



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Rosiane Kniess

**ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEXIDADE NA
MACRORREGIÃO DE FLORIANÓPOLIS:
AVALIAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO**

**Florianópolis/SC
2015**

Rosiane Kniess

**ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEXIDADE NA
MACRORREGIÃO DE FLORIANÓPOLIS: AVALIAÇÃO DA
REGULAÇÃO DO ACESSO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Josimari Telino de Lacerda

Florianópolis/SC
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da
UFSC.

Kniess, Rosiane.

K69a Assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis: avaliação da regulação do acesso /, Rosiane Kniess; Orientadora, Josimari Telino de Lacerda. - Florianópolis, SC, 2015. 135p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Avaliação. 2. Regulação. 3. Acesso. 4. Oncologia. I. Lacerda, Josimari Telino de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



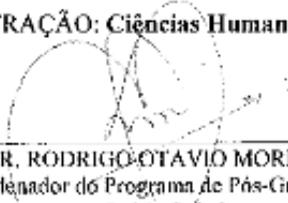
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Assistência oncológica de alta complexidade na macrorregião de Florianópolis: avaliação da regulação do acesso”

ROSIANE KNISS

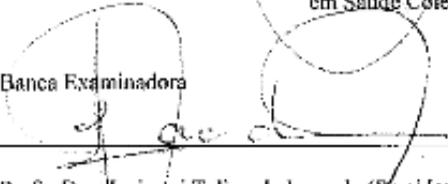
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE: MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas

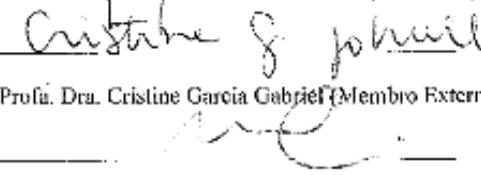


PROF. DR. RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

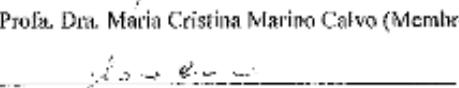
Banca Examinadora



Profa. Dra. Josimari Telino de Lucerda (Presidente)



Profa. Dra. Cristine Garcia Gabriel (Membro Externo)



Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo (Membro)



Profa. Dra. Sônia Natal (Membro)

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a Deus, pela presença e amparo imprescindíveis em todos os momentos de minha vida.

Aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicional durante esta caminhada e sempre.

Agradeço a minha orientadora Professora Josimari Telino de Lacerda pela atenção dedicada nesta jornada, que foi permeada por grandes momentos de aprendizado e crescimento pessoal.

Aos professores do Departamento de Saúde Pública, e em especial as Professores Sônia Natal, Maria Cristina Calvo e Claudia Fleming e ao Professor Douglas Kovaleski, que contribuíram através de suas participações nas bancas examinadoras para ampliar meus conhecimentos.

As minhas colegas de trabalho na GEAUD, que entenderam a importância deste processo em minha vida e me ajudaram a conciliá-lo com os compromissos junto a Secretaria Estadual da Saúde.

As demais colegas da Secretaria Estadual da Saúde, pelos conhecimentos e experiências compartilhadas.

A equipe de trabalho do Complexo Regulador Estadual, em especial Elisandra Tomazi e Geraldo Azzolini pelas contribuições e suporte técnico, que foram fundamentais para à execução desta pesquisa.

KNISS, Rosiane. **Assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis**: avaliação da regulação do acesso. 2015. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Prof^a Dr^a Josimari Telino de Lacerda

RESUMO

O princípio da equidade no acesso orienta os sistemas de saúde de vários países, tornando-se um grande desafio quando se trata de doenças de grande magnitude, como o câncer. No Brasil este é caracterizado como problema de saúde pública, devido à alta incidência, mortalidade e dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento. A adequação do planejamento e avaliação do setor saúde aliada a construção de redes assistenciais articuladas e ao fortalecimento da regulação do acesso na assistência oncológica tornam-se imperativos. A proposta desta pesquisa foi avaliar a regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis à luz dos critérios normativos preconizados no âmbito do SUS. A pesquisa envolveu duas etapas: proposição do modelo avaliativo e o estudo de caso. O modelo avaliativo considerou as normativas da atenção ao câncer e regulação do acesso dentro da estruturação de um modelo de atenção a saúde e serviços integrados e articulados em redes. Para sua elaboração realizou-se uma revisão bibliográfica e documental que orientou uma proposta inicial analisada, discutida e validada por experts da área de avaliação em saúde, regulação e oncologia em oficinas de consenso, num total de sete participantes. O modelo final foi composto por 14 indicadores que analisam aspectos de estrutura, processo e resultados da regulação do acesso agrupados em duas dimensões: Condição de Trabalho e Adequação da Regulação. A matriz avaliativa orientou a coleta de dados primários e secundários no estudo de caso. Utilizou-se como fonte de dados primários as informações coletados junto ao gestor, reguladores e trabalhadores do Complexo Regulador Estadual de Santa Catarina. Os dados secundários foram obtidos em bancos de informação e documentos do setor de regulação da Secretaria de Estado da Saúde. O método de triangulação de dados orientou a análise dos dados confrontados entre si e a matriz avaliativa. Os achados da pesquisa

apontam que a atuação do Complexo Regulador Estadual na regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis encontra-se em processo incipiente e de transição e que sua capacidade de ofertar respostas às necessidades de saúde dos pacientes está aquém do seu potencial. Destaca-se a fragilidade na operacionalização e adoção do Sistema de Informação e Regulação e na disponibilização de informações para instrumentalizar a tomada de decisões do gestor estadual na atenção oncológica de alta complexidade. Espera-se que o desenvolvimento desta pesquisa suscite reflexões quanto às contribuições que a institucionalização da avaliação em saúde pode promover nos saberes e práticas de trabalho e na qualidade da assistência ofertada à população.

Palavras Chaves: Avaliação. Regulação. Acesso. Oncologia.

ABSTRACT

The principle of equal access guides the health systems of many countries, becoming a major challenge when it comes to high magnitude of disease, such as cancer. In Brazil this is characterized as a public health problem due to high incidence, mortality and difficulties in access to diagnosis and treatment. The adequacy of planning and evaluation of the health sector together with the construction of coordinated care networks and strengthening the regulation of access in cancer care becomes imperative. The purpose of this study was to evaluate the regulation of access to cancer care in highly complex macro-region of Florianópolis in the light of normative criteria recommended by SUS. The research involved two stages: proposition of the evaluation model and the case study. The evaluation model considered normative attention to cancer and regulation of access within the structure of a model of attention to health and integrated and coordinated services in networks. For its preparation took place a bibliographical and documentary review that guided an initial proposal analyzed, discussed and validated by experts in health assessment area, regulation and oncology consensus workshops, a total of seven participants. The final model was composed of 14 indicators that analyze aspects of structure, process and results of the regulation of access grouped into two dimensions: Working Condition and Regulation of adequacy. The evaluative matrix guided the collection of primary and secondary data in the case study. It was used as a source of primary data, the information collected from the Manager, regulators and employees of the Complex State Governor of Santa Catarina. Secondary data were obtained from information databases and documents of the regulatory sector of the State Health Secretariat. The data triangulation method guided data analysis confronted each other and evaluative matrix. The research findings show that the performance of the State Regulatory System in the regulation of access to cancer care in highly complex macro-region of Florianópolis, is in incipient process and transition and their ability to offer answers health needs of patients, it falls short of its potential. It highlights the weakness in the implementation and adoption of SISREG and providing information to equip decision-making of the state manager in cancer care of high complexity. It is expected that the

development of this research raise reflections about the contributions that health evaluation institutionalization can promote the knowledge and work praxis and quality of care provided to the population

Key words: Evaluation. Regulation. Access. Oncology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha do tempo da atenção oncológica no Brasil da década de 1930 a 2000.....	40
Figura 2: Fluxo do Complexo Regulador via Sistema Nacional de Regulação (SISREG).....	46
Figura 3: Fluxo de Atendimento Eletivo Regulado com Autorização Prévia.....	46
Figura 4: Fluxo de Atendimento Eletivo Regulado Sem Autorização Prévia.....	47
Figura 5: Operacionalização da Política Estadual de Regulação no Estado de Santa Catarina.	50
Figura 6: Modelo Teórico Lógico da Avaliação da Regulação do Acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.....	59

Artigo:

Figura 1: Modelo Teórico Lógico da Avaliação da Regulação do Acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.....	72
--	----

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Relação de procedimento/habilitação por estabelecimento de saúde e município da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2012.....48
- Quadro 2 -** Síntese da Matriz Avaliativa da Regulação do Acesso À Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.61

ARTIGO

- Quadro 1 -** Matriz de análise da Regulação do Acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.73
- Quadro 2 -** Matriz de julgamento da Regulação do acesso a Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agentes Comunitárias de Saúde
APAC	- Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo
AIH	- Autorização de internações hospitalares
BIREME	- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CER	- Centrais Estaduais de Regulação
CEPON	- Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
CNS	- Cadastro Nacional de Usuários
CONASS	- Colegiado de Secretários Estaduais de Saúde
CR	- Complexo Regulador
DATASUS	- Departamento de Informática do Ministério da Saúde
GINI	- Parâmetro internacional usado para medir a desigualdade de distribuição de renda entre os países.
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
NOB	- Normas Operacionais Básicas
NOAS	- Normas Operacionais de Assistência à Saúde
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PNAO	- Política Nacional de Atenção Oncológica
PNAD	- Pesquisa Nacional de Amostra e Domicílio
PPI	- Programação Pactuada e Integrada
PCC	- Programa de Controle do Câncer
PRO-ONCO	- Programa de Oncologia
SISREG	- Sistema de Informação em Regulação
SCIELO	- <i>Scientific Electronic Library Online</i> [Projeto Consolidado de Publicação Eletrônica de Periódicos]

Científicos]

- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCU - Tribunal de Contas da União
- TFD - Tratamento Fora Domicílio
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

PARTE 1 – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO.....	23
1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos Específicos.....	29
3 REVISÃO TEÓRICA	31
3.1 ACESSO À ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA.....	31
3.1.1 A Política Nacional Para Prevenção e Controle do Câncer no SUS	37
3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO NO SUS	41
3.2.1 Regulação do Acesso	43
3.2.2 A Regulação do acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade em Oncologia na Macrorregião de Florianópolis	48
3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	50
3.3.1 Estudos de Avaliação da Regulação em Saúde	53
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	57
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	57
4.2 MODELO AVALIATIVO	57
4.3 MATRIZ AVALIATIVA.....	60
4.4 ESTUDO DE CASO	61
4.4.1 Informantes chaves	62
4.4.2 Coleta de dados.....	62
4.4.3 Análises dos Dados	63
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	63
PARTE 2 - ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO	67
Artigo: Assistência Oncológica de Alta Complexidade: avaliação da regulação do acesso.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	93

REFERÊNCIAS GERAIS.....	95
APÊNDICES	105
APÊNDICE A - Rationale dos indicadores e medidas da matriz avaliativa da regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis.....	107
APÊNDICE B - Questionários 1 e 2.....	117
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista	123
ANEXOS.....	127
ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (UFSC).....	129
ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (SES/SC)	132
ANEXO C: Declaração de Anuência e Autorização da Instituição ..	134
ANEXO D: Termo de consEntimento para Uso de Arquivos Registros e Similares	135

APRESENTAÇÃO

Este documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua o projeto de pesquisa ampliado e um artigo formatado a ser encaminhado para uma revista especializada da área.

Atendendo a essa determinação, esta dissertação está apresentada em duas partes:

PARTE I - Projeto de pesquisa ampliado: apresentado e aprovado pela banca examinadora de qualificação, incluindo: introdução, objetivos, revisão teórica e procedimentos metodológicos.

PARTE II - Artigo científico inédito: já formatado de acordo com as normas da revista Cadernos de Saúde Pública, com os resultados da pesquisa, discussão e considerações finais.

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública construída em um contexto de dimensões políticas, tecnológicas, ideológicas e sociais. As rápidas modificações vivenciadas pela sociedade contemporânea, como o processo de urbanização populacional, a industrialização, avanços da ciência e novos estilos de vida e de exposição a fatores de risco próprios do mundo desenvolvido, proporcionam um cenário que aponta a necessidade de organização da atenção à saúde e ampliação do acesso aos serviços, constituindo-se estes nos principais desafios para os gestores do Sistema Público de Saúde (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Neste panorama, constitui-se como desafio na saúde pública a mudança gradativa do perfil demográfico e epidemiológico da população, com destaque para o envelhecimento e a alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Esse quadro imprime a convivência prolongada dos usuários com os profissionais de saúde, a continuidade da assistência, integralidade do cuidado, articulação entre os serviços dos diversos níveis de atenção, bem como a inclusão assistencial de um grande contingente populacional (BADUY et al., 2011).

Entre as doenças crônicas encontra-se o câncer, que representa de forma genérica um conjunto de mais de cem enfermidades, que abrangem neoplasias malignas de diferentes localizações. Corresponde à segunda causa mundial de morte por doença, assumido como um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde estima o aumento dos números de casos novos de câncer, podendo chegar a 9 milhões em 2015 e 21,4 milhões em 2030 (INCA, 2012).

No Brasil, semelhante ao ranking mundial, esta patologia corresponde à segunda causa de morte por doença e é responsável por cerca de 17% dos óbitos por causas conhecidas. As estimativas para o ano de 2014, válidas também para 2015, apontam para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema no país (INCA, 2012).

Diante desse quadro, torna-se evidente a necessidade de arranjos político-organizacionais voltados à construção de uma rede de

assistência oncológica articulada, com uma organização adequada da oferta de serviços e a equidade no acesso, capazes de assegurar uma assistência à saúde baseada nos princípios norteadores do SUS.

Sabe-se que, apesar de as neoplasias serem conceitualmente fatais, o avanço tecnológico e científico demonstrou ser possível a cura e o aumento da sobrevida dos pacientes acometidos pela maioria de tipologias dessa doença, desde que o diagnóstico e tratamento terapêutico sejam realizados o mais precocemente possível (INCA, 2012).

Pautado nessa lógica, foi estabelecida em 2005 a Portaria GM nº 2.439, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), visando à integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer (BRASIL, 2005).

A partir da promulgação desta Política, novas medidas foram adotadas para o enfrentamento do câncer, como a ampliação do acesso a exames diagnósticos, a tratamentos de média e alta complexidade e de reabilitação, aumentando a sobrevida dos pacientes e exigindo paralelamente novas estratégias de formulação de modelos de atenção à saúde nesta especialidade. A Política Nacional de Atenção Oncológica foi recentemente substituída pela Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS, Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013a). Esta nova política objetiva superar as lacunas existentes na anterior. Preconiza que a prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e atenção que os serviços assistenciais.

A Política atual, foi estruturada na lógica das Redes de Atenção à Saúde no SUS e visa melhorar a qualidade de vida dos usuários, reduzir a mortalidade, incidência e condições incapacitantes causadas pelo câncer, através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos, que devm ser ofertadas dentro de um modelo de atenção e serviços integrados e articulados em rede (BRASIL, 2013a).

Para tanto, prevê que os distintos pontos de atenção à saúde devem garantir tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender às regiões de saúde, através de definições mínimas de competências, responsabilidades e articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, que são: atenção básica, atenção domiciliar, atenção especializada, atenção ambulatorial, atenção hospitalar, sistemas de apoio, de governança, logístico e de regulação. A regulação, na política em vigor, assume papel essencial para a organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes

ao cuidado das pessoas com câncer (BRASIL, 2013a).

No Estado de Santa Catarina, a construção da Rede de Atenção Oncológica se deu através do Plano Estadual de Oncologia. Aprovado em 2001 pela Comissão Intergestores BIPARTITE, foi publicado em 2007 sob coordenação da Secretaria Estadual da Saúde em conjunto com técnicos do CEPON e constituiu-se no primeiro documento organizador e ordenador deste processo, de 2007. Tem como principal objetivo definir as políticas de saúde direcionadas ao câncer e os serviços que podem ser credenciados como referência para o atendimento da oncorede. Este plano aponta para a necessidade de se estabelecer mecanismos de regulação do acesso, de controle, avaliação e auditoria dos serviços e da Gestão da Rede de Atenção Oncológica e que essas ações de acompanhamento e avaliação devem ser desencadeadas de forma sistemática, assegurando a eficiência, a eficácia e a efetividade da assistência ofertada. (SANTA CATARINA, 2007).

Destaca-se que para Silva, (2004, p.78) a *eficiência* pode ser conceituada como “a relação existente entre os resultados obtidos em uma atividade dada e os recursos empregados”; a *eficácia* como o “impacto ou efeito de uma ação levada a cabo em condições ótimas ou experimentais” e a *efetividade*, “considerada o nível em que se alcança um determinado impacto, resultado, benefícios ou efeito real por causa da aplicação prática de uma ação sob condições habituais”.

Um estudo de Avaliação e Acompanhamento da Implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica, realizado em sete entes federados do Brasil, aponta que na prática, permanecem nos Estados, incluindo o de Santa Catarina, lacunas na Gestão da Atenção Oncológica relacionadas a ofertas de serviços, demandas reprimidas para exames diagnósticos, radioterapias e cirurgias, bem como a falta de tempestividade no acesso, ou seja, o atendimento do usuário, no tempo oportuno para sanar suas necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

Destaca-se, de modo geral, como fatores contributivos para estes entraves, a carência de profissionais médicos especialistas nesta área, inexistência de indicadores confiáveis, estrutura deficiente da rede, despreparo da atenção primária para rastrear precocemente o câncer e a incipência do sistema de regulação assistencial. Ressalta-se ainda, que as fragilidades na regulação, devem-se ao fato deste sistema estar na maior parte dos estados avaliados em processo de implantação ou consolidação e com operacionalização não instrumentalizada plenamente por protocolos operacionais, dificultando dessa forma a organização da gestão dos serviços e consequentemente o acesso dos pacientes (BRASIL, 2010a).

A real efetivação da regulação demanda posicionamento, vontade política e conscientização de que as ações regulatórias podem permitir através da adequação do modelo de atenção à saúde, da melhoria do controle financeiro, da ampliação do acesso aos serviços e a qualificação do SUS.

Diante do exposto, a proposta desta pesquisa foi avaliar se a regulação do acesso à assistência oncológica está implantada na Macrorregião de Florianópolis de acordo com os critérios normativos preconizados pela Política Nacional de Regulação do SUS, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1.559/2008, que busca reforçar as funções de gestão; otimizar recursos de custeio da assistência; qualificar o acesso e proporcionar aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde

O recorte da pesquisa foi a alta complexidade em oncologia, que envolve procedimentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia, sem os quais se torna inviável na maior parte dos casos, a continuidade dos tratamentos nesta especialidade e por envolverem grandes investimentos de recursos públicos na oferta e manutenção dos serviços. A escolha da região do estudo deve-se ao fato desta concentrar grande parte das instituições que ofertam serviços de Alta Complexidade pelo SUS, e ser referência de atendimento para todo o Estado de Santa Catarina. Ao mesmo tempo, espera-se, que o resultado deste estudo possa fornecer subsídios para a gestão pública do sistema de regulação da atenção oncológica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Regulação do Acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir o modelo avaliativo para a avaliação normativa da regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis;
- Determinar a adequação da Regulação do Acesso à Assistência Oncológica na Macrorregião de Florianópolis aos critérios normativos preconizados pela Política Nacional de Regulação do SUS.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 ACESSO À ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA

O princípio da equidade no acesso orienta os sistemas de saúde de vários países e varia de forma expressiva em função da sua configuração. Com o intuito de aprofundar esta discussão, buscamos na literatura estudos que abordassem o acesso no tocante a aspectos como: tempestividade, associação entre tempo de sobrevivência versus tempo de diagnóstico e sua relação com fatores sócio-econômicos.

