, na cidade de Moscou, na realização do Congresso da União Geográfica Internacional (UGI). “A mudança do nome foi solicitada e justificada por ser a geografia da saúde, considerada mais abrangente por relacionar a qualidade de vida, a educação, à moradia, o saneamento básico, infraestrutura e outros com a saúde das populações” (JUNQUEIRA, 2009, p.5). Em 1980, com o avanço da informática, temos o avanço nas pesquisas em saúde devido ao uso de aplicativos de *softwares* e de estatística que é o caso dos SIG<sup>4</sup>.

A geografia da saúde apresenta linhas de pesquisa tanto para a geografia física quanto para a geografia humana. A primeira, refere-se a identificação e avaliação dos fatores de risco, ou seja, os fatores que podem causar a doença, tais como clima, vegetação,

---

<sup>4</sup>Sistema de Informação Geográfica de *hardware*, *software*, informação espacial, procedimentos computacionais e recursos humanos que permite e facilita a análise, gestão ou representação do espaço e dos fenômenos que nele ocorrem.

densidade populacional, migração, grau de instrução, saneamento básico dentre outros. Enquanto a segunda está voltada para os planejamentos em serviços de saúde onde procura investigar a rede de serviços de saúde, melhoria no atendimento, qualidade, capacidade resolutiva, recorte territorial e área de abrangência das unidades de saúde (PEREHOUSKEI e BENADUCE, 2007).

Para efeito desta investigação iremos trabalhar com a segunda linha de pesquisa, onde buscaremos analisar os impactos do fluxo regulatório adotado nas Unidades Básicas de Saúde de maneira a entender e relacionar aos eventuais atrasos no processamento de demandas no SUS. Segundo Junqueira (2009), o interesse pelas pesquisas em saúde só vieram a ocorrer nos últimos dez anos devido ao intenso processo de urbanização acelerada e a globalização. Muitas pesquisas podem ser desenvolvidas no âmbito da saúde, tanto na área de geoprocessamento, questões urbanas, mapeamento da análise da qualidade dos serviços de saúde, dentre outros, seminários e simpósios são realizados de dois em dois anos buscando sempre uma problemática nova para a geografia.

## **4.2 Histórico do SUS no Brasil**

O Sistema Único de Saúde é um sistema que visa acesso integral, universal e gratuito a toda a sociedade brasileira. Atualmente é um dos maiores sistemas públicos do mundo. No entanto, esse sistema de acesso a saúde entrou em funcionamento com a Lei 8.080/90 que instituiu o SUS. Podemos questionar então: Como se dava o acesso ao serviço público de saúde antes do SUS?

Segundo Souza (2002), antes da criação do SUS, as ações em saúde desenvolvidas pelo MS eram apenas de caráter paliativo, onde o foco eram as campanhas de vacina, promoção e prevenção a saúde. Só tinham acesso ao atendimento hospitalar e ambulatorial os trabalhadores de carteira assinada que contribuía com a previdência. O restante da população dependia das ações de caridade de órgãos filantrópicos e religiosos.

Percebe-se assim, que por mais que tenhamos um sistema público de saúde, atualmente com acesso universal e gratuito, temos ainda uma dificuldade no acesso aos serviços disponibilizados, já que é um sistema com muitas falhas decorrentes do seu processo de fundação. Para entender este processo se faz necessário retomar um pouco da história do SUS.

Em 1923 temos a criação do que seria o primeiro instituto da previdência chamado CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensões), este instituto foi destinado ao atendimento de

ferroviários criado pela Lei Eloy Chaves<sup>5</sup>, era administrado por empresas e financiadas por elas e seus trabalhadores. Segundo Figueiredo Neto, M. *et al.* (2010) apenas uma parcela mínima destes trabalhadores tinha os direitos de aposentadoria, pensão e assistência à saúde, o direito a saúde era reservado apenas para esta classe de profissionais.

No período Vargas, temos melhorias nas condições de trabalho com a criação do Ministério do Trabalho e dos IAPS - Instituto de Aposentadoria e Previdência Social, que tinham um caráter mais abrangente incluindo um número maior de profissionais, o Estado passou a participar do financiamento controle e administração deste Instituto. No entanto, “a proteção previdenciária era um privilégio de poucos, ocasionando uma injustiça social em grande parte da população, podendo-se notar uma cidadania regulada e excludente, pois não garante a todos os mesmos direitos” (FIGUEIREDO NETO, M. *et al.*, 2010, p.3).

Em 1966 temos a unificação dos institutos de aposentadoria criados até então. Esta junção visa favorecer as demais classes de trabalhadores dando surgimento ao INPS – Instituto Nacional de Previdência Social e posteriormente ao INAMPS.

O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPS) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (SOUZA, 2002, p.11).

O INAMPS criado pelo Regime Militar e foi o instituto que prevaleceu por mais tempo, beneficiando os trabalhadores da economia formal e seus dependentes, não tinha ainda caráter universal que seria futuramente um dos princípios do SUS (SOUZA, 2002). Sendo assim, o resultado foi um maior número de trabalhadores sendo assistidos, ocasionando na ampliação da rede de serviços, isso levou o INAMPS a contratar serviços da rede privada de saúde, já que suas clínicas e hospitais eram insuficientes para suprir a demanda. “Nesse sentido, então, a política pública voltada para a saúde incentivou o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto pela compra de serviços quanto pelos subsídios do governo para construção de unidades hospitalares” (MENICUCCI, 2014, p.79).

Até o presente momento percebemos que as políticas de saúde beneficiaram apenas os trabalhadores que contribuem diretamente com a previdência, a outra parte da população encontra-se desprovida de um atendimento em saúde eficaz, ficando a mercê dos órgãos

---

<sup>5</sup>A Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação das caixas de aposentadorias e pensões para os empregados das empresas ferroviárias. Após a promulgação desta lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da previdência social.

filantrópicos. “Nesta época os brasileiros com relação à assistência à saúde estavam divididos em 3 categorias, a saber: 1 – Os que podiam pagar pelos serviços, 2 – Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, 3 – Os que não tinham nenhum direito” (SOUZA, 2002, p.12).

Na década de 70 temos a crise do financiamento da previdência, que levou o INAMPS a racionalizar seus gastos. Devido a este processo e a insatisfação dos brasileiros nasce o movimento de reforma sanitária que tinha por objetivo garantir acesso universal e igualitário a toda a população. Foi um movimento formado por pessoas de diversas áreas, dentre eles: professores, médicos, universitários, religiosos, as Comunidades Eclesiais de Base (CEBS), dentre outros.

Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo INAMPS e a integralidade das ações. No Brasil, crescia o debate sobre o direito a saúde, em um sentido mais amplo. Portanto, o direito a saúde significava a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurados pelo Estado (FIGUEIREDO NETO, M. *et al.*, 2010, p.6).

Em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, temos o início das propostas do que futuramente seriam as bases do SUS, esta conferência, segundo Figueiredo Neto, M. *et al.* (2010) era um marco histórico, pois contava com a participação da comunidade e demais profissionais, que juntos buscavam uma reforma de cunho político, administrativo e financeiro. Buscava-se a saúde como direito no sentido de garantir alimentação, moradia, educação, renda dentre outros. Este movimento de reforma sanitária garantiu que, em 1988 com a promulgação da Constituição Federal (CF), a saúde tivesse amparo legal; em seu Artigo 196 afirma a CF diz: “a saúde como direito de todos e dever do Estado...”.

Estando o SUS instituído legalmente, passava-se então a atender uma quantidade maior de usuários, o INAMPS inicialmente foi preservado já que possuía relações com o governo a alguns anos, passando a integrar o MS onde daria suporte aos primeiros anos do SUS, o mesmo só foi instinto em 1993 com a Lei 8.689 sendo estabelecido que todas as competências do INAMPS seriam exercidas pelas instâncias Federal, Estadual e Municipal que passavam, desde então, a serem os atuais gestores do SUS (SOUZA, 2002).

Conforme Souza (2002) ao se preservar a forma de trabalho do INAMPS, o SUS inicia mantendo a mesma lógica de financiamento e funcionamento de seu antecessor, no diferencial de que agora o acesso era universal, ou seja, todos têm direito a saúde, isso conseqüentemente acabou gerando alguns problemas de ordem financeira e estrutural, sendo



eles, a falta de espaço físico para atender as demandas, número de médicos insuficientes, material, dentre outros.

O que se pode entender até então, é que o SUS não possuía uma lógica própria para funcionar e se manter, isso foi um dos grandes “tiros no pé”. Instituiu-se um sistema de acesso universal, porém não se pensou na oferta de serviços versus a demanda. Destaca Souza (2002), que um grande problema foi quanto ao não repasse de recursos da previdência antes da extinção do INAMPS, isso resultou numa grande defasagem orçamentária e financeira fazendo com o que os anos de 1993 e 1994 fossem os piores para o SUS. O problema do SUS inicia-se aqui, como foi apontado no início deste texto, decorrente do seu processo de fundação.

Após o ocorrido, pensava-se agora, nas formas de financiamento do Sistema Único de Saúde que passou a ser de responsabilidade das três esferas do governo, deixando de ser centralizado, passa-se ao processo de descentralização.

...o SUS vai para os cinco mil e tantos municípios brasileiros, concretizando a ideia do atendimento integral em todos os níveis de complexidade da atenção; e da participação da sociedade, que reflete todo o contexto de democratização, da ação de movimentos sociais para ampliação da democracia (MENICUCCI, 2014, p.82).

O financiamento do SUS se dará mediante vinculação das receitas dos três níveis de governo, conforme Emenda Constitucional (EC – 29), através de um repasse fundo a fundo que ocorre por transferência direta do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais (SOUZA, 2002). Além dessa vinculação, cada nível do governo contará com receita própria recolhida em nível local; no que se refere ao pagamento de prestadores fica sobre responsabilidade de cada nível arcar com despesas de sua gestão.

Antes do SUS, tínhamos um sistema de saúde centralizado pela esfera Federal e voltado somente para o atendimento de uma determinada classe de trabalhadores. Hoje o SUS, passa a garantir o acesso universal excluindo o antigo modelo e trazendo uma proposta descentralizadora em saúde que será normatizada pelas NOBS – Normas Operacionais Básicas.

De acordo com Souza (2002, p. 23) “as normas operacionais definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde”. Sendo assim, entendemos que as normas operacionais são uma série de requisitos e responsabilidades a serem cumpridos de maneira que estados e municípios possam estar habilitados para assumir a gestão da saúde. O processo de descentralização da saúde ocorreu da seguinte forma:

**Quadro 1:** Síntese do processo de descentralização do SUS.

## **A Descentralização no Sistema de Saúde Brasileiro**

### **Fundamentos jurídicos e normativos:**

1. Constituição Federal de 1988
2. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90
3. Lei nº 8.142/90
4. Normas Operacionais Básicas – NOB – publicadas em 1991, 1993 e 1996
5. Emenda Constitucional nº 29/2000
6. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – Publicada em 2001

**Fonte:** SOUZA (2002, p.24).

De acordo com o quadro apresentado acima, temos um processo gradativo que segue uma ordem, primeiramente temos a CF como norma jurídica oficial que deu à população a garantia de um acesso universal a saúde, em seguida temos a Lei Orgânica de 1990 que legaliza e instituiu o Sistema Único de Saúde, onde foram apresentadas os princípios, diretrizes, organização, direção, competências e atribuições do SUS, por conseguinte a Lei 8.142/90 legaliza a participação da comunidade e sua representação por meio dos Conselhos de Saúde. As normas operacionais visam habilitar municípios e estados conferindo-lhes responsabilidades na gestão do SUS em nível local. A emenda constitucional define que as receitas dos três entes federados irão financiar o SUS e por último, as normas operacionais de assistência à saúde no qual segundo Souza (2002, p.29) o objetivo geral da referida norma é: “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população as ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Adotando a regionalização como macro estratégia”.

Apesar de todos os avanços na descentralização da saúde temos alguns problemas e desafios que surgiram neste contexto, dentre eles foram o respectivo papel de cada esfera na direção do SUS. A CF apenas estabelecia princípios e diretrizes gerais, isso acabou deixando as coisas um pouco livres, foi apenas com a Lei 8.080/90 que tivemos, em seu Artigo 15 as atribuições comuns das três esferas do governo onde é estabelecido o papel de cada gestor dentro do SUS.

Segundo Souza (2002) os gestores do SUS são os representantes de cada esfera do Governo sendo eles: O Ministro da Saúde (Nacional), O Secretário de Estado da Saúde (Estados) e Secretário Municipal de Saúde (Municípios). Cada um exerce o seu papel

conforme estabelece a Lei 8.080/90. De forma geral, O MS é responsável pelo planejamento, controle, regulação tanto no setor público quanto no privado; aos Estados cabe a tarefa de coordenar e dar assistência aos municípios, viabilizando atendimento de alta e média complexidade dentro da região; já os Municípios ficam responsáveis pelo saneamento, alimentação, moradia, dentre outros, ficando responsáveis também por executar serviços de saúde voltados para redução de desigualdades. “Sendo o nível mais próximo ao cidadão, o nível municipal é também o responsável pelas ações de orientação aos usuários sobre o acesso e o uso dos serviços” (SOUZA, 2002, p.41).

O Sistema Único de Saúde atualmente continua passando por diversas mudanças, pois ainda não funciona como deveria ou como foi pensado na sua criação; no entanto as mudanças ocorrem de forma gradativa e faz-se necessária a conscientização da comunidade a participar mais das decisões que são tomadas nos Conselhos de Saúde. A visão de quem vivencia o SUS é relevante, contudo, ainda é importante e se faz necessária a implementação de políticas públicas e ações com vistas à melhoria e desempenho do Sistema.