Ao buscarmos na literatura Pesquisas apontam que nos sistemas norte-americano e mexicano, onde há forte participação do setor privado e a cobertura à saúde não é universal, observam-se maiores desigualdades, seja pela considerável parcela da população que não tem acesso a nenhum serviço, seja pelas desigualdades que se observam entre a própria população formalmente segurada ou na abrangência da cobertura dos sistemas de proteção à saúde a que cada segmento tem acesso (NORONHA; UGÁ, 1995).

Na União Européia o acesso orienta-se pelo princípio de equidade horizontal, ou seja, operacionaliza-se como igualdade de tratamento para necessidades iguais. Os serviços são prestados segundo a presença de necessidade e financiados de acordo com a capacidade e aporte de recursos. Esse padrão é particularmente encontrado na Inglaterra, país com um sistema de saúde pautado pela universalidade do acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Ressalta-se que na Comunidade Européia, onde os serviços visam à eficiência macroeconômica através da oferta de melhores resultados com menores gastos, observam-se melhores índices de eficiência no acesso a serviços de saúde, se comparado aos países com cobertura por seguros sociais (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

No Brasil, o sistema de saúde é formado por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços divididos em três subsetores: o subsetor público (serviços são financiados e providos pelo Estado), o subsetor privado (serviços são financiados com recursos públicos ou privados) e o subsetor de saúde suplementar (com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais). Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas

estão interconectados e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM et al., 2011).

Travassos et al., (2000), relataram que há no país uma distribuição do cuidado médico favorável à população com maior renda e que quando a comparação foi regional, os indivíduos localizados em regiões mais ricas, controladas as mesmas variáveis, teriam maiores chances de utilização dos serviços.

Viacava et al., (2001), ao estudarem a existência de desigualdade social na utilização de serviços de saúde segundo gênero, concluíram que indivíduos com maior escolaridade, empregadores ou assalariados com carteira assinada e de cor branca apresentam chances mais elevadas de procurar serviços de saúde.

Palermo (2005) ao pesquisar sobre a desigualdade de acesso a serviços de saúde na região Sul, evidencia que, embora esta possua o mais baixo índice de Gini do país, permanecem diferenças no acesso dos indivíduos a serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme o decil de renda. Tal discrepância justifica-se pelo grande número de pessoas vinculadas aos planos de saúde, que possuem na sua maioria vinculações empregatícias e não enfrentam na mesma proporção que os usuários do SUS as barreiras econômicas e organizacionais para atendimento de saúde.

Corroborando o exposto, Néri e Soares (2002), identificaram que indivíduos, com cobertura de planos de saúde e residentes em área mais desenvolvidas, são também os que mais procuram e utilizam os serviços de saúde, quando dele necessitam. Os mais ricos procuram cada vez mais o sistema para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto os mais pobres preferencialmente para tratar doenças.

Para Viacava (2010) os resultados da análise dos dez anos de informação sobre acesso e uso de serviços de saúde, apontam para grandes variações no acesso e no uso dos serviços de saúde, provavelmente decorrentes de mudanças no contexto socioeconômico e na política de atenção à saúde. O maior aumento no acesso é observado na população residente nas regiões mais carentes. As diferenças no perfil do pagamento dos serviços para pessoas situadas no primeiro e no último quintil de renda familiar per capita indicam que, na prática, existem dois sistemas completamente distintos. Enquanto os planos de saúde financiaram a maior parte dos atendimentos dos mais ricos, cresceu a importância do SUS no pagamento dos serviços dos mais pobres. Mas, também entre os mais ricos, nota-se um aumento da participação do SUS e do desembolso no momento da utilização dos

serviços.

Um estudo sobre os avanços e desafios no sistema de saúde brasileiro realizado com dados da Pesquisa Nacional de Amostra e Domicílio (PNAD) constatou que antes da criação do SUS, em 1981, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmavam ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Contudo, esse número ainda é baixo quando comparado ao dos países mais desenvolvidos, que varia de 68%, nos EUA, a mais de 80% em países como Alemanha, França e Canadá. Em 2008, 76% das pessoas no grupo de renda mais alta afirmaram ter consultado um médico, em comparação com 59% das pessoas no grupo de renda mais baixa, o que mostra a existência de desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica (PAIM et al., 2011).

Estas constatações são corroboradas com o estudo de Tozatti (2012) que ao avaliar as desigualdades socioeconômicas na prevalência de doenças crônicas no Brasil identificou diferenças significativas entre adultos e segundo grau de escolaridade, sendo que os menos escolarizados apresentaram maior chance de reportar as 12 doenças crônicas analisadas. Observou ainda padrão semelhante, porém com menor magnitude de desigualdade, para renda. As maiores chances de doenças crônicas nos mais desprivilegiados foram observadas para câncer, diabetes e tendinite/tenossinovite. A autora concluiu que em nosso país há marcante desigualdade socioeconômica na ocorrência de doenças crônicas, demandando a necessidade de formulação e monitoramento de políticas públicas que visem reduzir estas iniquidades.

Miquilin et al., (2013), estudando trabalhadores de 18 a 64 anos (N = 152.233) com o objetivo de analisar se o tipo de vínculo de trabalho está associado às diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde, concluíram que comparadas às pessoas com vínculo formal n = 76.246 (50,1%), aquelas com vínculo informal n = 62.612, (41,1)% e desempregadas n = 13.375, (8,8%) apresentaram menor escolaridade, menor renda mensal, pior estado de saúde autorreferido, maior frequência de "acamado nas duas últimas semanas", maior dificuldade de acesso e menor procura e uso dos serviços de saúde, mesmo após ajuste para sexo, faixa etária, região, escolaridade e informante.

Alguns autores consideram que o acesso indica o grau de ajuste entre os recursos humanos e tecnológicos utilizados e o problema de

saúde da pessoa (DONABEDIAN, 1973). Outros autores refletem que o acesso não deve se limitar às etapas de procura e entrada no serviço de saúde, mas abranger também a qualidade do cuidado, e o seu resultado. Nessa perspectiva o acesso deve incluir a utilização dos serviços de acordo com a necessidade da pessoa, em tempo e local apropriado (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Nessa lógica, fica evidente que a solução para as lacunas existentes no acesso à assistência, perpassa o adequado planejamento e avaliação do setor saúde, bem como a construção de redes assistenciais que levem em conta a regionalização do atendimento, as distâncias percorridas pelos usuários na busca pela assistência e os volumes envolvidos nesse deslocamento.

Os desafios relacionados à equidade no acesso à assistência tornam-se ainda mais complexos quando se trata de doenças como o câncer, considerada de grande magnitude devido a alta incidência, mortalidade por essa patologia e pelas dificuldades enfrentadas pelos gestores em garantir o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento da doença (OLIVEIRA et al., 2011).

O problema do câncer tem conquistado espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo no Brasil. Tanto pela compreensão de que o enfrentamento do câncer deve ser feito pelo exercício da intersectorialidade, através de ampla negociação entre os gestores, como pela compreensão de que o conhecimento da situação epidemiológica dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma equânime para a modificação positiva desse cenário na população brasileira (INCA, 2012).

Sabe-se que a efetividade do tratamento do câncer varia de forma significativa conforme a localização da doença e os fatores sociais envolvidos, e um dos aspectos fundamentais para a cura ou ampliação da sobrevivência dos pacientes acometidos por essa doença é o acesso rápido à melhor terapêutica disponível.

Em países desenvolvidos o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento em estudos realizados é de aproximadamente 30 dias. Montella et al., (2001), estudando mulheres italianas com câncer de mama, mostraram que 64% das pacientes foram submetidas a tratamento definitivo em menos de três meses após o início da procura médica especializada.

Pesquisa realizada pelo Tribunal de Contas da União, comparando à tempestividade de acesso à atenção oncológica entre o Brasil e outros países, aponta que no Reino Unido, em 2007, mais de 99% de pacientes receberam seu primeiro tratamento para câncer dentro

de um mês a contar do diagnóstico. Já em dez províncias canadenses avaliadas no período de abril a setembro de 2009, ao menos oito delas, 88% dos pacientes iniciaram radioterapia dentro do prazo de 28 dias de espera (BRASIL, 2010a).

No Brasil, divergindo dessa realidade, o resultado das análises das APACS (Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade) de quimioterapia processadas no SIA/SUS em 2010, indicou que o tempo médio de espera entre a data do diagnóstico e o início do tratamento foi em média de 76,3 dias e que apenas 35% dos pacientes que se enquadravam nas condições definidas para a análise, conseguiram iniciar seu tratamento nos primeiros 30 dias a partir do diagnóstico. Os indicadores calculados para a tempestividade da radioterapia mostraram resultados mais alarmantes, uma vez que o tempo médio de espera calculado entre a data do diagnóstico e o início dos tratamentos foi de 113,4 dias e apenas 15% dos pacientes conseguiram iniciar seus tratamentos nos primeiros 30 dias a partir do diagnóstico (BRASIL, 2011a).

Um estudo sobre a acessibilidade aos serviços de saúde de pacientes com câncer de mama no município de Goytacazes (RJ) revelou que nas mulheres pesquisadas, o maior atraso na condução do caso ocorreu entre a suspeita clínica e a primeira consulta com o especialista no hospital de referência, em média 8,36 meses. E que a maior demora no diagnóstico está relacionada a estádios mais avançados da doença, comprometendo a eficácia dos tratamentos prestados a estas pacientes (RODRIGUEZ; GIVISIEZ, 2010).

Ao buscarmos estudos direcionados a questão do acesso à assistência oncológica no Estado de Santa Catarina, observou-se a existência de um número reduzido destes. Foram localizados na sua maioria estudos que abordam a problemática do câncer de mama e um envolvendo câncer de pâncreas, demonstrando a necessidade de se ampliar as pesquisas nesta área.

Schneider e D'orsi, 2009 analisando a sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, apontaram que a taxa de sobrevida geral neste período foi de 76,2% (IC95%: 73,6-78,9). Os fatores independentes associados ao maior risco de óbito foram faixa etária menor de 30 anos; mulheres analfabetas; com estadiamento III e IV. Concluiu-se também, que mulheres jovens são aquelas com piores taxas de sobrevida e que existem muitas mulheres sendo diagnosticadas em estádios avançados, tendo uma sobrevida pior, demonstrando a necessidade de se ampliar as ações de diagnóstico precoce nesta especialidade.

Já Müller e Sperandio (2012) analisando, através de um estudo transversal, o perfil demográfico e fatores associados de mulheres com câncer mama em tratamento radioterapêutico na Grande Florianópolis, entre os anos de 1999 a 2006, concluíram que as catarinenses em tratamento radioterapêutico tinham prevalência para o diagnóstico médico de carcinoma ductal invasivo (82,8% dos casos), idade predominante de 40-69 anos, atividade laboral de “profissional do lar” e estado civil casada. A distribuição geográfica das catarinenses demonstrou a predominância da mesorregião da Grande Florianópolis, com 45,4% dos casos, seguido da Região Sul com 30,4%. A frequência das pacientes por mesorregiões demonstram a necessidade da implementação de serviços de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama, para assim, diminuir os percentuais de tratamento fora do domicílio, bem como a morbi mortalidade das catarinenses por câncer de mama.

No município de Joinville, avaliou-se a sobrevida e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama atendidas no setor público através de um estudo de coorte retrospectivo aninhado em um estudo caso-controle. Os autores constataram que a sobrevida em dez anos foi de 83,1% (IC 95% 74,1 a 89,3%), e 21 (12,4%) óbitos foram identificados no período. A probabilidade de estar viva foi menor para aquelas em estádios avançados. O risco de mortalidade foi maior entre aquelas que tiveram outros tipos de câncer associados e estavam insatisfeitas com a vida. Após análise ajustada, o estadiamento clínico foi a única variável que permaneceu associada à sobrevida. A razão de risco de morte foi 17,1 vezes maior entre as mulheres diagnosticadas em estádios avançados. O estadiamento da doença foi a variável com maior associação com a sobrevida das mulheres avaliadas. Detectar a doença precocemente minimiza a mortalidade por câncer de mama (HOFELMANN; ANJOS; AYALA, 2014).

As recomendações científicas indicam que a cirurgia oncológica deve ser realizada até duas semanas após o diagnóstico, e o tratamento até três meses após o surgimento dos sintomas. Desta forma, os atrasos de tempo, achados nestes estudos, indicam que as mulheres provavelmente terão taxas de sobrevida diminuídas e justificam o estadiamento avançado da doença na realidade investigada (ROSA, 2012).

Espindola et al., (2013) verificando o tempo médio de sobrevida e fatores associados de pacientes acometidos por câncer de pâncreas tratados no Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas de Florianópolis (CEPON), no período de 2000 até 2003, observaram que a sobrevida

global foi de 12,6% em um ano e de 6,3% ao final de dois anos. A mediana de sobrevida foi de seis meses. O estadiamento IV foi o mais prevalente no momento do diagnóstico, e teve sua sobrevida nula em dois anos. Segundo os autores, o diagnóstico desta neoplasia é, na maioria das vezes, feito em estágio já avançado da doença, quando é considerada incurável. Exames de imagem são essenciais no diagnóstico da neoplasia pancreática, sendo os de maior sensibilidade, a ultrassonografia endoscópica e a tomografia computadorizada, ambos com acurácia de mais de 90%. O marcador tumoral CA19.9 pode ajudar na busca da neoplasia maligna. O tratamento e prognóstico da doença são determinados pelo estadiamento TNM, que analisa o tamanho tumoral, comprometimento linfonodal e metástases. Segundo os autores, o acesso restrito à saúde a que a população economicamente desfavorável está sujeita, bem como a baixa escolaridade podem determinar atraso no diagnóstico, fazendo com que a descoberta tardia da doença passe de um estágio potencialmente curável para cuidados apenas paliativos, reduzindo a sobrevida dos acometidos.

Diante do exposto, torna-se evidente que na atenção oncológica no SUS, a produção de ações em saúde nem sempre tem respondido as reais necessidades dos usuários. Em parte pelo fato destas serem modeladas pelas características da demanda e da oferta, historicamente condicionadas pelo modo restrito e limitado de se fazer gestão pública no Brasil, bem como pela prática clínica de muitos profissionais em saúde, que não valorizam a promoção do cuidado integral e equânime.

Nessa lógica, espera-se que a implementação de processos sistemáticos e contínuos de avaliação das ações e serviços neste setor possa viabilizar melhorias no planejamento em saúde, nas condições de tratamento e índices de cura dos pacientes, constituindo-se em importante instrumento para o enfrentamento dos desafios que o aumento da incidência do câncer representa para a saúde pública no Brasil.

3.1.1 A Política Nacional Para Prevenção e Controle do Câncer no SUS

No Brasil o câncer passou a ser enfrentado como problema sanitário na década de 30, mais especificamente em 1937, com a criação do Centro de Cancerologia no Rio de Janeiro por Getúlio Vargas. Do período de 1941 até 1970 foram mobilizadas outras ações governamentais no sentido do seu reconhecimento como problema de

saúde pública, como a inauguração em 1957 do Hospital Instituto Central, no Rio de Janeiro, hoje denominado Instituto Nacional do Câncer (INCA), e a institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer em 1967 (PARADA et al., 2008).

Em 1975, o Ministério da Previdência Social criou o Programa de Controle do Câncer (PCC) que buscava ampliar a integração entre as ações de prevenção e de tratamento no âmbito da medicina previdenciária. E cinco anos mais tarde, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), originado da necessidade de o sistema de saúde unificar a produção de informações, ampliar as bases técnicas nas áreas de educação, informação e controle do câncer (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

A partir da década de 90, com o processo de estruturação do SUS, o Governo Federal delegou ao INCA o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país. A ele compete a elaboração de campanhas educativas de prevenção e detecção precoce e coordenação das ações desenvolvidas pelas secretarias dos Estados.

Em 1998, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (*Viva Mulher*) e, em 2000, as primeiras iniciativas para o controle do câncer de mama, consolidadas com as diretrizes técnicas nesta área (PARADA et al., 2008).

Todos os esforços para consolidar ações nacionais de controle do câncer culminaram com o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica de 2005. De forma inovadora na abordagem integrada de tratar a questão do câncer, esta Política estabeleceu diretrizes para o controle do problema no Brasil com a proposta de organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, como forma de superar as fragmentações das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer. Previa a integralidade da assistência através de um conjunto de ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2005).

Dentre seus componentes a Política destacava: vigilância em saúde; ações de caráter individual e coletivo, desenvolvidas pela atenção básica, voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, ações educativas e apoio à terapêutica e ao cuidado paliativo; assistência diagnóstica e terapêutica especializada e cuidados paliativos na média complexidade; e atividades de alta complexidade incluindo consultas, exames diagnósticos, tratamentos quimioterápicos, radioterápicos, cirúrgicos e atendimento à intercorrência clínica e tratamentos que requererem internação hospitalar e cuidados prolongados; definição de parâmetros técnicos;

regulação, controle e avaliação dos serviços; regulamentação suplementar; educação permanente dos profissionais; fortalecimento dos sistemas de informação; avaliação tecnológica e incentivo à pesquisa (BRASIL, 2005).

A publicação da Política Nacional de Atenção Oncologia fortaleceu o aprimoramento do diagnóstico precoce e ampliou o acesso a serviços e possibilidades terapêuticas de maior complexidade.

Tais avanços ampliaram as perspectivas de cura e sobrevida dos pacientes, exigindo um número elevado de consultas, exames e tratamentos, tanto em nível ambulatorial como hospitalar, a serem realizados em instituições de saúde especializadas no atendimento dessa doença (CORREA et al., 2011).

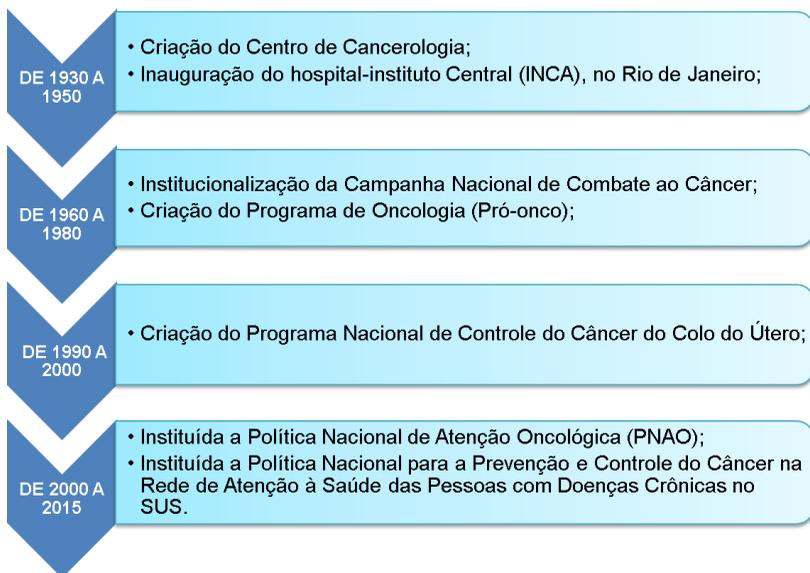
Este cenário, construído ao longo dos anos na assistência oncológica, e o reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível permitiu que fossem geradas novas estratégias de políticas públicas neste setor. Uma delas foi a publicação recentemente da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS (BRASIL, 2013a). Esta política revoga a anterior e tem como objetivos: a redução da mortalidade e da incapacidade causada pela doença; a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer; a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

É constituída a partir de princípios e diretrizes como: promoção da saúde, prevenção do câncer, vigilância, monitoramento, avaliação, cuidado integral, ciência, tecnologia, educação e comunicação em saúde. Como estratégia para o processo de construção e fortalecimento desta rede, define claramente as responsabilidades das três esferas de Gestão, bem como dos pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Estes pontos de atenção, também denominados como Estruturas Operacionais das Redes, devem garantir tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender a região de saúde, considerando-se que sua caracterização deve obedecer a definições mínimas de competências e responsabilidades mediante articulação dos distintos componentes da rede divididos em: atenção básica, atenção domiciliar, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, sistemas de apoio, regulação, sistemas logísticos e sistema de governança (BRASIL, 2013a).