### **4.3 Regulação: Conceitos**

Diante da intensificação do fluxo de procedimentos solicitados por médicos, a regulação é um instrumento de grande importância para a organização do acesso aos serviços de saúde. Segundo Oliveira e Elias (2012, p.575) “entende-se a regulação tanto como o controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde quanto como um ato de regulamentar e de elaborar regras”, Assim, o processo de regulação serve para controlar e equilibrar oferta versus demanda, de maneira a gerenciar a escassez de vagas. Conclui-se também que este processo, de certa forma, serve para ajustar, corrigir e garantir o acesso, atendendo a quem realmente precisa, partindo do princípio da equidade estabelecido na CF.

A palavra regulação tem diversos significados podendo estar atrelada a economia, direito, política, biologia, mecânica, saúde, dentre outras ciências. Por se tratar de um conceito polissêmico não há ainda uma definição precisa, sendo assim, para efeito deste trabalho, será utilizado o termo “regulação em saúde”.

Para Santos e Merhy (2006, p.27) “entende-se, aqui o processo de regulação como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde”. Já para Mendonça (2006, p.34) “um conceito ampliado de regulação pode ser o de um conjunto de ações, meios que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos”. Todas estas ideias, segundo Oliveira e Elias (2012), vão relacionar

o conceito de regulação a quatro ideias fundamentais: controle, equilíbrio, adaptação e direção.

A garantia do acesso e funcionamento do mecanismo de regulação é dever do Estado. “Regulação é uma tarefa do Estado, de maneira a garantir o interesse da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde” (BRASIL, CONASS, 2007, p.26). Assim, o Estado tem papel de grande importância na direção no SUS, mostrando a sua capacidade de organização e exercício de poder.

Questiona-se então, qual seria a necessidade da intervenção do Estado? Pode-se resumir em limitar custos de maneira a induzir ou conter ações. “Comumente, seus objetivos são limitar custos, evitar excesso de oferta e prevenir ou monitorar a má prática” (BRASIL, CONASS, 2007, p.27). Entende-se assim, que este mecanismo serve para equilibrar oferta e demanda de maneira a garantir o acesso dos usuários ao SUS e inibir excessos que possam ser desnecessários.

#### 4.3.1 Regulação e Regulamentação

Para que um sistema de regulação funcione é necessário que sejam regulamentados regras e protocolos, a fim de se estabelecer uma direção na tomada de decisão por parte dos médicos reguladores que são os responsáveis por aprovar ou negar solicitações.

Há uma diferença entre estes conceitos. Como foi apresentado, a regulação é o processo que intervêm entre a demanda do usuário e oferta de serviços de saúde; já a regulamentação é o ato de elaborar regras para que este processo de regulação siga protocolos de maneira a definir prioridades no acesso.

A regulação será entendida aqui, como um conceito principal, que expressa a intencionalidade do ator ao exercer a sua capacidade, o seu poder instituído ou em disputa. Regulamentar será compreendido como o ato de normalizar em regras essa mesma intencionalidade. Portanto o processo de regulamentação estará subordinado ao processo principal de regular (SANTOS e MERHY, 2006, p.29).

Neste sentido, os médicos reguladores que atuam em uma Central de Regulação (CR), devem exercer suas atividades e seu poder de decisão baseado em protocolos clínicos que irão priorizar o atendimento de acordo com a condição clínica do paciente.

#### 4.3.2 Tipos de Regulação em Saúde

Existem dois tipos de regulação, a saber: a regulação da atenção à saúde e a regulação do acesso à assistência. A regulação de atenção à saúde refere-se aos prestadores de

serviços (hospitais, clínicas, UBS, etc.), sendo estas, públicas ou privadas, tendo os gestores municipais, estaduais e federal como principais sujeitos; este tipo de regulação volta-se para a contratação e convênios com empresas públicas e privadas, assim como ações de controle social (cadastro de estabelecimentos, habilitação de prestadores, programação orçamentaria, monitoramento e fiscalização, dentre outros) (MENDONÇA,2006).

São os prestadores que realizarão os atendimentos dos usuários do SUS em suas respectivas unidades, podendo ser uma clínica conveniada com o SUS, uma de suas UBS ou centro de especialidades, se houver; estes prestadores devem apresentar relatório de serviços à CR sobre sua produção mensal de atendimentos.

A regulação do acesso à assistência compreende a adequação da demanda à oferta disponível, na qual se utilizarão princípios de universalidade, equidade, dentre outros, viabilizando o acesso dos usuários aos prestadores, procurando da melhor forma satisfazer suas necessidades (MENDONÇA, 2006). Este tipo de regulação compreende a relação da CR com os prestadores de serviços, UBS, gerentes, coordenadores e demais profissionais; esta regulação pode ser considerada a mais usual, onde temos uma central de regulação que é responsável por gerenciar todo o processo regulatório, os médicos reguladores, técnicos em regulação e operadores administrativos.

Destaca Mendonça (2006) que as ações da regulação de acesso estão centradas em: regulação médica pré-hospitalar, hospitalar e de urgências, controle de leitos, autorização de solicitações baseadas em protocolos clínicos, organização de fluxos de referências e controle dos níveis de complexidade. Para que o cidadão tenha acesso a um determinado atendimento especializado no SUS, ele deve seguir o que chamamos de fluxo regulatório.

#### 4.3.3 Fluxos regulatórios

Um fluxo de regulação é baseado em protocolos já definidos pela própria central de regulação do município, também denominado complexo regulador. De acordo com informações do Ministério da Saúde entende-se que:

O complexo regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas centrais de regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam (BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, 2006, p.14).

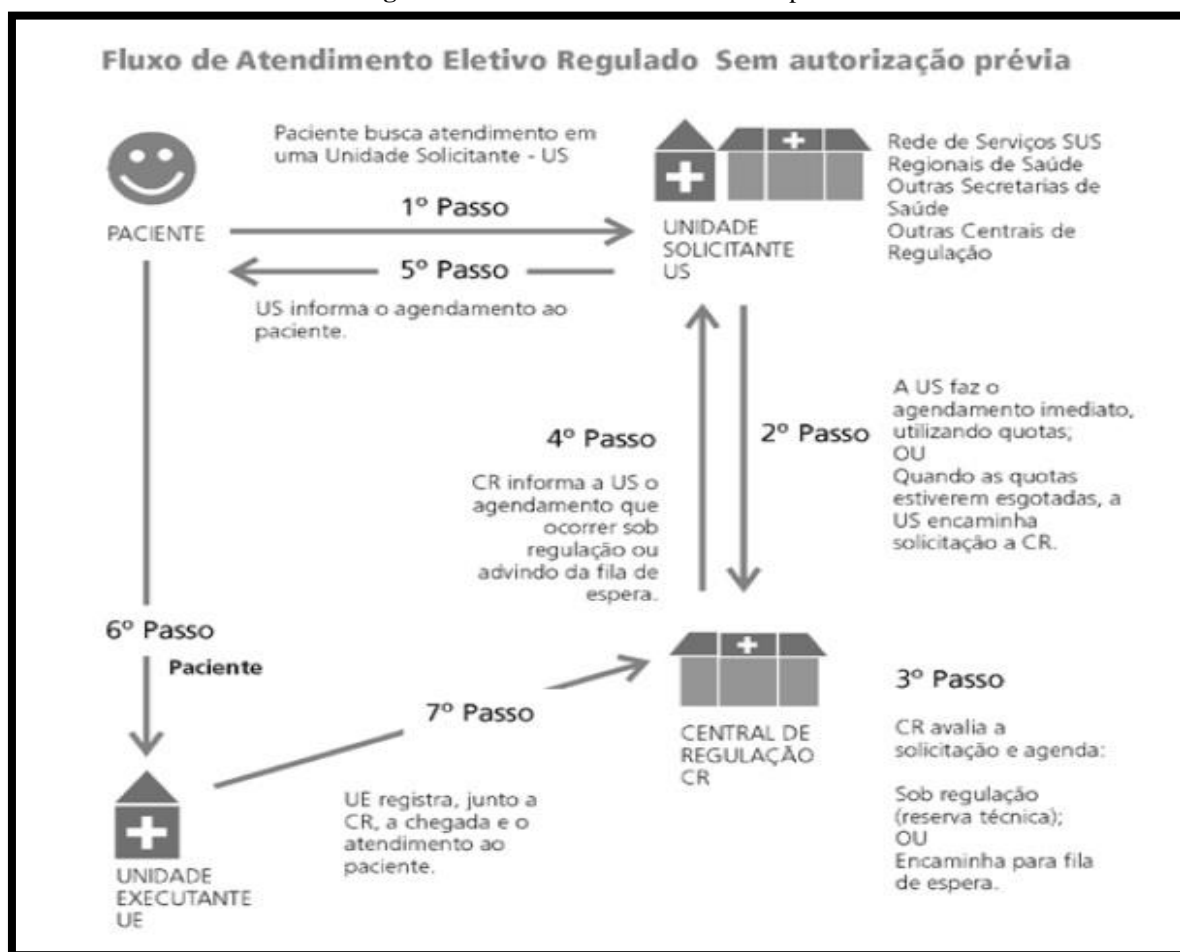
Segundo o Ministério da Saúde, existem várias centrais de regulação, são elas: Central de Regulação de Urgências, Central de Regulação de Internações, Central de

Regulação de Consultas e Exames, Central Nacional de Regulação de Média e Alta Complexidade.

Nisto temos a ação regulatória onde os médicos reguladores farão a autorização dos procedimentos. Esta ação compreende o levantamento e distribuição de cotas da Unidade Executante (UE), a fim de se disponibilizar as US, estas cotas são o quantitativo mensal a ser distribuído para a realização dos procedimentos.

O fluxo ocorrerá da unidade solicitante para a central de regulação que poderá aprovar atendimento para uma Unidade Executante ou negar devolvendo para a Unidade Solicitante (US). Dito isso, temos dois fluxos de atendimento, segundo as imagens abaixo:

**Figura 3:** Fluxo de atendimento – exemplo 1.



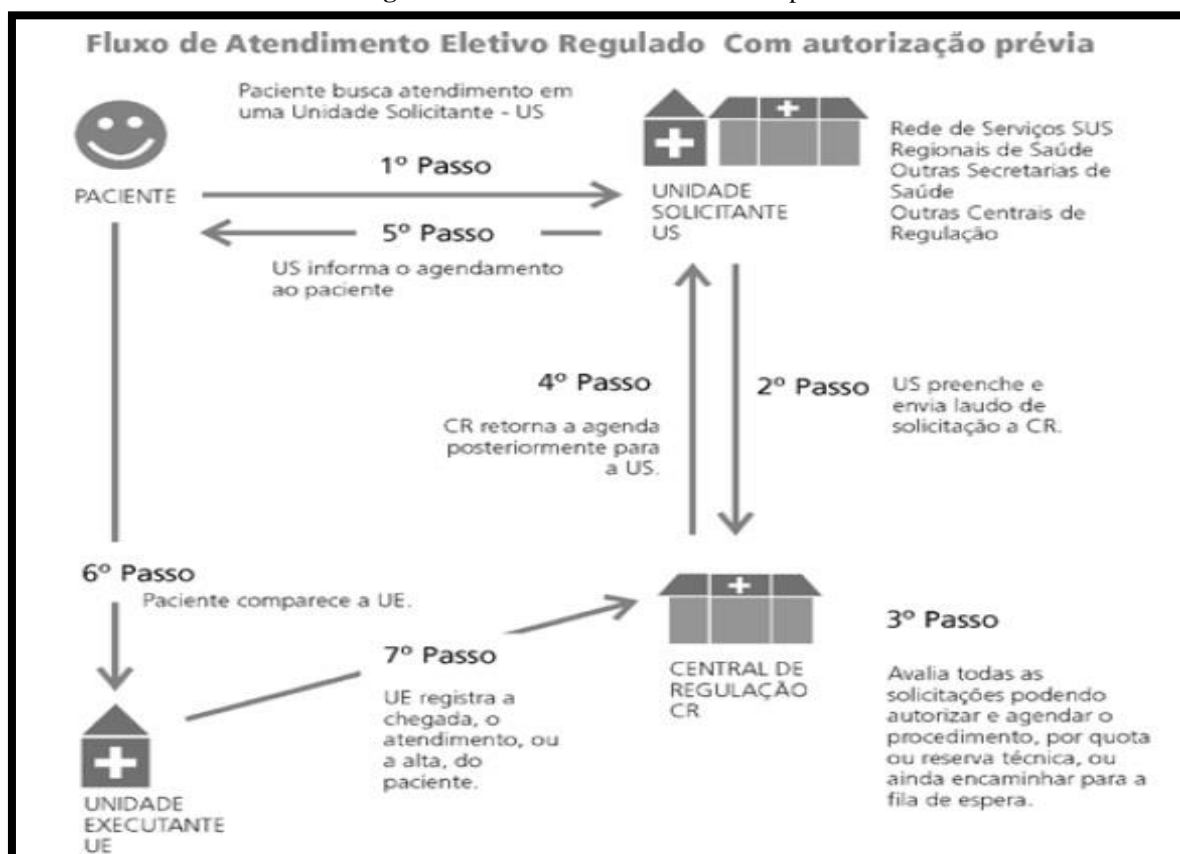
**Fonte:** BRASIL, Ministério da Saúde (2006).

Pode-se visualizar, através da (Figura 3), um fluxo que acontece da seguinte forma: o paciente procura a UBS também chamada de US, neste local o mesmo é atendido pelos médicos que irão solicitar exames e/ou encaminhar para outros especialistas da rede SUS do Município; após este atendimento inicial o paciente é encaminhado para o setor de regulação

da US, onde é feito o agendamento imediato por cotas ou se as mesmas estiverem esgotadas a solicitação segue para a central de regulação onde lá passará pela regulação médica podendo ser aprovada ou negada ou mesmo encaminhado para a fila de espera.