A figura 1 representa uma síntese da história da Atenção Oncológica no Brasil.

Figura 1: Linha do tempo da atenção oncológica no Brasil da década de 1930 a 2000.



Diante de toda a complexidade que permeia a assistência oncológica, a manutenção da equidade no acesso, da agilidade e qualidade dos tratamentos ofertados são grandes desafios, que devem ser enfrentados mediante a incorporação de mecanismos de gestão eficientes.

Segundo estudos na área, a maior parte dos problemas enfrentados pelos pacientes com câncer tratados pelo SUS perpassa a inexistência ou ineficiência de sistemas de organização das redes e dos fluxos de atendimento, em todos os níveis de complexidade de atenção (BRASIL, 2011b).

Nessa perspectiva, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS, dá um grande enfoque para os mecanismos de regulação, que assumindo papel de componente estratégico, visa qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso às ações e aos serviços para a prevenção e cuidado ao paciente com câncer.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO NO SUS

A busca da equidade no acesso aos serviços de saúde é um objetivo explícito de muitos sistemas de saúde, e a adoção do processo regulatório como instrumento de gestão pode se tornar um importante equalizador social para amortizar a desigualdade relacional entre os entes públicos e privados, além de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ et al., 2012).

De modo geral, os estudos na área de regulação têm focado especialmente sua dimensão econômica, sob a ótica de que essa possa ser caracterizada como intervenção estatal para corrigir “falhas de mercado”, utilizando instrumentos como incentivos financeiros, de comando e controle. Falhas estas que ocorrem quando as perfeitas condições de competição, voltadas para a ‘lei da oferta e da demanda’ não estão plenamente satisfeitas (SANTOS; MERHY, 2006).

Seguindo essa linha de raciocínio, a regulação aparece como uma maneira de propiciar eficiência econômica, podendo ser entendida como um instrumento essencial para a manutenção do equilíbrio de qualquer sistema. Ou seja, esta pode ser vista como um conjunto de ações meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos para o alcance de resultados que podem estar relacionados ao atendimento das necessidades mais prementes de uma população (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Alguns autores defendem que no setor saúde, a regulação é considerada como ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde. E que o processo regulatório pode se dar tanto do ponto de vista do acesso cotidiano das pessoas (microrregulação), quanto nos aspectos das definições de políticas gerais das instituições (macrorregulação), consistindo um mecanismo estratégico de gestão (SANTOS; MERHY, 2006).

Outros autores consideram que a regulação além de se referir aos processos de regulamentação, também define os mecanismos utilizados na formação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita (ANDREAZZI, 2004).

Neste contexto, entende-se que para o provimento de ações e serviços eficientes e efetivos, assim como disponibilização de serviços com custos adequados, os instrumentos e ferramentas da regulação são essenciais.

Contudo, o que se observa, é que a regulação do sistema de saúde, só recentemente ganhou a relevância que o tema requer no SUS.

Dificuldades inerentes à concepção dos conceitos que a fundamentam, e barreiras relativas à insuficiência de recursos humanos e formação deficitária de profissionais, prejudicam o pleno exercício dessa macro função de gestão (SILVA, 2008).

As ações de controle e avaliação da assistência à saúde no Brasil foram estruturadas com a constituição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978, que controlava a produção e os gastos na assistência médica dos segurados (BRASIL, 2011c).

No processo de institucionalização do SUS, a introdução de ações de natureza regulatória caracterizou-se pela edição, no âmbito jurídico-institucional, das chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080 e 8.142/1990) (BRASIL, 1990a,b), e dos pactos administrativos, via Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS), que representavam instrumentos de regulação para o processo de descentralização. Foram expedidas NOB em 1991, 1992, 1993 e 1996 e a principal tentativa sempre foi a de definir os papéis dos níveis de gestão no processo regulatório.

Outro passo no sentido de instrumentalizar o processo de regulação foram as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, NOAS 01/2002, que definiram mecanismos para a reorganização dos fluxos de referência e contrareferência e introduziram o conceito de “regulação assistencial”, ou “regulação do acesso às urgências e consultas” (FARIAS et al., 2011).

Além disso, as NOAS estabeleceram o fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS; avaliação da qualidade dos serviços produzidos; satisfação do usuário; resultados e impactos sobre a saúde da população, bem como a exigência, aos estados e municípios, de elaborar os Planos de Controle, Regulação e Avaliação (BRASIL, 2011c).

A partir do Pacto pela Saúde no ano de 2006, foi instituída a Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria MS/GM nº 1.559/2008), que buscava através do fortalecimento das funções de regulação, controle, avaliação e auditoria, reforçar as funções de gestão; otimizar recursos de custeio da assistência; qualificar o acesso e conseqüentemente, proporcionar aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde (BRASIL, 2008a).

A política em seu Art. 2º organizou as funções regulatórias em três dimensões de atuação, que devem estar necessariamente integradas entre si: *regulação de sistemas de saúde*, efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde; *regulação*

da atenção à saúde, para o controle da oferta de serviços, como objetivo de garantir a adequada prestação de serviços à população; e *regulação do acesso à assistência*, sobre o acesso dos usuários ao serviço de saúde (BRASIL, 2008a).

No presente estudo, será avaliada a dimensão regulação do acesso à assistência, com enfoque na alta complexidade em oncologia.

3.2.1 Regulação do Acesso

A regulação do acesso à assistência consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema para o conjunto dinâmico das demandas das populações e para a avaliação do planejamento em saúde, dotando a gestão de uma inteligência face à quantidade de informações geradas nesse mecanismo (SANTOS; MERHY, 2006).

Tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento, a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, buscando a qualidade da ação por meio da resposta adequada aos problemas clínicos e satisfação do usuário.

Contempla ações de regulação da atenção básica; atenção médica pré-hospitalar e hospitalar de urgências e emergências; controle e regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos; controle das agendas de consultas especializadas; de exames e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia; padronização das solicitações por meio dos protocolos assistenciais; estabelecimento de mecanismos de referência e contra referência entre as unidades segundo fluxos e protocolos padronizados; integração entre ações de solicitação e autorização; controle e monitoramento dos níveis de complexidade balizados pelos protocolos e fluxos consensuados e implantação dos Complexos Reguladores (BRASIL, 2011c).

Os Complexos Reguladores são estratégias para regular a oferta e a demanda em saúde, organizando o conjunto de ações da regulação do acesso através da absorção de todo o fluxo da assistência na atenção básica, na média e alta complexidade. É composto por uma ou mais estruturas denominadas de Centrais de Regulação, que são os locais que recebem, avaliam, processam e agendam as solicitações de atendimento, ou seja, compreendem toda a ação meio do processo regulatório (BRASIL, 2006a).

Para a implantação/implementação da Regulação faz-se necessária à adoção de instrumentos de gestão tais como: Plano Diretor de Regionalização (PDR); Programação Pactuada e Integrada (PPI);

contratação, contratualização dos serviços nas regiões da PPI; Plano de Regulação com as necessidades de saúde da região de abrangência (definidas de acordo com os parâmetros de necessidades da Portaria nº 1.101/02); análise da situação de saúde da região; definições de quantas e quais centrais de regulação comporão o Complexo Regulador; área de abrangência (território); definição do escopo da Central (procedimentos); banco de dados atualizados, Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES), Cadastro Nacional de Usuários (CNS) (BRASIL, 2002; 2006a,b).

Outras ações destacadas são o conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis; a conformação das redes assistenciais; identificação dos serviços a serem regulados (consultas, exames, urgência e emergência, internações, alta complexidade); a definição de papéis de cada Unidade de Saúde; a definição dos fluxos de informação (unidades solicitantes e unidades executantes) e a definição das rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais).

Concomitante à configuração das Centrais de Regulação, devem ser adotados alguns critérios como: a alocação da infraestrutura essencial; recursos humanos; o processo de trabalho; a instalação de um sistema informatizado de regulação (SISREG); e a capacitação permanente dos recursos humanos envolvidos no processo regulatório.

A infraestrutura envolve área física, equipamentos, sistemas de apoio, conectividade e recursos humanos, cujo quantitativo varia de acordo com o porte, estrutura e necessidade da central e contempla coordenador, regulador, videofonista, administrador de banco de dados, administrador da tecnologia da informação (BRASIL, 2011c).

A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, responsável pelos mecanismos de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde. Envolve quatro processos de trabalho: o levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes; a busca e disponibilização de leitos hospitalares; o exercício da autoridade sanitária do regulador e o processo de autorização das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo (APAC) e Autorização de Internações Hospitalares (AIH) (BRASIL, 2006a).

A ação regulatória é executada na Central de Regulação por profissional de saúde devidamente habilitado, que autoriza previamente os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de quotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central.

Nos casos de urgências, estas autorizações são posteriores à realização dos procedimentos, e devem respeitar os prazos definidos pelas Centrais (BRASIL, 2006a).