Quando a solicitação é agendada, a mesma é devolvida pela CR para a US e com data e horário especificados; os técnicos reguladores da US informam ao paciente via telefone para que o mesmo venha buscar sua solicitação na Unidade; o paciente é devidamente orientado e encaminhado para realizar a consulta ou exame na UE, que registrará sua chegada e atendimento à Central de Regulação. A (Figura 4) exemplifica o segundo modo que esse fluxo poderá ocorrer, temos então, o seguinte esquema:

**Figura 4:** Fluxo de atendimento – exemplo 2.



**Fonte:** BRASIL, Ministério da Saúde (2006).

Analisando a figura acima, temos um fluxo que ocorre inicialmente da mesma forma que no esquema anterior, diferenciando-se no processo de autorização, ou seja, neste esquema a US não possui cotas, encaminhando o procedimento diretamente para a CR, que irá avaliar a solicitação podendo agendar diretamente pelas cotas lá existentes ou encaminhar para fila de espera e posterior agendamento.

Quando a solicitação é agendada a mesma é devolvida pela CR a US, com data e horário especificados; os técnicos reguladores da US informam ao paciente via telefone para que o mesmo retire sua solicitação na US; o paciente é devidamente orientado e encaminhado a realização da consulta ou exame na UE, que registrará sua chegada e atendimento a central de regulação.

#### 4.3.4 Procedimentos eletivos

Procedimento eletivo é todo procedimento em saúde que pode ser agendado de forma que o paciente tenha condições de aguardar atendimento.

“Considera-se atendimento eletivo todo aquele que não se enquadra em urgência e emergência médica, ou seja, onde a situação não requer assistência médica dentro de um reduzido espaço de tempo. Portanto não há nenhum risco de vida para o paciente, nem agravamento da situação”. (COSTA, 2014, p.2).

Sendo assim, o mesmo deverá passar por avaliação prévia ou escuta inicial. Neste procedimento são feitos levantamentos e observações clínicas de maneira a realizar uma classificação de risco, vulnerabilidade e necessidades. Ressalta-se que para a existência da classificação, o paciente ao chegar à unidade de saúde, passa por triagem técnica e se verificado a necessidade de atendimento médico ele é agendado para ser avaliado por um clínico geral que poderá resolver o problema ou encaminhar para uma especialidade classificando o grau de atendimento.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009, p.24-25).

As classificações de risco são definidas de acordo com protocolos clínicos, em esquema de cores: Vermelho – prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato; Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível; Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente; Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com a ordem de chegada e identificação das necessidades. Estas cores são utilizadas para definir o caráter de atendimento do paciente encaminhado para alguma



especialidade. Os casos eletivos se encaixam na cor azul. No entanto, há casos eletivos que ainda podem ser classificados em prioridade e urgência dentro da atenção básica.

#### 4.3.5 Oferta x demanda

Segundo os modelos de fluxo regulatório, temos a utilização de cotas para a marcação de consultas e exames no SUS. Estas cotas são disponibilizadas para as US, pelas UE, onde a CR faz esta distribuição de maneira a viabilizar o acesso dos usuários. No entanto é necessário entender a relação oferta x demanda.

Em saúde, geralmente temos uma demanda de solicitações referente a diversas especialidades, esta demanda deverá ser suprimida por uma oferta ou cotas como é chamado em regulação. A oferta é definida como: "a quantidade dum bem ou serviço que fornecedores ou prestadores estão dispostos a vender, a um dado preço e a determinada altura" (Pereira, 1995, p.31). Trazendo o conceito para a saúde seria um serviço disponibilizado dos prestadores do SUS para a prefeitura municipal, por meio de contratados e pactuações.

Por meios das cotas, são marcadas as demandas recebidas pelas US, de maneira a regular as solicitações de acordo com o grau de prioridade. "Demanda por um bem ou serviço pode ser definida como a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo dadas as suas restrições orçamentarias" (Iunes, 1995, p.99), ou seja, a procura por atendimento especializado pode ser caracterizado como demanda. Logo assim, uma demanda é suprimida por uma oferta de vagas geralmente em posse da central de regulação que disponibiliza para as US, como as UBS que farão o processo de marcação, de acordo com a quantidade de vagas disponibilizadas.

Geralmente as cotas são disponibilizadas mensalmente, onde o próprio sistema utilizado pela secretaria de saúde do município, no caso o SISREG, distribui as vagas para cada unidade de acordo com percentuais de demandas solicitadas em meses anteriores. É papel da central de regulação triar todos os procedimentos solicitados pelas US e viabilizar o acesso do paciente de acordo com as prioridades, se houver, e assim aprovar ou negar conforme regulação médica.

#### **4.4 Abrangência das Unidades Básicas de Saúde**

Uma Unidade Básica de Saúde trabalha em prol de uma comunidade, mais precisamente atua em uma área de abrangência devidamente delimitada em um bairro de um

município. Esta área é estabelecida de acordo com determinados critérios. Segundo Pehouskei, 2005 é necessário conhecer o território e suas relações, assim com a comunidade; entendendo-a a partir do seu lugar de vivência, entender as formas que ela usa e transforma o território. Esse conhecimento se dá pela ação dos ACS que atuam por meios das Equipes de Saúde da Família (ESF). Após este conhecimento prévio, Pehouskei considerou as opiniões das ESF em que pode estabelecer mais precisamente este critério. Assim coloca:

A partir desse estudo estruturam-se critérios para delimitação das áreas de atuação da saúde, estabelecendo-se alguns, como por exemplo: os fluxos e a mobilidade de população, na busca de atendimento nos serviços de saúde; a distribuição dos equipamentos urbanos no território; a acessibilidade formada pelos meios de transporte e pelas barreiras geográficas existentes nos trajetos até as UBS; à distância entre o local de moradia e a UBS e por fim; a estrutura dos serviços oferecidos pelos NIS a comunidade usuária. (PEREHOUSKEI, 2005, p.2)

Resumidamente estes fatores determinam a necessidade de funcionamento de uma unidade básica, onde a mesma será responsável por esta área. Duas são as categorias geográficas neste processo: território e lugar. Abordar a categoria território na geografia é falar sobre relações de poder. Dentro da perspectiva da geografia da saúde há diversas dimensões que são abordadas como a econômica, social, cultural, política dentre outras. Para Dallabrida (1999) o conceito de território é ligado a ideia de poder. Há ainda a abordagem de caráter integrador como de Haesbaert (2002) onde o território envolve múltiplas formas de apropriação do espaço onde a mobilidade é controlada. E por fim o conceito de Correa (1994) que leva o conceito de territorialidade a um pensar mais subjetivo onde a população é conscientizada a fazer parte de um todo de maneira integrada.

Segundo Pehouskei (2005) se faz necessário inter-relacionar geografia e saúde para que se possa trabalhar com mais precisão a questão territorial das áreas de abrangência. Assim sendo, o autor propõe a discussão de alguns conceitos, são eles: território – área de abrangência, território – processo, território – área de influência e território – rede.

Uma UBS é responsável por uma determinada área que pode ser um bairro, um setor, ou áreas delimitadas de acordo com a organização espacial de uma cidade. Segundo Pehouskei (2005, p.31) “o recorte territorial da área de abrangência representa a área de responsabilidade da UBS e baseia-se em critérios de acessibilidade e fluxos de população”. Posto isso, temos o que chamamos de território área de abrangência, uma área onde a população se movimenta e mantém relações com a unidade básica. O acesso aos serviços de saúde ocorre de acordo com as condições sociais e econômicas de cada indivíduo, atrelada a uma condição geográfica de distância até à UBS, transporte e barreiras geográficas.

O território – processo como o próprio nome diz pressupõe a ocorrência dos diversos acontecimentos dentro desta área ao decorrer do tempo, podendo haver variações ao longo dos anos. Por conseguinte, o território área de influência refere-se a facilidade de poder conseguir um atendimento especializado; isso decorre da relação entre a população e a equipe da UBS, a influência pode ser dedicada a proximidade que a população tem com os servidores fazendo assim com que haja uma melhor referência em termos de qualidade.

Por fim o território – rede no qual rompe as fronteiras e a relação com outras unidades é frequente, a rede auxilia no processo de articulação e melhor repasse de informações entre as unidades e demais agentes envolvidos no processo. “A importância de explorar esses conceitos e discussões está na possibilidade de reconhecer o território e para isso, é necessário investigar a área a ser pesquisada” (PEREHOUSKEI, 2005, p. 34).

Outra categoria de extrema importância para o entendimento do processo de delimitação se refere ao lugar. Ele tem significado e mantém uma relação particular com cada indivíduo, uma relação de identidade, a pessoa se encontra, sente-se bem, relaciona-se e divide emoções e sentimentos. Assim sendo:

O lugar é produto das relações humanas, entre homem e natureza, tecido por relações sociais que se realizam no plano do vivido o que garante a construção de uma rede de significados e sentidos que são tecidos pela história e cultura civilizadora produzindo a identidade, posto que é aí que o homem se reconhece porque é o lugar da vida (CARLOS, 2007, p.22).

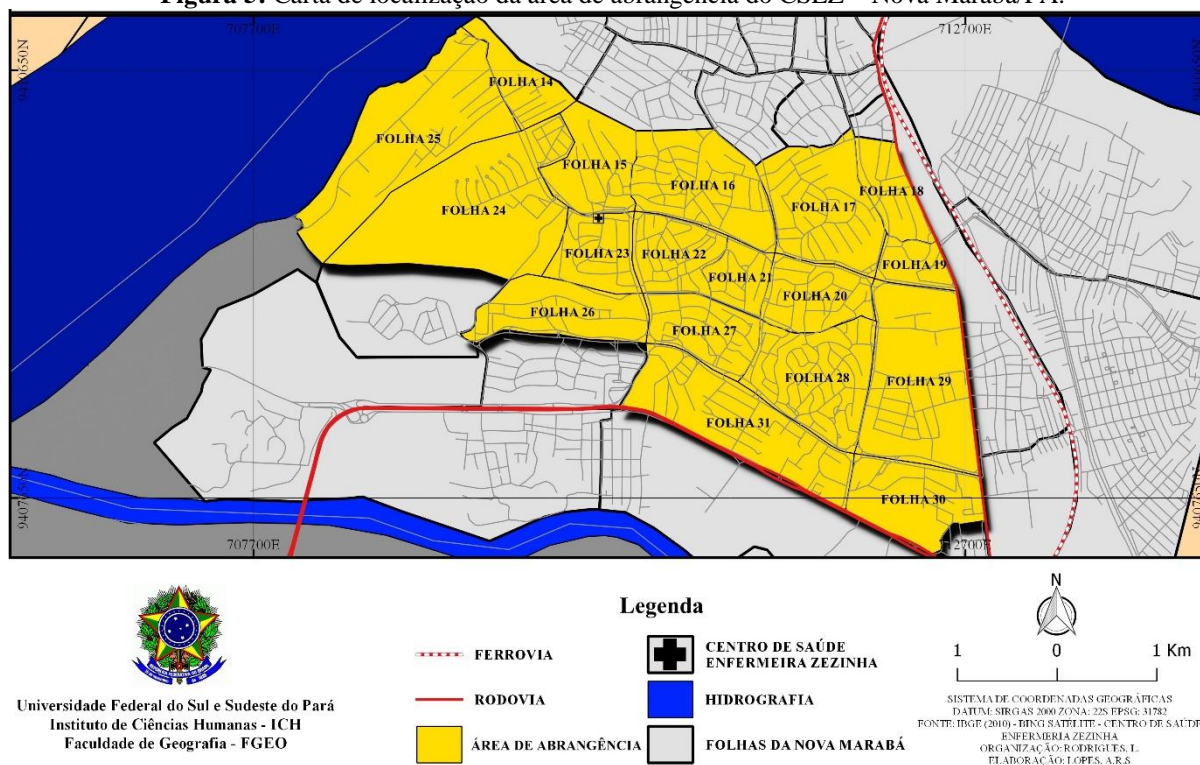
De acordo com o exposto, o lugar expressa um campo de relações humanas, um espaço construído marcado pela cultura e pela história de cada indivíduo, é onde o mesmo se identifica, constrói, modifica e ali estabelece seu lugar de moradia. Para Haesbaert (2002) o lugar é caracterizado por suas relações de identidade. Perehouskei (2005) já complementa que se faz necessário considerar o histórico, costume, experiências e demais elementos do cotidiano das comunidades, a fim de conhecê-las, pois somente a população que vivência o processo diariamente pode falar sobre os problemas e seus aspectos positivos e negativos. Somente assim com uma participação das equipes ESF juntamente com os ACS é que se pode conhecer o lugar de uma maneira mais completa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Setor de Regulação do Centro de Saúde Enfermeira Zezinha

O setor de regulação do CSEZ tem seu funcionamento de segunda à sexta-feira no horário de 07h00 às 13h00 horas, sendo que na sexta o expediente é interno para organização de documentos. A unidade básica tem como responsabilidade uma área de abrangência que corresponde em um total de 18 folhas no bairro Nova Marabá. Sendo elas: (Folha 14, Folha 15, Folha 16, Folha 17, Folha 18, Folha 19, Folha 20, Folha 21, Folha 22, Folha 23, Folha 24, Folha 25, Folha 26, Folha 27, Folha 28, Folha 29, Folha 30 e Folha 31), conforme mostra figura abaixo:

**Figura 5:** Carta de localização da área de abrangência do CSEZ – Nova Marabá/PA.



**Fonte:** IBGE (2010); Organização: RODRIGUES, L.S; Elaboração: LOPES, A.R.S

O papel deste setor na unidade básica é receber e cadastrar procedimentos dos pacientes que são solicitados pelos médicos e enfermeiros, o cadastro é realizado no centro de saúde desde que o paciente seja residente da área de abrangência. Dos procedimentos solicitados pelos médicos existem encaminhamentos para avaliação com outros médicos especialistas e solicitações de exames complementares a serem realizados para melhor diagnóstico clínico. Os exames e especialidades que são solicitados na rede SUS do município estão listados no quadro abaixo:

**Quadro 2:** Procedimentos solicitados da Unidade Básica.

<b>Nº</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>TIPO</b>	<b>DISPONIVEL</b>
1	ORTOPEDIA	ESPECIALIDADE	SIM
2	CARDIOLOGIA	ESPECIALIDADE	SIM
3	OFTALMOLOGIA	ESPECIALIDADE	SIM
4	DERMATOLOGIA	ESPECIALIDADE	SIM
5	UROLOGIA	ESPECIALIDADE	SIM
6	PSIQUIATRIA	ESPECIALIDADE	SIM
7	GASTROENTEROLOGIA	ESPECIALIDADE	NÃO
8	OTORRINOLARINGOLOGIA	ESPECIALIDADE	SIM
9	NEUROLOGIA	ESPECIALIDADE	SIM
10	ANGIOLOGIA	ESPECIALIDADE	NÃO
11	MASTOLOGIA	ESPECIALIDADE	NÃO
12	BUCO MAXILO	ESPECIALIDADE	SIM
13	CIRURGIA GERAL	ESPECIALIDADE	SIM
14	ULTRASSONOGRAMA	EXAME	SIM
15	RAIO-X	EXAME	SIM
16	ELETROCARDIOGRAMA	EXAME	SIM
17	MAMOGRAFIA	EXAME	SIM
18	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	EXAME	NAO
19	DESSINTOMETRIA ÓSSEA	EXAME	NÃO
20	RESSONANCIA MAGNÉTICA	EXAME	SIM
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	EXAME	SIM
22	ECOCARDIOGRAMA	EXAME	SIM
23	TESTE ERGOMÉTRICO	EXAME	SIM
24	AUDIOMETRIA	EXAME	SIM
25	FISIOTERAPIA	ESPECIALIDADE	NÃO
26	NEFROLOGIA	ESPECIALIDADE	SIM
27	LIH (INTERNAÇÃO HOSPITALAR)	ESPECIALIDADE	SIM
28	BIOPSIA DE PELE	EXAME	SIM
29	CIRÚRGIA PEDIÁTRICA	ESPECIALIDADE	SIM
30	VIDEOLARINGOSCOPIA	EXAME	SIM
31	VIDEONASOENDOSCOPIA	EXAME	SIM
32	ESCANOMETRIA	EXAME	NÃO
33	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	EXAME	NÃO
34	COLONOSCOPIA	EXAME	NÃO
35	ENDOCRINOLOGIA	ESPECIALIDADE	NÃO
36	REUMATOLOGIA	ESPECIALIDADE	NÃO
37	ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENM)	EXAME	NÃO
38	ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)	EXAME	NÃO
39	PNEUMOLOGIA	ESPECIALIDADE	NÃO
40	PEDIATRIA	ESPECIALIDADE	SIM
41	ALERGISTA	ESPECIALIDADE	NÃO
42	PSICÓLOGO	ESPECIALIDADE	SIM
43	GINECOLOGIA	ESPECIALIDADE	SIM
44	CIRÚRGIA GINECOLÓGICA	ESPECIALIDADE	SIM

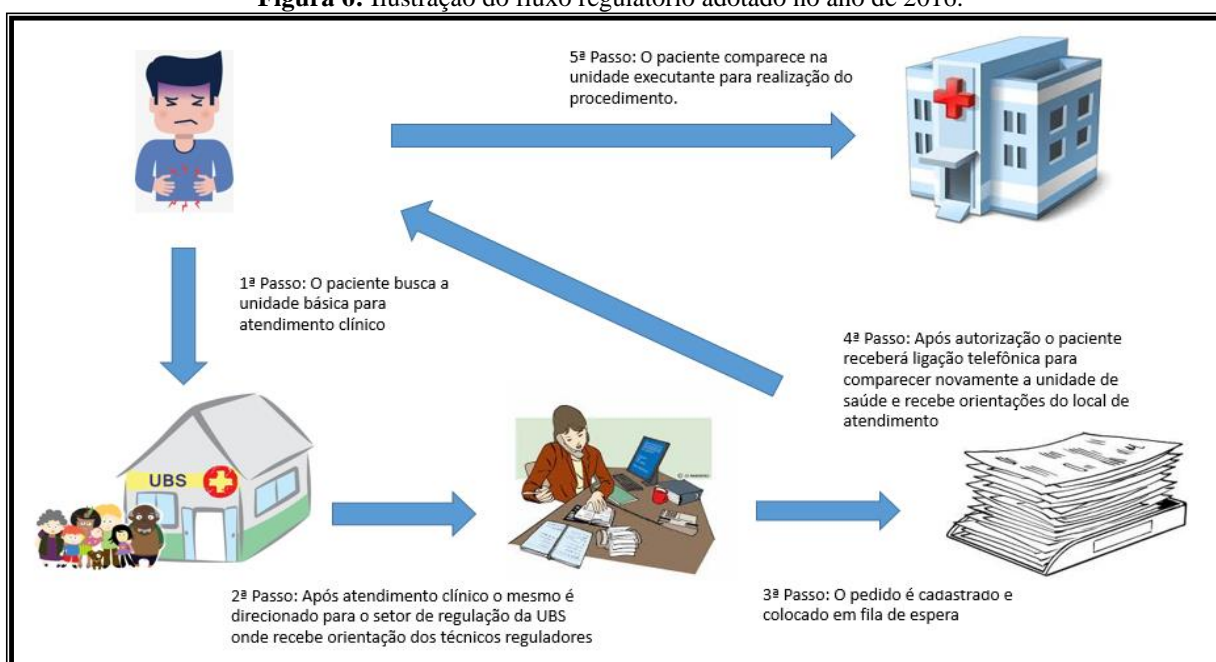
Fonte: CSEZ (2016)

Conforme apresentado no quadro acima pode-se observar que a grande maioria dos procedimentos solicitados estão disponíveis para realização na rede SUS no município, porém, existem procedimentos que possuem demanda, mas não são ofertados. O cadastro dos procedimentos no setor de regulação é feito de forma manual onde são utilizadas pastas para armazenamento dos documentos separados por especialidade, mês e ano. A marcação dos procedimentos se dá por meio de cotas que são disponibilizadas pela central de regulação mensalmente.

## 5.2 O Fluxo Regulatório no Ano de 2016

O fluxo regulatório adotado pela unidade básica no ano de 2016 (Figura 6), ocorre da seguinte forma: o paciente busca a unidade básica para atendimento clínico, após avaliação clínica o paciente é direcionado para o setor de regulação da unidade básica, lá o paciente é orientado pelos técnicos acerca dos documentos necessários para o cadastro do procedimento, assim como, caso o mesmo resida em outra área que não seja de responsabilidade da UBS, recebe orientações para realizar o cadastro na unidade de saúde mais próxima de sua residência. Após as devidas orientações o paciente traz os documentos solicitados que são recebidos e protocolados pelo setor. Em seguida, o pedido é colocado em fila de espera, e após autorização o paciente receberá ligação telefônica para comparecer novamente a unidade de saúde e então será informado sobre data, horário e local do atendimento.

**Figura 6:** Ilustração do fluxo regulatório adotado no ano de 2016.



**Fonte:** CSEZ (2016); Elaboração: RODRIGUES, L.S.

Fazendo uma análise do fluxo adotado pela central de regulação do município pode-se perceber que este, se diferencia em algumas partes, do proposto pelo MS, onde temos o fluxo com autorização prévia e outro sem. As diferenças estão, primeiramente na questão da informatização do fluxo que é ausente e reflete diretamente no controle da fila de espera (feita de forma manual) na unidade, outra observação é que os procedimentos ficam arquivados na própria unidade básica, não sendo encaminhados para a central de regulação para avaliação médica em caso de ausência de cotas.

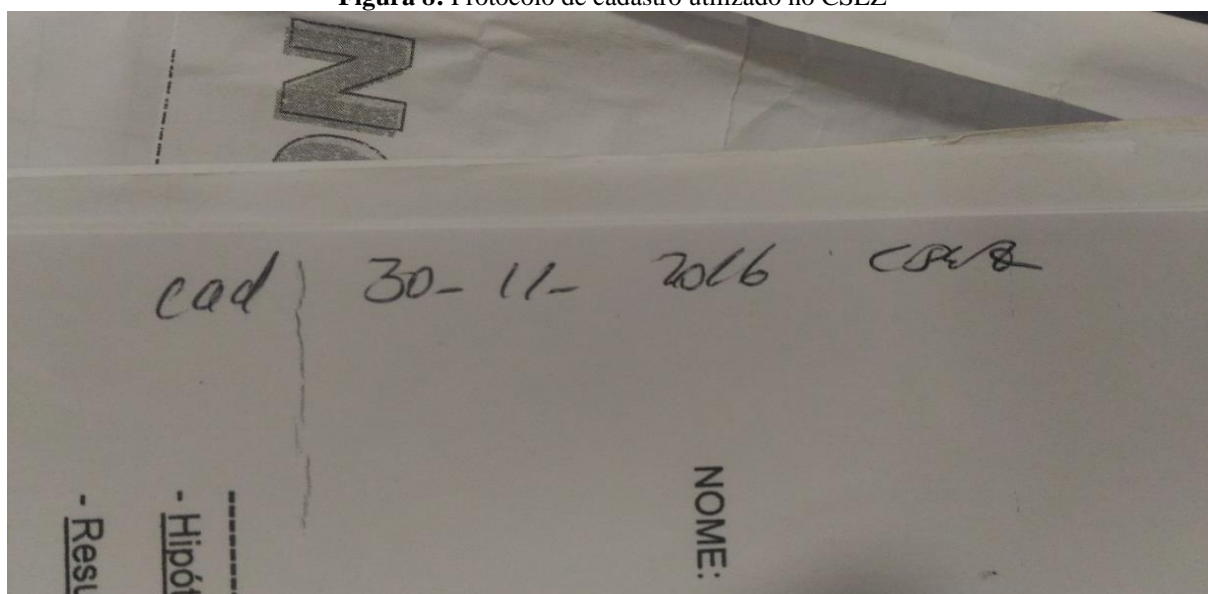
### 5.2.1 O processamento das demandas em 2016

O processamento da demanda, conforme descrito pela equipe técnica, ocorre da seguinte forma: primeiramente é realizada uma separação dos documentos por data de entrada, ou seja, a data que o paciente solicitou o procedimento, após isso acontece a classificação de acordo com o grau de risco indicado pelo médico, se urgente, prioridade ou eletivo. Estes procedimentos são agendados dentro do número de cotas recebidas (mensalmente) pela Central de Regulação. A demanda restante que não pode ser agendada continua em fila de espera e permanece arquivada nas patas dos procedimentos (Figura 7), aguardando liberação de novas cotas para agendamento. A (Figura 8) traz a imagem do protocolo utilizado para cadastramento das solicitações.

**Figura 7:** Pastas utilizadas para arquivamento dos procedimentos que aguardam liberação.



Fonte: RODRIGUES, L.S (2016).

**Figura 8:** Protocolo de cadastro utilizado no CSEZ

Fonte: RODRIGUES, L.S (2016).

As cotas são recebidas no final de cada mês, em uma planilha enviada pela CR da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), cada procedimento já vem com quantidade, data, horário e local definidos, o técnico regulador da UBS lança numa planilha o nome dos pacientes e os informa por telefone para comparecerem à Unidade. As cotas devem ser enviadas – por e-mail ou deixados diretamente – para a CR com até 02 (dois) dias de antecedência a data do procedimento.

Durante este processo foi observado, dentro da pesquisa, que a avaliação técnica ocorre apenas pelos técnicos que realizam triagem analisando a gravidade descrita em cada solicitação e também no diálogo com os pacientes conseguem abstrair situações mais delicadas de maneira a priorizar atendimentos.

### 5.2.2 Análise geral da oferta e da demanda na rede SUS do CSEZ – 2016

As UBS do Município recebem, mensalmente, um quantitativo de cotas das diversas especialidades e exames para agendamento. Essas cotas geralmente são de mesma quantidade para todas as UBS, podendo variar com o tempo, conforme números de solicitações e demanda de cada unidade básica. O CSEZ recebe da CR, uma quantidade de cotas para agendamento de suas demandas mensais, as cotas são utilizadas para a marcação dos procedimentos devidamente triados pela equipe técnica do setor de regulação da UBS. A demanda que não foi atendida dentro do mês, permanece na fila de espera por reserva técnica, aguardando a liberação de cotas subsequentes. A (Tabela 1), a seguir, mostra a oferta e a demanda do ano de 2016.





A (Tabela 1) está organizada por procedimentos, meses do ano, cota, demanda e pendência acumulada, onde:  $D =$  Demanda,  $C =$  Cota, e  $P.A =$  Pendência Acumulada. É possível observar, na tabela acima, uma diferença no quantitativo mensal; a cota nem sempre se mantém a mesma, variando mensalmente em quantidade, e a demanda aumenta e diminui em diferentes meses. Percebe-se também que a cota é insuficiente – pelo pouco quantitativo disponível – para suprir a demanda da maioria dos procedimentos, ficando sempre uma pendência que se acumula mês a mês. Os valores positivos em vermelho representam a pendência acumulada onde são somados a pendência do mês anterior mais a demanda do mês corrente menos a cota recebida. Representando em forma de equação teríamos:  $(P.A + D) - C$ .

Os valores negativos em vermelho representam as cotas remanescentes ou que sobraram e não foram utilizadas dentro do mês. Se a demanda for suprida, neste caso para o mês subsequente subtrai-se apenas a demanda do mês menos a cota ofertada resultando na pendência, ficando:  $(D - C = P)$ . Vale ressaltar que as cotas não são cumulativas, ou seja, as cotas que não são utilizadas dentro do mês não somam com as cotas do mês seguinte. Estas cotas, por sua vez, são devolvidas à central de regulação que as distribui para outras UBS.

A quantidade de cotas apresentada é reflexo do pouco número de profissionais para atendimento no município, para cada especialidade existe apenas um único profissional para atender toda a demanda, ou seja, um ortopedista, um urologista, um dermatologista e assim por diante. E as cotas são divididas entre 20 UBS, sendo 14 na Zona Urbana e 6 na Zona Rural. Os procedimentos que mais receberam variações em seu quantitativo de cotas durante o ano foram Ortopedia e Ultrassonografia. Pode-se observar na tabela um aumento gradativo das vagas de ortopedia a partir do mês de abril, tendo apenas uma leve redução em julho isso ocorreu, porque no mês de maio, entrou provisoriamente, novos médicos na rede, com o intuito de suprir a demanda pendente; já o procedimento de ultrassonografia tem seus maiores valores em março, junho e outubro geralmente estando relacionado as campanhas e datas comemorativas como: dia da mulher, palestras de prevenção e outubro rosa.

Em relação ao procedimento de Otorrinolaringologia percebe-se que a demanda sempre é suprida pela cota ofertada durante o mês, e há sempre cotas remanescentes, este procedimento durante o ano foi o que mais teve uma demanda equivalente com a cota, tendo assim, resposta regulatória satisfatória. Assim como Eletrocardiograma que teve uma pendência acumulada até o mês de agosto, no entanto, foi suprimida de setembro a novembro ficando pendente apenas três procedimentos em dezembro.

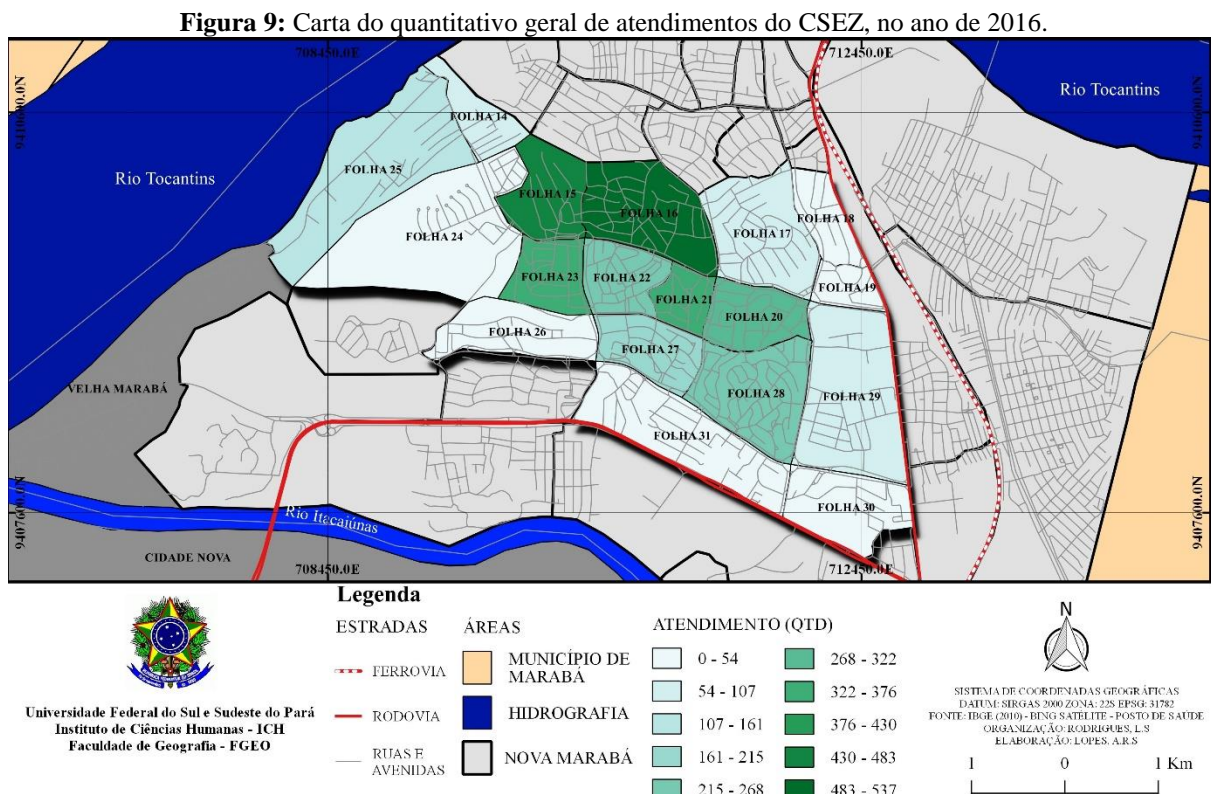
Os procedimentos como: Psicologia e Pediatria são procedimentos de livre demanda, o paciente realiza marcação direta em uma unidade básica onde há profissional atendendo sem

a necessidade de regulação. Já os procedimentos de: Mastologia, Buco-maxilo, Nefrologia, LIH, Videolaringoscopia, Videonasoendoscopia, Cirurgia Ginecológica são marcados por solicitação direta na central de regulação, pelo técnico regulador, possuem disponibilidade para marcação imediata, por isso o quantitativo de cotas não aparece na tabela.

As demais cotas mantem-se estáveis principalmente para os exames de Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ecocardiograma, Teste Ergométrico, por serem exames que são realizados apenas em um único prestador executante: Hospital Regional do Sul e Sudeste do Pará (HRSSP).

### 5.2.3 Mapeamento geral da demanda com base nas áreas que mais solicitaram procedimentos durante o ano na rede SUS do CSEZ – 2016

Os dados coletados na unidade de saúde são referentes ao quantitativo de atendimentos realizados no ano de 2016 e estes foram tabulados e processados de maneira a gerar um mapa temático da área de abrangência do CSEZ. A carta, figura 09, apresenta as áreas que são de responsabilidade da UBS e mostra as folhas que mais solicitaram procedimentos durante o ano.



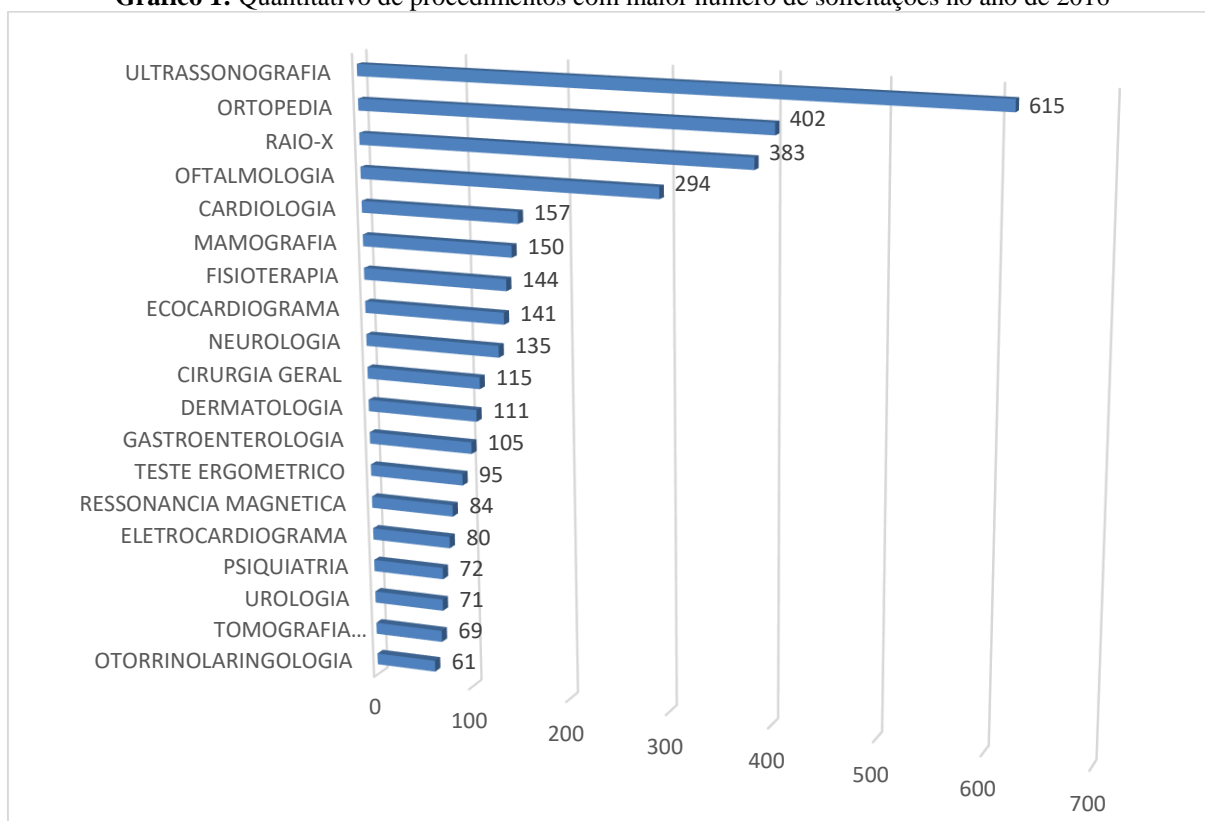
Fonte: IBGE (2010); Organização: RODRIGUES, L.S; Elaboração: LOPES, A.R.S

Ao analisarmos a carta (Figura 9), podemos perceber que as folhas que mais solicitam procedimentos durante o ano são as Folhas 15, 16, 21 e 23, onde em primeiro lugar aparece a folha 16 com 537 solicitações, em segundo lugar a folha 15 com 439 solicitações, em terceiro lugar a folha 23 com 374 solicitações e em quarto lugar a folha 21 com 369 solicitações, em seguida as Folhas (20, 22, 27 e 28) isto se dá devido à proximidade a unidade básica. São as folhas que estão no entorno que mais participam e usufruem dos serviços prestados à comunidade, onde a acessibilidade ao serviço se dá de forma prática devido a presença ativa dos ACS que visitam estas áreas, analisando e orientando a comunidade. As demais folhas possuem solicitações em menor quantidade, todavia participam com menos frequência, devido estarem em áreas mais distantes.

Em reunião com o grupo de ACS do CSEZ realizada em agosto de 2016, foram questionados sobre as folhas que menos participam da UBS no intervalo de 0 a 54 temos as folhas (18, 19, 24, 26, 30, 31) as respostas para os questionamentos foram: diferença na classe social e econômica, maior grupo de moradores de classe média para alta que pouco utilizam o serviço público de saúde, preferindo utilizar serviços privados e planos de saúde, ou só procurar um serviço médico de saúde em casos mais extremos. Há também, por parte dos moradores destas áreas, certa resistência em receber o ACS em sua residência.

#### 5.2.4 Análise dos 19 (dezenove) procedimentos de maior procura no CSEZ – 2016.

Dos procedimentos mais solicitados por essas áreas foram elencados dezenove para análise, são eles: Ultrassonografia, Ortopedia, Raio-x, Oftalmologia, Cardiologia, Mamografia, Fisioterapia, Ecocardiograma, Neurologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, Gastroenterologia, Teste Ergométrico, Ressonância Magnética, Eletrocardiograma, Psiquiatria, Urologia, Tomografia Computadorizada e Otorrinolaringologia. Estes, por sua vez, foram escolhidos devido serem os procedimentos com maior procura no CSEZ. O gráfico, a seguir, mostra uma melhor representatividade destes dados.

**Gráfico 1:** Quantitativo de procedimentos com maior número de solicitações no ano de 2016

**Fonte:** CSEZ (2016); Elaboração: RODRIGUES, L.S.

O (Gráfico 1), apresenta o quantitativo geral de solicitações da área de abrangência do CSEZ que corresponde às folhas 14 a folha 31, podemos observar a dominância de determinados procedimentos, estes por sua vez, refletem características do público alvo que utiliza os serviços de saúde pública da UBS.

Os exames ultrassonográficos são demandados por um público de maioria feminina estando na faixa etária de 20 a 80 anos, no ano de 2016 este procedimento ficou em primeiro lugar tendo 615 solicitações, grande parte das solicitações são exames de ultrassom transvaginal, obstétrica e mamária. A Unidade atende anualmente um grande número de gestantes e de mulheres com problemas do trato ginecológico; as ultrassonografias também estão relacionadas a outras especialidades já que também existem demandas de ultrassonografias específicas como ultrassom abdominal, da próstata e das vias urinárias, estes por sua vez, atingem um público masculino na faixa etária de 20 a 60 anos. Tais exames são realizados em duas unidades executantes: CRISMU e LABOTECH – Laboratório de Exames e Consultas (Clínica conveniada do SUS).

A especialidade de Ortopedia, segunda maior solicitada, tendo 402 pedidos em 2016, atinge um público que está na faixa etária dos 30 a 80 anos, sendo homens e mulheres, a grande maioria busca atendimento para aposentadoria e assim darem entrada para solicitação

de benefício do INSS – Instituto Nacional do Seguro Social; outra parte requer atendimento por problemas crônicos e degenerativos da coluna. Esta especialidade durante o início do ano possuía apenas um médico especialista na rede, sendo inseridos mais três médicos, a partir de maio de 2016.

As demandas de Raio-x, estão diretamente associadas às demandas de Ortopedia, já que o público alvo é caracterizado em sua maior parte por adultos e idosos com problemas ortopédicos relacionados a coluna, estando na faixa etária entre 30 a 80 anos. Após avaliação ortopédica o especialista solicita exames de rádio imagem, para análise e diagnóstico do quadro clínico do paciente. Este exame só é realizado no HRSSP. O município não dispõe de clínica conveniada para realização deste serviço.

Os pacientes que buscaram atendimento para a especialidade de Oftalmologia – a quarta mais solicitada – no ano de 2016, estão na faixa etária de 10 a 70 anos, sendo um público diversificado, onde no grupo de crianças a adolescentes as buscas mais frequentes são para o trato de correção visual, uso de lente corretiva; já para os adultos temos correção visual, problemas de astigmatismo, miopia e estrabismo, o grupo de idosos está mais voltado para avaliações de cirurgia de catarata. Esta especialidade tem convenio com a Clínica de olhos Dr. Delbanor.