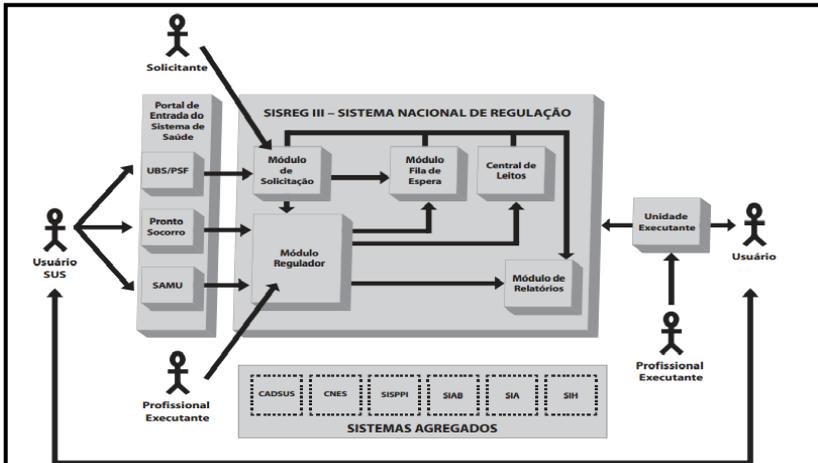
A autorização prévia dos procedimentos visa verificar se a indicação clínica destes é pertinente e se atende o preconizado nos protocolos clínicos e de regulação pré-estabelecidos, garantindo assim que o acesso seja ordenado de acordo com os fluxos preconizados na ação regulatória. Os protocolos de regulação são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamentos, que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre níveis de complexidade de atenção, observando o grau de complexidade e resolutividade de cada um deles, não devendo ser confundidos com roteiros de solicitação. Os protocolos clínicos expressam a prática da medicina baseada em evidências, para subsidiar as decisões terapêuticas (BRASIL, 2006a).

O Sistema de Autorização de Procedimentos Especializados – Módulo Autorizador é um aplicativo que registra a autorização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do SUS, permitindo a comparação entre o autorizado e o pago, podendo ser integrado ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG), a fim de identificar as solicitações formuladas pelos municípios integrantes do processo de pactuação (BRASIL, 2006a).

O SISREG é uma ferramenta de informática que busca tornar eficiente e eficaz o acesso dos cidadãos a procedimentos de média e alta complexidade. Além de fornecer informações sobre o fluxo dos usuários na rede de serviços de saúde, dentre outros aspectos do atendimento, subsidia as áreas de controle, avaliação, planejamento e programação facilitando aos gestores a tomada de decisão para melhoria na rede de atenção à saúde. Ressalta-se que cabe ao gestor local determinar a inclusão do processo de autorização de procedimentos na sua estrutura de regulação (BRASIL, 2006a).

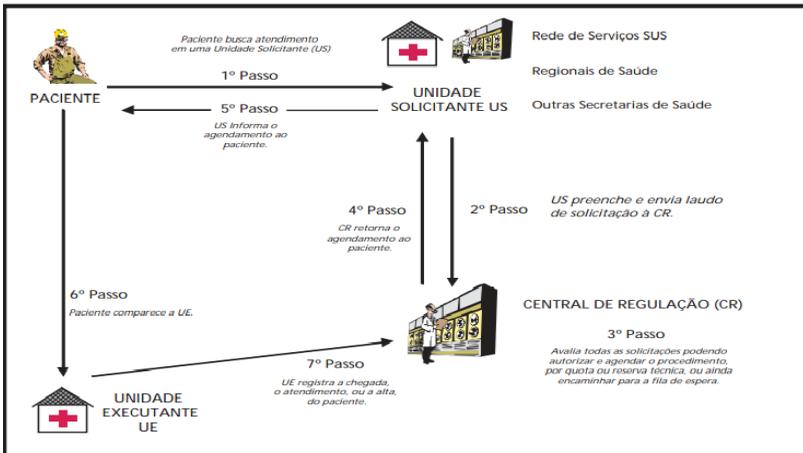
As figuras abaixo demonstram o fluxo preconizado de solicitação, agendamento e execução de procedimentos eletivos sob regulação.

Figura 2: Fluxo do Complexo Regulador via Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

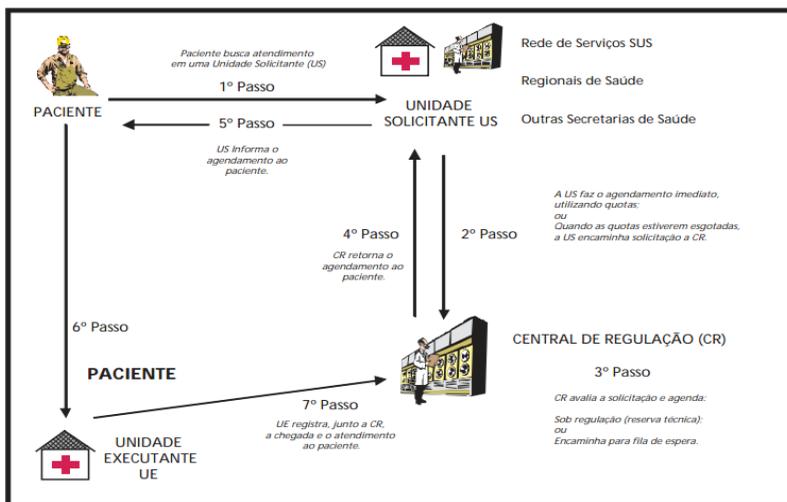


Fonte: Manual de Implantação de Complexos Reguladores (2006a).

Figura 3: Fluxo de Atendimento Eletivo Regulado com Autorização Prévia.



Fonte: Manual de Implantação de Complexos Reguladores (2006a).

Figura 4: Fluxo de Atendimento Eletivo Regulado Sem Autorização Prévia.

Fonte: Manual de Implantação de Complexos Reguladores (2006a).

Na análise das figuras 2, 3 e 4 percebe-se que a trajetória do paciente atendido no SUS começa após o atendimento nas Unidades Solicitantes (rede de serviços, Secretarias ou Regionais de Saúde), responsáveis por realizar o agendamento dos exames ou procedimentos, respeitando os limites de quotas pactuadas. Quando a marcação do atendimento eletivo exigir autorização prévia (figura 3) a Unidade Solicitante deve preencher o laudo e encaminhar à Central de Regulação. Nos casos em que não há necessidade de autorização prévia, ou por se tratar de atendimento de emergência/urgência (figura 4), a Unidade faz o agendamento imediatamente utilizando as quotas, e se estas quotas estiverem estouradas a solicitação de autorização é encaminhada a Central de Regulação que agenda o exame sob reserva técnica ou encaminha o paciente para fila de espera. Esta decisão da CR é comunicada a Unidade Solicitante, que por sua vez tem a responsabilidade de informar ao paciente o dia, local e hora do agendamento de seu procedimento, que será realizado em uma Unidade Executante (hospital, ambulatório, clínica). Este ciclo é encerrado após a Unidade Executante encaminhar à Central de Regulação os registros referentes ao atendimento assistencial prestado ao paciente pela equipe de saúde. Toda essa ação regulatória é efetuada e registrada por intermédio do Sistema de Autorização de Procedimentos Especializados (SISREG) (BRASIL, 2006a).

3.2.2 A Regulação do acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade em Oncologia na Macrorregião de Florianópolis

O Estado de Santa Catarina possui uma população estimada de 6.383.286 habitantes, densidade demográfica de 66,7 hab/km². No total são 295 municípios e 09 Macrorregiões de Saúde (Grande Oeste, Meio Oeste, Foz do Rio Itajaí, Vale do Itajaí, Sul, Nordeste, Planalto Norte, Serra Catarinense e Macrorregião de Florianópolis).

A Macrorregião da Grande Florianópolis, objeto deste estudo, abrange 22 municípios e conta com uma população de referência de 1.041.828 habitantes, distribuídas em 01 Região de Saúde e 04 SDR (PDR, 2012).

A Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis é composta por 35 (trinta e cinco) Unidades de Apoio do Sistema de Referência, sendo na área de oncologia 06 unidades, conforme quadro abaixo:

Quadro 1: Relação de procedimento/habilitação por estabelecimento de saúde e município da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2012.

Macrorregião da Grande Florianópolis	
Maternidade Carmela Dutra	Hospital geral com cirurgia oncológica
Imperial Hospital de Caridade	Cuidados prolongados, enfermidades oncológicas
	Serviço isolado de radioterapia
CEPON	Cuidados prolongados, enfermidades oncológicas
	Serviço de radioterapia de complexo hospitalar
	Serviço de oncologia clínica de complexo hospitalar
	Transplante de medula óssea autogênico
Hospital Governador Celso Ramos	UNACON exclusiva de hematologia
	Hospital geral com cirurgia oncológica
Hospital Infantil Joana de Gusmão	Cuidados prolongados, enfermidades oncológicas
	UNACON exclusiva de oncologia pediátrica
Hospital Universitário	Quimioterapia para a área de hematologia

Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Estado de Santa Catarina, 2012.

Com o objetivo de aperfeiçoar e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde e subsidiar a gestão no controle dos recursos financeiros investidos nos serviços de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde em Santa Catarina, fortaleceu o Complexo Regulador Estadual através da aprovação do Plano de Organização das Centrais de Regulação (SANTA CATARINA, 2013).

Na definição do quantitativo, tipo e porte das Centrais de Regulação, preservou-se a estrutura das 09 Macrorregiões do Plano Diretor de Regionalização de 2008, utilizou-se a estimativa Populacional do IBGE de 2012 e os critérios de abrangência populacional preconizados na Portaria MS nº 1.792/2012 (BRASIL, 2012).

O Dimensionamento da estrutura das CRs Regionais respeitou a classificação de Portes estabelecida pela Portaria MS nº 1.792/2012 : Porte I – abrangência de duzentos mil a quinhentos mil habitantes; Porte II – abrangência de mais de quinhentos mil até um milhão de habitantes; Prte III – abrangência de mais de um milhão a três milhões de habitantes; Porte IV abrangência de mais de três milhões até seis milhões de habitantes e Porte V – abrangência de mais de seis milhões de habitantes (SANTA CATARINA, 2013).