Os procedimentos de Cardiologia possuem uma demanda anual de 157 solicitações e isto se dá ao fato de que grande parte do público que utiliza este serviço é caracterizado por diabéticos e hipertensos entre 20 e 60 anos, tais pacientes necessitam realizar acompanhamento clínico com mais frequência. Esta especialidade possui apenas um médico para atendimento na rede SUS Municipal.

As demandas de exames de Ecocardiograma, Eletrocardiograma e Teste Ergométrico estão diretamente relacionadas com atendimento cardiológico, onde o especialista solicita tais exames; para estes, são liberadas poucas cotas mensais conforme apresentada na tabela acima. O município não dispõe de convênio com clínicas e conta apenas o HRSSP para realização.

Em relação aos procedimentos solicitados de Mamografia há um público alvo caracterizado por mulheres de 40 a 80 anos que realizam exames periódicos por ano, para prevenção e demais avaliações clínicas. Este exame é realizado no HMM, no entanto, segundo informações do setor de regulação a máquina para realização destes exames sempre está quebrada ou não tem material para realização.

A especialidade de Fisioterapia está relacionada à Ortopedia, quando o caso do paciente não poder ser curado, mas apenas tratado, o mesmo é encaminhado para realizar

sessões de fisioterapia visando a melhora do quadro clínico. Esta especialidade não tem prestador disponível para atendimento.

As buscas pela especialidade de Neurologia têm um público diversificado com crianças, jovens e adultos. Em crianças, muitos casos se tratam de deficiências motoras, cognitiva, déficit de atenção e aprendizagem; os jovens apresentam casos de traumas por acidentes e tratamentos por cefaleia, perda de memória e distúrbios de movimentos; nos adultos e idosos temos tratamentos por doenças cérebro – vasculares (AVC) derrames, e demais doenças degenerativas. Uma das maiores dificuldades apresentadas para marcação desta especialidade é a pouca oferta de vagas e de profissionais para atendimento especializado em neuropediatria.

A especialidade de Cirurgia Geral também tem um público diversificado, onde as maiores buscas são por tratamento cirúrgico por hérnias inguinais e cirurgias ortopédicas. As solicitações para dermatologia atingem um público jovem e adulto e as maiores buscas são para tratamento de: acne (espinhas), alergias, vitiligo, psoríase, queda de cabelos, hanseníase e câncer da pele. Também possui apenas um especialista na rede SUS Municipal.

A especialidade de gastroenterologia tem uma demanda anual de 105 solicitações sendo um procedimento que possuía disponibilidade de cotas somente até março de 2016, ficando indisponível o restante do ano devido falta de novo prestador do serviço.

Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada são exames complementares que são solicitados tanto pela Ortopedia quanto Neurologia, por se tratarem de exames de radiodiagnóstico de maior precisão em análises clínicas. Estes exames são realizados apenas no hospital regional, não havendo clínicas conveniadas para realização.

Em relação a psiquiatria existe uma procura durante o ano que se mantém em um padrão de 4 a 8 variando, às vezes um pouco mais, isto ocorre devido a maioria dos pacientes que procuram este serviço fazerem uso de remédios controlados que podem ser renovados por Clínicos Gerais; isso faz com que a procura durante o restante do ano seja razoável, não por falta de pacientes, mas por um maior controle do município nos atendimentos e a própria escassez de profissionais habilitados nesta especialidade no município de Marabá.

O serviço de Urologia é mais solicitado por um público masculino que assim como as mulheres, procuram realizar exames periódicos anuais, mais especificamente homens a partir dos 40 anos, para exames de PSA (próstata); assim como homens que desejam realizar vasectomia, e demais tratamentos para distúrbios urológicos. A oferta para esta especialidade é de 3 cotas ao mês, não sendo suficiente para suprir a demanda da unidade, quanto mais a demanda municipal, já que se tem apenas um especialista na rede SUS do Município.

A especialidade de Otorrinolaringologia durante o ano possui pouca procura. É uma das especialidades mais tranquilas para ser trabalhada no fluxo regulatório por sempre haver disponibilidade de vagas. Não diferindo das demais, também possui apenas um médico atendendo na rede SUS Municipal. De posse destas informações foi possível gerar uma tabela com o percentual de pacientes atendidos no ano de 2016.

**Tabela 2:** Percentual de pacientes atendidos no ano de 2016.

Procedimento	Demanda	Cota Ofertada	Cota Utilizada	Pendentes	Pacientes atendidos
Ultrassonografia	615	434	434	181	71%
Ortopedia	402	369	369	33	92%
Raio – x	383	222	222	161	58%
Oftalmologia	294	130	130	164	44%
Cardiologia	157	113	112	45	71%
Mamografia	150	100	100	50	67%
Fisioterapia	144	0	0	144	0%
Ecocardiograma	141	24	24	117	17%
Neurologia	135	109	104	31	77%
Cirurgia geral	115	24	24	91	21%
Dermatologia	111	86	86	25	77%
Gastroenterologia	105	21	21	84	20%
Teste ergométrico	95	24	24	71	25%
Ressonância magnética	84	48	48	36	57%
Eletrocardiograma	80	105	77	3	96%
Psiquiatria	72	65	65	7	90%
Urologia	71	35	35	36	49%
Tomografia Computadorizada	69	48	48	21	70%
Otorrinolaringologia	61	120	61	0	100%

**Fonte:** CSEZ (2016); Elaboração: RODRIGUES, L.S.

A (Tabela 2) apresenta os procedimentos classificados por maior demanda, assim como a cota ofertada durante o ano de 2016, a cota utilizada, a pendência acumulada e o percentual de pacientes atendidos. Podemos analisar que dos procedimentos listados os que não utilizaram a cota total ofertada foram: Cardiologia, Neurologia, Eletrocardiograma e Otorrinolaringologia, isso se dá justamente pelo que foi discutido na tabela 1: a cota não é cumulativa, ou seja, há meses em que a cota consegue suprir a demanda juntamente com a pendência, no entanto, no mês seguinte há uma nova demanda e uma nova cota é disponibilizada, podendo suprir ou não a demanda solicitada. Caso negativo novas pendências são adicionadas a fila de espera.



Em termos de classificação, – do 1º ao 4º lugar – os procedimentos que tiveram maior resolutividade no ano de 2016 foram respectivamente, a especialidade de Otorrinolaringologia com 100% de seus pacientes atendidos, Eletrocardiograma que realizou 96% dos atendimentos, Ortopedia alcançando 92% de suas solicitações e Psiquiatria com 90% de atendimentos realizados.

Os procedimentos com menor percentual refletem justamente na pouca quantidade de cotas ofertadas, no entanto, percebe-se que as cotas ofertadas todas foram utilizadas já que a demanda aumenta progressivamente durante os meses e a oferta continua estável para alguns procedimentos não sofrendo variações no aumento de cotas. Vale lembrar também que a quantidade de especialistas é insuficiente para a demanda municipal assim como a pouca quantidade de executantes (clínicas conveniadas e estabelecimentos municipais) para realização dos procedimentos.

### **5.3 O Fluxo Regulatório no Ano de 2017**

O fluxo regulatório adotado pela unidade básica no ano de 2017 funcionou normalmente como o fluxo anterior de 2016 até o mês de maio de 2017. A partir do mês de junho, temos a inauguração de um Centro de Especialidades Integradas (CEI) onde todas as especialidades reuniram-se em um único prédio também caracterizado como Unidade Executante.

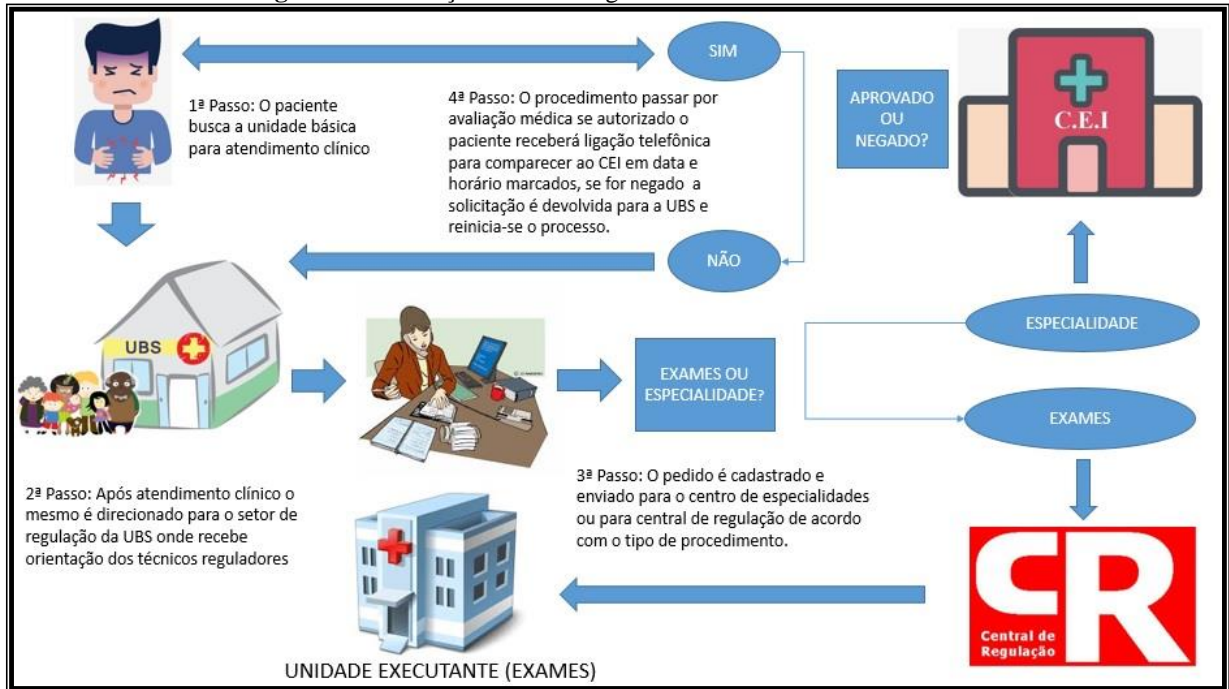
Após a mudança, o fluxo (Figura 10), ficou da seguinte forma: o paciente busca a unidade básica para atendimento clínico, após avaliação é direcionado para o setor de regulação da unidade básica; lá recebe orientações dos técnicos sobre os documentos necessários para o cadastro do procedimento, assim como, caso o mesmo resida em outra área que não seja de responsabilidade da UBS, é orientado a realizar o cadastro na unidade de saúde mais próxima de sua residência. Após orientações o paciente traz os documentos solicitados que são recebidos e protocolados pelo setor; em seguida, a solicitação poderá seguir caminhos diferentes dependendo do tipo de procedimento.

1º caso: se a solicitação for para avaliação com um determinado especialista, a mesma é encaminhada para o CEI, onde o pedido passará por avaliação médica; se aprovado, o paciente é informado pelo próprio CEI, se negado, retorna para a UBS para correção médica e reinicia-se o processo.

2º caso: se o procedimento se tratar de um exame específico como, por exemplo, raio-x, ultrassonografia, dentro outros, o mesmo é encaminhado para a central de regulação

que fará marcação do procedimento e, após liberação, o paciente é informado e encaminhado para uma unidade executante – podendo ser uma clínica conveniada, hospital ou unidade de saúde do município –, que realizará o exame.

**Figura 10:** Ilustração do fluxo regulatório adotado no ano de 2017.



Fonte: CSEZ (2017); Elaboração: RODRIGUES, L.S.

Este tipo de fluxo (Figura 10) novamente se diferencia do proposto pelo MS, a diferença ocorre no setor de triagem onde a liberação é feita pelos médicos especialistas que atendem no próprio centro de especialidades. A UBS não recebe mais cotas para a marcação direta dos procedimentos. Após o envio dos documentos para o CEI ou para a CR não há como realizar um acompanhamento direto do andamento da solicitação, apenas se negado a mesma retorna para a UBS.

### 5.3.1 O processamento das demandas em 2017

O processamento da demanda difere, em alguns pontos, do anterior, onde ocorre da seguinte forma: primeiramente é realizada uma separação dos documentos por data de entrada, ou seja, a data que o paciente solicitou o exame, após isso os mesmos são separados por especialidade e elaborada uma lista sobre o que será enviado para o CEI. Estes procedimentos são levados para o Centro, todas às sextas-feiras em malotes; lá são protocolados os pedidos que tiveram entrada, o técnico regulador da UBS fica com uma via e

o CEI com outra. Após isso, os pedidos são direcionados para avaliação médica do referido profissional especialista do CEI, como ortopedia, dermatologia, dentro outros; nesta etapa, o pedido é avaliado e, se aprovado, os técnicos do centro de especialistas informam ao paciente o dia e horário do atendimento; todavia, caso o pedido seja negado o CEI devolve para a US, como contra referência e pede reavaliação clínica para correção e acréscimo de informações que deem maior esclarecimento do quadro clínico do paciente.

### 5.3.2 Análise geral da oferta e da demanda na rede SUS do CSEZ – 2017

A (Tabela 3), na página seguinte, apresenta a produção realizada em 2017, das demandas e cotas do CSEZ. Nesta tabela temos um diferencial quanto a disponibilidade das cotas que vai de janeiro a maio. A partir do mês de junho, ocorre a mudança de fluxo regulatório e isso resulta também na mudança de processamento da demanda. A marcação da demanda é feita diretamente pela CR e pelo CEI. Sendo assim, não se tem mais um acompanhamento direto por parte do setor de regulação do CSEZ em relação às cotas, ao que foi realizado e ao que ainda está pendente, há apenas um acompanhamento da demanda mensal.



A pendência acumulada do ano anterior não é adicionada a tabela de 2017, ficando em arquivo semiativo, esta pendência é resolvida por eventos que ocorrem durante o ano, tais como mutirões e cotas extras. Nesta tabela observa-se que as demandas solicitadas de alguns procedimentos até o mês de maio foram atendidas, sendo elas: Cardiologia, Otorrinolaringologia, Ultrassonografia e Cirurgia Pediátrica.

A demanda de Cardiologia manteve-se equivalente a cota ofertada nos primeiros meses; Otorrinolaringologia também teve uma demanda razoável, deixando sempre cotas remanescentes; as demandas de Ultrassonografia receberam um quantitativo de cotas elevado em fevereiro, abril e maio, conseguindo assim, suprir toda a demanda, e Cirurgia Pediátrica por ter baixa demanda teve suas solicitações atendidas.

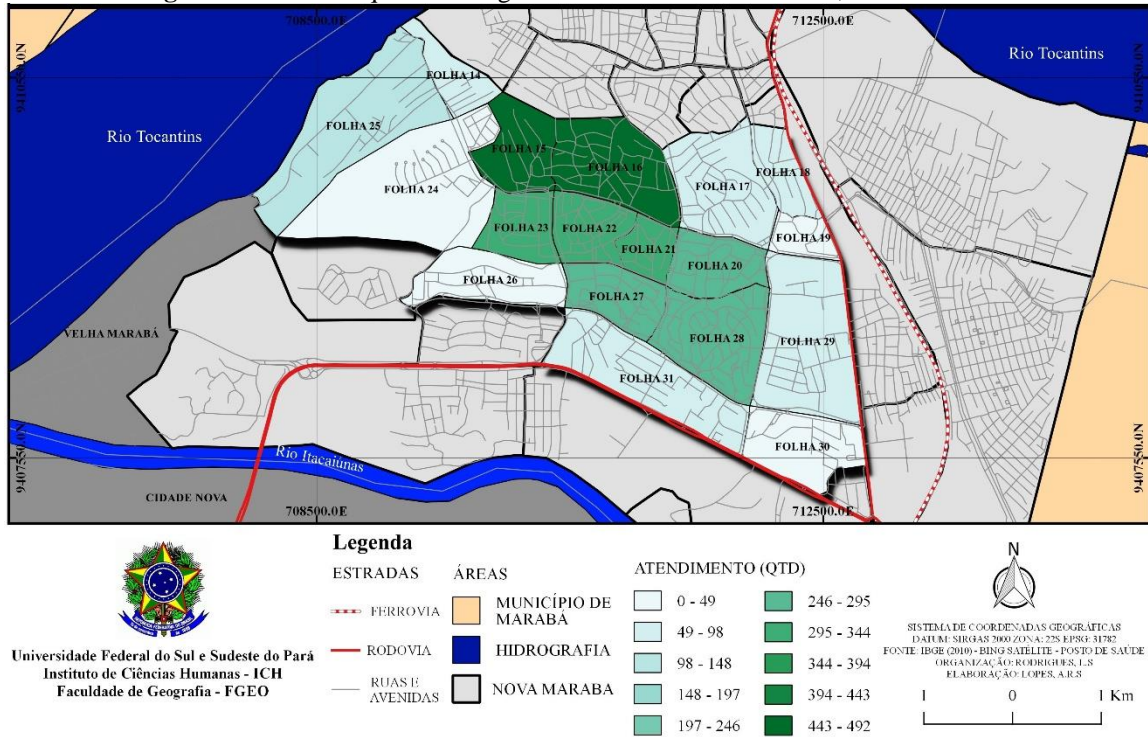
Os demais procedimentos mantiveram-se com uma grande demanda e pouca oferta, havendo poucas variações em quantitativo de cotas, e também continuaram com apenas um profissional de cada especialidade. Ortopedia, para o ano de 2017 manteve-se novamente com apenas um médico na rede SUS. O exame de mamografia ficou parado por dois meses (fevereiro e março) devido a falta de material e manutenção do mamógrafo.

Observa-se que a especialidade de Oftalmologia sai da rede SUS e Gastroenterologia permanece indisponível; outros procedimentos como: Audiometria, Videossasendoscopia e Videolaringoscopia também ficam indisponíveis. No entanto, com o novo fluxo surgem também novas especialidades que tinham demanda, mas não tinham cotas, são elas: Reumatologia e Endocrinologia que passam a ter atendimento no Centro de Especialidades. O atendimento de Pediatria que antes era de livre demanda passa a ser regulado.

### 5.3.3 Mapeamento geral da demanda com base nas áreas que mais solicitam procedimentos durante o ano na rede SUS do CSEZ – 2017

Nesta carta (Figura 11), as folhas que mais solicitam procedimentos durante o ano são as folhas (15,16, 23 e 21) e assim classificam-se, respectivamente, pela quantidade de pedidos: em primeiro lugar está a folha 15 com 492 solicitações; em segundo, encontra-se folha 16 com 455 solicitações; na terceira colocação fica a folha 23 com 344 solicitações; ocupando a quarta posição vem a folha 21 com 335 solicitações, em seguida as Folhas (20, 22, 27 e 28).

**Figura 11:** Carta do quantitativo geral de atendimentos do CSEZ, no ano de 2017.

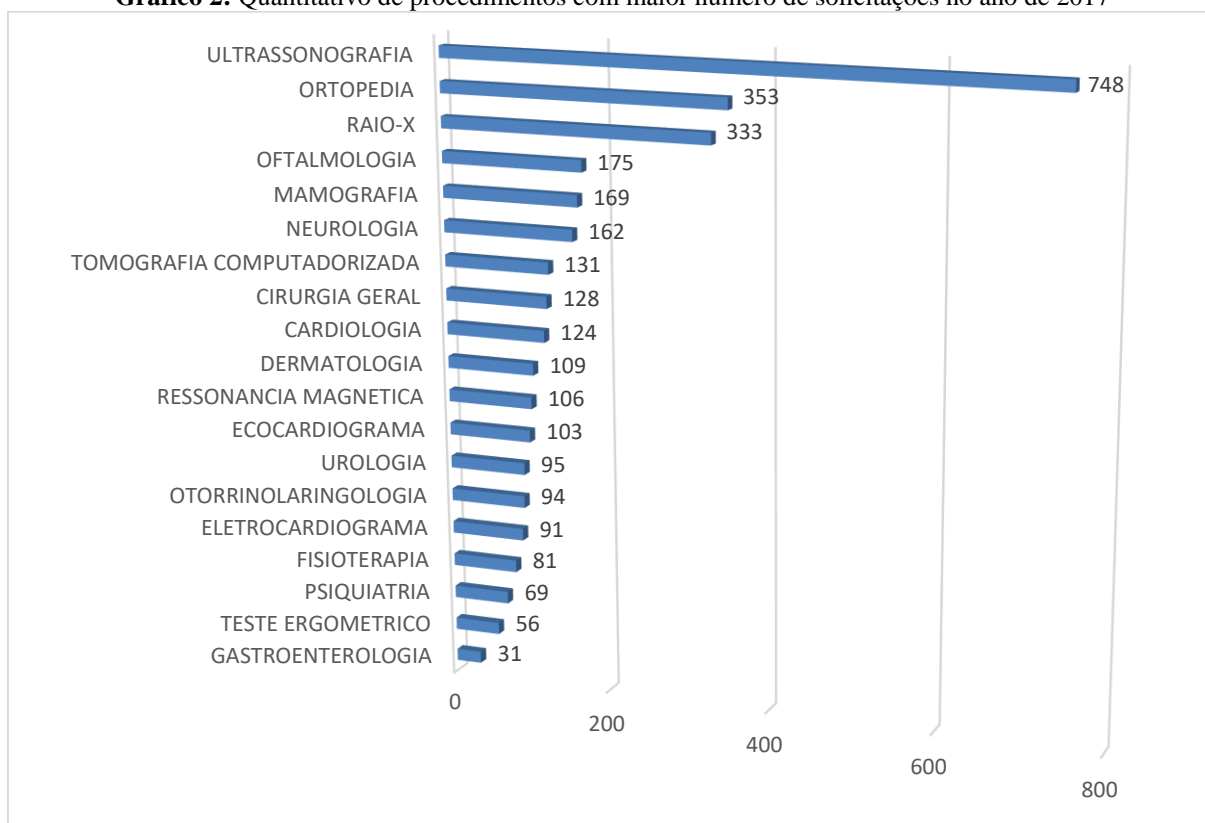


**Fonte:** IBGE (2010); Organização: RODRIGUES, L.S.; Elaboração: LOPES, A.R.S

Novamente, as folhas que estão mais próximas, participam e frequentam melhor a UBS. Houveram algumas mudanças em relação ao trabalho dos ACS; nestas áreas, introduziu-se o programa PSF onde médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem realizam visitas juntamente com grupo de ACS. Percebe-se na carta acima algumas mudanças quanto à participação de algumas áreas, no intervalo de 0 a 49 temos as folhas (19, 24, 26 e 30), no entanto, as folhas (18 e 31) não estão neste intervalo devido ao aumento na procura de serviços de saúde destas áreas. Estas, por sua vez, acabaram entrando para o intervalo de 49 a 98, isto ocorreu devido uma maior conscientização do SUS, nestas áreas com o PSF.

#### 5.3.4 Análise dos 19 (dezenove) procedimentos de maior procura no CSEZ – 2017.

A seguir, (Gráfico 2) apresenta-se o quantitativo geral de solicitações no ano de 2017, referente a área de abrangência do CSEZ. Pode-se observar que houveram poucas variações no quantitativo em relação ao gráfico apresentado do ano de 2016.

**Gráfico 2:** Quantitativo de procedimentos com maior número de solicitações no ano de 2017

Fonte: CSEZ (2017) Elaboração: RODRIGUES, L.S.

As demandas por exames de ultrassonografia aumentaram e essas solicitações (total de 748) mantiveram o procedimento em primeiro lugar durante o ano. Há um aumento gradativo, principalmente na busca para tratamento ginecológico (ultrassonografia transvaginal) e exames para gestantes (ultrassonografia obstétrica); também há solicitações por ultrassonografias de vias urinárias, abdominal, tireoide, próstata e outras partes do corpo (braço, mão, punho, perna etc.). No ano de 2017 notou-se uma busca maior por exames de mama (ultrassonografia mamaria) totalizando 92 solicitações. Os locais de atendimento continuam os mesmos tendo apenas o CRISMU e a clínica conveniada LABOTECH para realização.

O segundo maior procedimento solicitado – Ortopedia – teve uma redução no número de pedidos, ficando com 353 solicitações durante o ano, contudo, mantém-se a busca por consultas voltadas para fins previdenciários e consultas para tratamentos ortopédicos. Há ainda um (1) único especialista para atendimento da rede SUS Municipal. Os exames de radiodiagnóstico neste ano estiveram mais equivalentes em quantidade e as solicitações de ortopedia, estiveram na casa das 333 solicitações de raio-x, no entanto, só se pode acompanhar o fluxo até maio de 2017. Dito isso, acrescenta-se que não se tem informações do quantitativo de autorizações deste procedimento no restante do ano; o exame continuou tendo

apenas um único local para execução: HRSSP. Neste ano, a especialidade de Oftalmologia, ficou indisponível por conta da saída do prestador da rede SUS, devido problemas de pagamento com a prefeitura municipal, de posse dessa informação houve uma menor busca pelo procedimento. Contrapondo a situação anterior, o exame de mamografia foi o quinto maior solicitado tendo 169 pedidos, para este procedimento houve inclusão de mais um local para realização do exame, o CRISMU que após reforma, recebeu novo maquinário para exames ultrassonográficos e um mamógrafo.

No ano de 2017 também houve aumento de solicitações para a especialidade de Neurologia, houve a inclusão de um novo médico para atendimento da demanda no centro de especialidades. Os exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética que estão atrelados tanto à Ortopedia quanto à Neurologia tiveram aumento no número de solicitações, no entanto, até a finalização da presente pesquisa, permaneceu apenas um único local para realização dos exames: HRSSP.

Para os atendimentos de consulta com Cirurgião Geral ocorreu um aumento nas solicitações, estas por sua vez foram diversificadas; as consultas, até então, eram realizadas no Hospital Municipal de Marabá (HMM) e no HRSSP. A especialidade de Cardiologia, por sua vez, teve redução em sua demanda e saindo da quinta posição em 2016 e ficando em nona no ano de 2017; a demanda desta especialidade foi sanada até maio de 2017, após isso novas demandas surgiram, no entanto, sem acompanhamento, devido as mudanças de fluxo regulatório; manteve-se apenas (1) especialista para atendimento.

Os exames de Ecocardiograma, Teste Ergométrico e Eletrocardiograma possuíam redução no número de solicitações, os exames acima citados estão diretamente relacionados à especialidade Cardiologia; o local para realização deste exame continuou sendo o HRSSP. As demais especialidades: Urologia, Dermatologia e Psiquiatria sofreram variações (aumento e diminuição), no entanto, ainda possuíam apenas (1) especialista para atendimento na rede SUS Municipal. Para Gastroenterologia e Fisioterapia houve redução no número de solicitações devido a falta de prestador. A especialidade de Otorrinolaringologia teve aumento em sua demanda, no entanto, a mesma sempre consegue fechar com resultados satisfatórios de atendimento durante o ano. Com a mudança do fluxo regulatório muitos pacientes que tinham suas solicitações até maio de 2017 tiveram que realizar novas consultas para renovação de pedidos já que mudaram-se os protocolos e formulários de preenchimento médico, isto de certa forma, não foi bem aceito por muitos pacientes que acabaram desistindo do atendimento pretendido. A (Tabela 4) abaixo apresenta o quantitativo dos procedimentos solicitados até maio de 2017.