Como dos 14 hospitais públicos do Estado de Santa Catarina, 09 estão localizados na região Metropolitana de Florianópolis, as Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de internações Hospitalares da Macrorregião da Grande Florianópolis, passaram a ter comando único, com a gestão compartilhada entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Na Alta Complexidade em Oncologia, preservando o critério da gestão compartilhada entre Estado e Municípios, manteve-se na Macrorregião de Florianópolis o seguinte fluxo: o Complexo Regulador Estadual regula os procedimentos de quimioterapias, radioterapias e cirurgias oncológicas realizados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no Complexo Hospitalar (Cepon, Hospital Governador Celso Ramos e Maternidade Carmela Dutra) e Hospital Universitário. O Complexo Regulador Municipal regula as consultas e exames de média complexidade e alguns procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados no Hospital de Caridade (radioterapia) e no Hospital Universitário (quimioterapias para tratamento de leucemia).

A figura abaixo demonstra a operacionalização da Política Estadual de Regulação de Santa Catarina.

Figura 5: Operacionalização da Política Estadual de Regulação no Estado de Santa Catarina.



Fonte: Folder regulação do acesso à assistência em Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2014).

3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação é uma atividade de longa data, empregada pelos chineses há mais de quatro mil anos para avaliar formalmente o recrutamento de funcionários públicos. No Ocidente, sua história iniciou-se no começo do século XVIII, na Grã-Bretanha e França. É possível distinguir quatro gerações e seis períodos na história da avaliação. A *primeira geração* teve como principal característica medir os fenômenos estudados e compreendeu o período reformista (1800-1900) e da eficiência e testagem (1900-1930). A *segunda geração* buscava identificar e descrever os programas, compreender sua estrutura, forças e fragilidades visando atingir os resultados esperados e fazer as devidas recomendações para sua implementação, caracterizado como período da idade da inocência (1930-1960). A *terceira geração* envolveu o julgamento, ou emissão de juízo de valor sobre os aspectos mensurados e, foi indicado como o período de expansão (1960-1973), da profissionalização e institucionalização (1973-1990). A *quarta geração* teve como principal característica a negociação entre os atores envolvidos na intervenção, com início em meados de 1990. A *quinta*

geração combina as anteriores e implica a vontade explícita de melhorar as políticas públicas e ajudar os grupos sociais a ela relacionados, a melhor compreender os próprios problemas e as possibilidades de modificá-los a seu favor (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

No campo da saúde, seu início está atrelado à crise das finanças públicas, ao avanço das tecnologias, da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de intervenções implementadas com o objetivo de controlar as doenças infecciosas, e do desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias em países desenvolvidos como Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Grã Bretanha e Suíça (HARTZ, 1999).

As definições da avaliação são numerosas. De maneira geral pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Concebe-se também como uma modalidade de pesquisa que se utiliza de métodos e técnicas específicas para confirmar ou não relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa e determinados resultados (UCHIMURA; BOSI, 2002). Outra definição considera-a como a emissão de juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre esta intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de permitir que os diferentes atores envolvidos, estejam aptos a se posicionar para a construção individual ou coletiva de um julgamento que se possa traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2011).

Uma intervenção pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa.

A avaliação normativa faz parte do processo de controle das organizações, visando apreciar cada componente da intervenção, verificando se esta corresponde às expectativas da gestão. Busca emitir juízo de valor com referência à adequação dos aspectos de estrutura (recursos empregados e sua organização), processos (serviços ou os bens produzidos) e resultados obtidos, aos critérios e normas pré-estabelecidas (CHAMPAGNE et al., 2011).

Em uma pesquisa normativa cinco critérios permitem articular as perguntas ligadas à estrutura, processo e resultado: fidelidade (a intervenção foi implantada como havia sido previsto); cobertura (o produto alcança a clientela prevista); qualidade (o produto realizado corresponde às especificações do produto previsto inicialmente); custos

(a intervenção poderá ser realizada pelo custo previsto) e efeitos (a intervenção teve o efeito esperado) (CHAMPAGNE et al., 2011).

A realização desta modalidade de pesquisa envolve dois desafios: o primeiro diz respeito ao objeto da apreciação, ou seja, a definição precisa do que se quer observar, e como será operacionalizada esta observação. O segundo desafio relaciona-se a escolha das normas, uma vez que a validade das conclusões de uma pesquisa normativa baseia-se na pertinência e exatidão das normas escolhidas e na força do vínculo causal entre as estruturas, processo e resultados (CHAMPAGNE et al., 2011).

A pesquisa avaliativa busca analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção, bem como as relações desta com o contexto em que se desenrola. Pode ser decomposta em seis tipos de análises que recorrem a métodos de pesquisas diferentes: análise estratégica (determina a pertinência da intervenção); análise lógica (examina a coerência, o mérito, e a validade operacional); análise da produção (se interessa pela produtividade e pelos determinantes da qualidade dos processos); análise dos efeitos (verifica a eficácia); análise da eficiência (atesta a eficiência global da intervenção); e por último a análise de implantação (observa a interação entre a intervenção e o contexto da implantação na produção dos efeitos) (CHAMPAGNE et al., 2011).

A avaliação constitui-se em peça fundamental para o sucesso da implantação de programas de saúde. Constata-se, entretanto, que ela não se traduz em prática sistematizada e usual na maior parte de serviços públicos, tornando a institucionalização do processo avaliativo, mais um dos desafios para os gestores públicos, que devem transformá-la não apenas em um “guia racional das escolhas nas instâncias decisórias”, mas, como um instrumento de transformação que permita a “todos os atores desenvolverem sua cultura democrática” (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Neste sentido, considera-se que o tipo ideal de avaliação a ser utilizada nesta pesquisa é a normativa, uma vez que permitirá mensurar a adequação da Regulação do Acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis aos critérios normativos preconizados na Política Nacional de Regulação do SUS.

3.3.1 Estudos de Avaliação da Regulação em Saúde

Ao pesquisarmos literaturas locais e nacionais que tratam da avaliação da regulação do acesso no SUS, percebeu-se a inexistência de referências que abordem à alta complexidade em oncologia. Identificou-se também que os estudos localizados na sua maioria, não utilizam modelos teóricos-lógicos e matrizes avaliativas em seu percurso metodológico.

Nos achados, cita-se a pesquisa que buscou a identificação das causas do “estrangulamento” das consultas especializadas na Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis, no período de 1998 a 2000. O estudo concluiu que as causas básicas do estrangulamento das centrais de marcação e consultas estavam na pouca oferta de consultas especializadas frente às demandas. Para a autora, as Centrais enquanto instrumento de regulação, embora não estivessem desempenhando este papel, deveriam identificar claramente os déficits e as disfunções do sistema, informações que são úteis ao gestor estadual para planejar a assistência, assegurar o acesso e permitir a construção de parâmetros assistenciais mais próximas das necessidades da população (LOCKS, 2002).

Torres (2007) buscou, através de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa, compreender o funcionamento da regulação dos leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde na cidade de Salvador de acordo com a percepção dos funcionários da Central Estadual de Regulação. Os resultados obtidos evidenciaram que os gestores enfrentam uma série de dificuldades na organização e funcionamento da Central nesta região, que dizem respeito ao quantitativo insuficiente de leitos hospitalares e às deficiências de especialidades. Tais dificuldades demandam que os profissionais da CER convivam com limitada autonomia e compartilhem a escassez de recursos e limitações organizacionais.

Destaca-se também, o estudo que avaliou a repercussão da implantação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP (FERREIRA, 2007). Para o autor, o Complexo Regulador provocou mudanças na acessibilidade organizacional e equidade da rede de saúde, tanto na assistência ambulatorial, como hospitalar, destacando a potência da estratégia da regulação como ferramenta profícua de avaliação e de gestão pública. Neste estudo, as dimensões avaliadas foram cobertura e efetividade social. Para o autor, estudos direcionados à efetividade social remetem a avaliação dos níveis de satisfação e adesão dos agentes implementadores

do programa e da população alvo a que ele se direciona. Ressalta ainda, que a implantação da regulação do acesso não deve focar de forma restrita, somente a viabilização da estrutura física do Complexo Regulador, mas também a sua atuação como instrumento de gestão formador de um conjunto de saberes, tecnologias e ações dirigidas aos serviços em saúde, aos gestores e profissionais, visando orientar, intermediar e definir o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades e não só com base na oferta e demanda.

O estudo de caso realizado por Souza (2008) avaliou o papel do Complexo Regulador de Mato Grosso como Instrumento de Gestão do SUS e mostrou que a Central de Regulação não tem conseguido atender sua demanda pela não disponibilidade de profissionais, procedimentos e prestadores para algumas especialidades médicas, sobretudo na alta complexidade. Observa-se uma série de dificuldades em decorrência da incipiência dos protocolos, fluxos, critérios de priorização e da judicialização do atendimento. Segundo a autora, tais aspectos colocam em xeque a operacionalização do conceito de equidade, um dos pilares que sustentam o Sistema Único de Saúde.

Silva (2008) avaliou a Central de Regulação da Segunda Microrregional de Saúde do Estado do Ceará no atendimento à demanda do cidadão com os atributos de eficiência, eficácia, integralidade e hierarquização dos serviços, sob a perspectiva da Política Nacional de Regulação. O estudo detectou as seguintes situações: desconhecimento dos parâmetros de necessidades para estabelecimento de prioridades e não o planejamento de ações por parte das coordenações; inexistência de avaliação dos procedimentos programados e produzidos; desconhecimento da capacidade de oferta de serviços da rede assistencial; distorções na programação de oferta de serviços; equipe incompleta em alguns municípios; e inexistência em algumas Secretarias de Saúde, de ações de controle, avaliação e auditoria efetivas para subsidiar o setor de regulação. Segundo a autora, a regulação estruturada nessa microrregião não cumpre o papel de otimizar a utilização dos serviços de referência nos espaços supra municipais segundo os critérios das necessidades de saúde da população.