**Tabela 4:** Percentual de pacientes atendidos até o mês de maio de 2017.

Procedimento	Demanda	Cota Ofertada	Cota Utilizada	Pendentes	Pacientes atendidos
Ultrassonografia	149	333	149	0	100%
Ortopedia	141	71	63	78	45%
Raio – x	149	55	55	94	37%
Oftalmologia	70	0	0	70	0%
Cardiologia	48	58	48	0	100%
Mamografia	50	35	28	22	56%
Fisioterapia	50	0	0	50	0%
Ecocardiograma	54	10	10	44	19%
Neurologia	76	47	47	29	62%
Cirurgia geral	40	10	10	30	25%
Dermatologia	48	34	34	14	71%
Gastroenterologia	17	0	0	17	0%
Teste ergométrico	31	10	10	21	32%
Ressonância magnética	37	20	20	17	57%
Eletrocardiograma	35	0	0	35	0%
Psiquiatria	26	18	18	8	69%
Urologia	41	18	18	23	44%
Tomografia Computadorizada	31	20	20	11	70%
Otorrinolaringologia	27	50	27	0	100%

**Fonte:** CSEZ (2017); Elaboração: RODRIGUES, L.S.

É possível analisar que dos procedimentos listados, os que não utilizaram a cota total ofertada foram: Ultrassonografia, Ortopedia e Mamografia, no entanto, houve a realização do exame de ultrassonografia, resolvendo totalmente a sua demanda até o mês de maio. Dos procedimentos que tiveram maior resolutividade até o mês de maio de 2017 estiveram em primeiro lugar a especialidade de Ultrassonografia tendo 100% de seus pacientes atendidos; em segundo Cardiologia com 100% dos atendimentos; na terceira posição esteve Otorrinolaringologia com 100% de suas solicitações atendidas; e, na quarta colocação Dermatologia com 71% de atendimentos realizados.

Em relação aos outros meses não foi possível obter informações de procedimentos realizados ou pendentes, devido a mudança de fluxo regulatório que ocorreu no início de junho de 2017. Por este fato a representação do percentual de atendimentos ficou incompleta. Os procedimentos com menor percentual, até então, continuaram com pouca quantidade de cotas ofertadas, as que foram disponibilizadas atingiram sua totalidade de atendimentos. A quantidade de especialistas permaneceu insuficiente até maio de 2017, havendo mudanças a partir do novo fluxo com inclusão de alguns médicos na rede SUS e também de novo local para realização do procedimento de mamografia.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar um fluxo regulatório e a forma de processar demandas em saúde torna-se um estudo de grande relevância para a investigação dos indicadores de saúde, assim como para o planejamento dos gestores em formular estratégias que visem a melhoria das condições de saúde da população. Ter uma visão clara da realidade de uma Unidade Básica de Saúde, com base na observação participante, traz uma carga de conhecimento da realidade vivenciada por aqueles que necessitam do atendimento público de saúde.

Entender a importância da Geografia da Saúde e seu objeto de estudo para esta pesquisa, ajuda numa melhor participação do meio acadêmico em produções científicas na área da saúde e no desenvolvimento de projetos extensivos para a população Marabaense. Compreender o Sistema Único de Saúde, seu processo histórico de fundação assim como os processos regulatórios, auxilia o trabalho dos profissionais de saúde e promove a busca por melhor capacitação profissional. Conhecer a área de abrangência das UBS, com suas características e limitações tem como objetivo levar às autoridades municipais o entendimento das questões de acessibilidade, escassez de recursos, barreiras geográficas, questões socioeconômicas e estrutura dos serviços de saúde.

Com base nos resultados apresentados durante a pesquisa pode-se tirar conclusões relacionadas aos impactos que o fluxo regulatório causa sobre o processamento das demandas gerando atraso nas respostas de solicitações feitas por usuários do SUS.

Primeiramente a pouca quantidade de cotas afeta no andamento da fila de espera que sempre possui pendências cumulativas dos meses anteriores, porém constatou-se que para alguns procedimentos, em determinados meses, houve sobra de cotas que não foram utilizadas. Em segundo, a indisponibilidade de alguns procedimentos que são demandados e não possuem cotas disponíveis para marcação. Em terceiro o número de médicos especialistas trabalhando na rede SUS é insuficiente para atender toda a demanda do centro de saúde e do município, já que se tem apenas um profissional para cada especialidade.

Sobre a dinâmica do setor de regulação constatou-se que o trabalho realizado pelos técnicos requer atenção e organização dos documentos cadastrados, o trabalho é todo manual o que as vezes dificulta a busca de determinado documento nas pastas arquivo, podendo ocorrer que algum procedimento seja protocolado ou arquivado de forma errada. Os técnicos em regulação utilizam telefone próprio para contato com os pacientes, não havendo telefone fixo e/ou celular fornecido pelo município.

Uma melhoria para este tipo de trabalho seria a implantação de sistemas informatizados para regulação, de maneira a organizar um banco de dados na UBS, com utilização de computadores, telefone e uso de internet. Em relação ao fluxo regulatório observou-se alguns problemas relacionados as informações dadas ao pacientes, por outros profissionais de saúde que trabalham em outras UBS; O Centro de Saúde Enfermeira Zezinha recebe pacientes dos diversos bairros da cidade de Marabá para atendimento clínico, no entanto, o cadastramento do procedimento do paciente deve ser realizado no posto de referência responsável pela área de abrangência onde o mesmo reside; o que ocorre é o desencontros de informação de como o paciente deve proceder e, em muitos casos, ele se dirige a unidade informada e lá recebe outra informação distorcida, fazendo com que o paciente se dirija para outros locais, não conseguindo resolver sua situação. Isso gera transtorno e impacta negativamente no processamento da demanda.

Dos problemas mais relevantes relacionados a regulação temos: a falta de informação tanto pelos profissionais de saúde das outras UBS quanto por outros técnicos em regulação, a falta de instrumentos informatizados para trabalho, tais como: telefone, computadores, internet. A desinformação do paciente que não sabe para onde ir, nem se referenciar no espaço, o não conhecimento sobre o funcionamento do fluxo regulatório. Para estes problemas apresentados sugere-se: realizações de oficinas, palestras sobre regulação nas UBS para a comunidade usuária do SUS, formação mensal com técnicos reguladores, maior interação e comunicação entre as UBS, panfletos informativos sobre localização das UBS com horários de funcionamento e nome dos responsáveis pelo setor de regulação, podendo ser veiculados em redes sociais e mídia local.

Os fluxos regulatórios adotados nos anos de 2016 e 2017 diferenciam-se dos modelos propostos pelo Ministério da Saúde. Verifica-se que no primeiro fluxo de 2016 temos uma regulação onde o processamento da demanda é realizado por cotas recebidas, neste sentido, observou-se a que os procedimentos classificados como prioridades (gestantes, idosos, crianças, deficientes, hipertensos, diabéticos, etc.) acabam ocupando a maioria das vagas disponibilizadas no mês e fazem com que os procedimentos eletivos fiquem em segundo plano, ocasionando o atraso deste tipo de solicitação; foi observado também que a avaliação técnica ocorre apenas pelos técnicos reguladores que realizam a triagem analisando a gravidade descrita em cada solicitação sem a presença de um médico regulador, onde no diálogo com os pacientes, os técnicos conseguem abstrair situações mais delicadas de maneira a priorizar atendimentos. Neste modelo o processamento da demanda impacta diretamente no andamento do fluxo regulatório.

Em 2017 temos a mudança de fluxo regulatório que ocorre a partir do mês de junho, esta modificação de fluxo trouxe muitas consequências positivas e negativas, com a alteração houve a reorganização do caminho a ser percorrido até a o atendimento da solicitação. Primeiramente os pacientes que tinham solicitação anterior ao mês de junho deveriam realizar novas consultas para renovação de suas solicitações. Mudaram-se protocolos de atendimento e houve inserção de formulário específico para preenchimento dos médicos.

Dos pontos positivos podemos falar da inserção de novas especialidades na rede SUS, até então, indisponíveis no ano anterior e a criação de um Centro de Especialidades Integradas. Por outro lado, o fluxo regulatório tornou-se mais complexo, o ponto negativo é que o setor de regulação que antes tinha controle sobre o procedimento do paciente não tem mais como acompanhar oferta de vagas e status de procedimentos como realizado ou pendente, ficando à disposição do CEI.

O procedimento do paciente pode seguir dois caminhos: CR – para exames ou CEI – para consultas com especialista. Se a solicitação for enviada para o CEI, a mesma é avaliada pelos médicos especialistas que lá atendem, podendo ser negada ou aprovada; se for aprovada o paciente recebe ligação para atendimento, se negada a solicitação é devolvida para o centro de saúde e o paciente deve reiniciar o processo. Este processo devolutivo, em alguns casos acaba ocorrendo de forma errada por parte dos técnicos do CEI, que verificam na solicitação apenas a unidade em que o paciente realizou atendimento clínico, e não observam o local onde o paciente realizou o cadastramento de sua solicitação pela área de abrangência; isto resulta em extravios de solicitações que se perdem no processo. No entanto, se a solicitação é encaminhada para a CR, como exame, a mesma é avaliada e agendada, o paciente recebe ligação informando data e horário de atendimento.

Este tipo de regulação acaba não sendo muito eficaz pela demora nas avaliações que ocorrem no prazo de 30 até 120 dias, e também por estes procedimentos não serem avaliados por médicos reguladores próprios. Neste modelo adotado o fluxo regulatório impacta diretamente no processamento da demanda.

As demais considerações referem-se a área de abrangência do CSEZ, percebe-se que a UBS é responsável por uma área muito extensa e isso acaba resultando em um fluxo tumultuado, de demandas elevadas; o ideal seria a reorganização da delimitação das áreas de abrangência e a abertura de novas UBS na Nova Marabá. Esta pesquisa deixa espaço para novas abordagens em saúde, como: acessibilidade aos serviços de saúde, estudo sobre endemias, levantamentos de perfil demográfico, econômico e social dos usuários do SUS, mapeamento e localização dos serviços de saúde, dentre outros temas afins.

## REFERÊNCIAS

- ALIEVI, A.A.; PINESE, José Paulo Peccinini. **A Geografia da Saúde no Brasil: Precedentes Históricos e Contribuições Teóricas**. In: XIV Encuentro de Geógrafos de América Latina. Reecuentro de Saberes Territoriales Latinoamericanos, 2013, Lima - Peru. Disponível em: <<http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal14/Geografiasocioeconomica/Geografiamedica/01.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2017.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.
- CARLOS, Ana Fani Alessandri. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: FFLCH, 2007, 85p.
- CORREIA, M. C. (1999). **A Observação Participante enquanto técnica de investigação**. Pensar Enfermagem, 13(2), 30-36.
- CORRÊA, R. L. **Território e corporação**: um exemplo. In: SANTOS, M; SOUZA, M.A.A.; SILVEIRA, M.L. Território, globalização e fragmentação. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- COSTA, Caroli Gugel. **Urgência, Emergência e Casos Eletivos**: conheça a diferença, 2014. Disponível em: <<http://jeacontece.com.br/?p=102622/>>. Acesso em: 09 fev. 2017.
- DALLABRIDA, V. R. **Novos Paradigmas para o desenvolvimento regional**. 1999. Disponível em: <<http://www.dge.uem.br/geonotas/vol3-1/dala.html>>. Acesso em: 12 fev. 2017
- DUTRA, Denecir Almeida. **Geografia da Saúde no Brasil**: Arcabouço teórico-epistemológico, temáticas e desafios. 2011. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Paraná, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Francisco de Assis Mendonca.
- FIGUEIREDO NETO, M. *et al.* **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas**. Âmbito Jurídico, v. 76, p. 7781, 2010.
- GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde urbana**: velho tema, novas questões. Terra Livre, São Paulo, v. 17, p. 155-170, 2001.
- HAESBAERT, R. **Territórios alternativos**. Niterói: Ed da UFF; São Paulo: Contexto, 2002.

IUNES, Roberto. “**Demanda e Demanda em Saúde**”, in Sergio F. Piola; Solon M. Vianna (orgs.), *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília, IPEA, 1995.

JUNQUEIRA, R. D. **Geografia médica e geografia da saúde**. *Hygeia*, 5 (8): 57-91, jun, 2009.

MARGOTTA, R. **História ilustrada da medicina**. 1ªed. São Paulo: Manole Ltda. 1998.

MARTINS, Lilian Al-Chueyr Pereira; MARTINS, Roberto de Andrade. **Os miasmas e a teoria microbiana das doenças**. *Scientific American História*, São Paulo, v. 6, p. 68 - 73, 16 out. 2006.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde**: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Impresso)*, v. 21, p. 77-92, 2014.

MENDONCA, C. S.; Reis. **A Política de Regulação no Brasil - Série Técnica** Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. 1. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2006. v. 1000. 115 p.

MONICO, L. *et al.* **A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa**. *CIAIQ*, v.3 n. 12 a 14, jul. 2017. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1447>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

OLIVEIRA, R. R; ELIAS, P. E. **Os conceitos de regulação em Saúde no Brasil**. *Revista de Saúde Pública (Impresso)*, v. 46, p. 571, 2012.

PEITER, P. C. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, IGEO/PPGG. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/ PPGG, 2005.

PEREHOUSKEI, Nestor Alexandre; BENADUCE, Gilda Maria Cabral . **Geografia da Saúde e as Concepções sobre o Território**. *Gestão e Regionalidade*, v. 23, p. 34-44, 2007.

PEREHOUSKEI, Nestor Alexandre. **Abrangência das unidades básicas de saúde – a percepção da comunidade nos bairros universo e pinheiros no município de Maringá – PR – 2001 a 2005**. Dissertação (Mestrado em geografia) – Universidade Estadual de Maringá, 2005.

PEREIRA, J. **Economia da Saúde. Glossário de termos e conceitos**. 4 ed. Lisboa/PT: APES, 2004. 51 p. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/323561316\\_Economia\\_da\\_Saude\\_um\\_glossario\\_d\\_e\\_termos\\_e\\_conceitos](https://www.researchgate.net/publication/323561316_Economia_da_Saude_um_glossario_d_e_termos_e_conceitos)>. Acesso em: 12 jun. 2017.

SANTOS, F. P.; MERHY, Emerson Elias. **A regulação pública da saúde no estado brasileiro - UMA REVISÃO**. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v. 10, p. 25-41, 2006.

SOUZA, R.R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).