A pesquisa de avaliação do acesso a leitos de UTI através da Central de Regulação Hospitalar do SUS, em Pernambuco concluiu que embora fosse necessário ampliar o número de leitos de cuidados intensivos no Estado, em especial nas especialidades de neurologia e cardiologia, a implantação da Central contribuiu para melhorar o acesso da população na rede pública e complementar na região estudada (ALBUQUERQUE, 2010).

Cavalcanti (2011) avaliou a regulação assistencial de cirurgias eletivas realizadas pela Central de Regulação de Cuiabá em Mato Grosso. Os resultados apontam uma série de problemas no sistema de saúde local que repercutem no trabalho da Central de Regulação de Cuiabá com destaque para: erros no preenchimento dos pedidos; atraso no atendimento do usuário do SUS; oferta menor que a demanda por cirurgias eletivas; inexistência de protocolo oficial para que o médico regulador possa analisar os pedidos; as informações gerenciais provenientes do mecanismo regulatório não são devidamente aproveitadas pela gestão no planejamento das ações e serviços em saúde e existência de vários mecanismos de fuga ao fluxo regulatório.

Outra pesquisa aborda a regulação do acesso na perspectiva das representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação Estaduais de Leitos e Urgências do Rio de Janeiro (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012). Foram entrevistados 20 sujeitos. O processo avaliativo constatou a fragilidade do sistema público da região estudada e que as práticas nas centrais de regulação são pouco efetivas e dependentes de mecanismos formais de ação. Segundo os autores, observa-se no Rio de Janeiro, quando comparado com municípios que já avançaram no processo de consolidação do SUS, menor avanço no tocante a regionalização e hierarquização do acesso às ações de saúde.

Outro estudo avaliou a regulação assistencial e a produção do cuidado como um arranjo potente para qualificar a atenção na gestão municipal, destacando um conceito de rede viva, construída ativamente pela relação e ações produzidas entre as equipes dos diferentes serviços, com base na regulação assistencial e na gestão do processo de trabalho. Os resultados da pesquisa contribuíram para qualificar o cuidado, reduzir filas nas diferentes especialidades e aumentar a satisfação dos profissionais. Evidenciou-se também a necessidade de enriquecer os saberes técnicos e os produzidos em movimentos ativos da gestão com tecnologias leves, como é o caso da regulação (BADUY et al., 2011).

E por fim, cita-se a pesquisa institucional, de caráter exploratório-descritiva, que avaliou a implantação do Complexo Regulador do município e seu impacto na gestão do acesso a serviços especializados de saúde, tendo como suporte a oferta e custeio de serviços de média complexidade, bem como a fila de espera. Segundo as autoras, a implantação do Sistema de Regulação SISREG III possibilitou a gestão municipal identificar a real necessidade de acesso, tendo como ponto de partida constatação de gargalos existentes nas listas de espera de consultas e exames especializados, de forma a adequar as cotas

distribuídas aos centros de saúde, bem como atender às cotas estabelecidas para os municípios da Grande Florianópolis.

Atrelado a isto, vem ocorrendo desburocratização e descentralização da marcação dos exames, através da informatização dos gargalos das demandas existentes no SUS, incorporação do manejo da demanda e oferta pelo próprio município, com grande expansão da oferta de serviços. A regulação fomenta seu papel de assessoramento à gestão, apresentando trimestralmente o monitoramento das filas de espera permitindo que qualquer pessoa possa ser informada do seu lugar na fila e quanto tempo levará para ser atendida, devidamente acompanhado pelo Ministério Público (AQUINO; PRÉVE; SABINO, 2010).

De modo geral, a partir dos estudos aqui revisados, conclui-se que independentemente das diferenças locoregionais, a Regulação em Saúde quando adequadamente implantada, cumpre seu papel de auxiliar na tomada de decisão da gestão, promovendo melhorias significativas no acesso e na redução das iniquidades no setor saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma avaliação normativa da regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis. A avaliação objetiva verificar a adequação da regulação aos critérios preconizados na Política Nacional de Regulação do SUS.

A pesquisa envolveu duas etapas: a primeira constitui-se em desenvolver o modelo teórico-lógico e a matriz avaliativa e a segunda a aplicação do modelo avaliativo em um estudo de caso.

O delineamento é do tipo estudo de caso. Yin, (1994 apud CHAMPAGNE et al., 2011) contextualiza que este tipo de estudo é uma estratégia de pesquisa empírica sobre um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado de seu contexto e que o pesquisador se concentra em um número reduzido de unidades de análise.

Fundamentada em aspectos clássicos da avaliação normativa, esta pesquisa analisou a adequação de aspectos ligados à estrutura, processo e resultado da regulação do acesso à assistência oncológica na Macrorregião de Florianópolis, através de duas Dimensões: Condição de Trabalho e Adequação da Regulação.

A avaliação de estrutura está sintetizada por Condição de Trabalho, que analisa os aspectos de infraestrutura e pessoal. O processo e resultado estão concentrados na dimensão Adequação da Regulação e analisa a ação regulatória e eficácia.

4.2 MODELO AVALIATIVO

A elaboração e desenho do modelo teórico-lógico para a avaliação normativa da regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis, se deu no transcorrer das aulas da disciplina de Seminário de Avaliação em Saúde.

Segundo Medina (2005, p. 3), “o objeto da investigação científica é um constructo da realidade passível de modelagem, sendo que modelizar significa representar o objeto, seus movimentos e suas relações tendo por referência uma construção teórica”. Para o autor o

objeto modelo, por si só não agrega muito valor ao processo científico, deve-se em um segundo momento, acrescentar a esse uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos reais, e que dê suporte teórico às hipóteses.

A construção do modelo teórico-lógico utilizou como base as seguintes legislações e documentos: a) Manual de Implantação de Complexos Reguladores (Portaria GM/MS n° 399/2006 (BRASIL, 2006b)); Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria MS/GM n° 1559/2008 (BRASIL, 2008a)); a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS (Portaria n° 874/2013 (BRASIL, 2013a)); e o Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação de Consultas, Exames e Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina de 2013 (SANTA CATARINA, 2013).

Seguiram-se os pressupostos de que a regulação do acesso à assistência oncológica deve:

- Compor uma rede assistencial consoante com as diretrizes da Política Nacional para Promoção, Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS, promovendo através da regulação da oferta assistencial disponível, a adequação das ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e de cuidados paliativos;
- Garantir através da organização, controle, gerenciamento dos fluxos assistenciais e da priorização do acesso equânime, a qualidade da assistência ofertada e satisfação do usuário no âmbito do SUS.

Para o desenho do modelo lógico considerou-se que a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS visa, dentro da estruturação de um modelo de atenção a saúde e serviços integrados e articulados em redes, melhorar a qualidade de vida dos usuários, reduzir a mortalidade, incidência e condições incapacitantes causadas pelo câncer (BRASIL, 2013a).

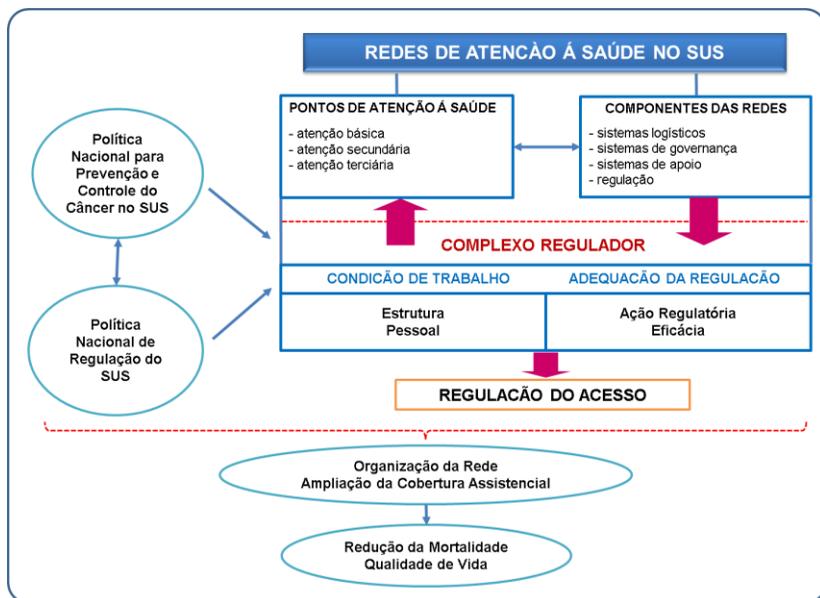
Os distintos pontos de atenção à saúde (atenção básica, secundária e terciária) devem garantir integralidade da assistência, tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender às regiões de saúde, através de definições mínimas de competências e responsabilidades. Para tanto, os componentes da rede (sistemas

logísticos, sistemas de governança, sistemas de apoio e regulação) devem estar interagindo de forma articulada e estruturada.

Dentre estes componentes, a regulação assume papel essencial para a organização da rede de saúde, ampliação da cobertura assistencial e do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer.

A Política Nacional de Regulação no SUS determina que a implantação da regulação em saúde esteja atrelada a estrutura operacional do Complexo Regulador, que para estar devidamente configurado deve respeitar a adoção de critérios relacionados às pactuações, infraestrutura, recursos humanos, ação regulatória, sistema de Informação e a capacitação permanente dos recursos humanos envolvidos no processo regulatório. A figura 6 apresenta a proposta de Modelo Teórico Lógico desenvolvido para esta pesquisa.

Figura 6: Modelo Teórico Lógico da Avaliação da Regulação do Acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.



4.3 MATRIZ AVALIATIVA

Para a elaboração da matriz avaliativa realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados da Scielo, Lilacs, Capes, Bireme, com os descritores: Regulação Governamental, Regulação em Saúde, Avaliação em Saúde, Sistema Único de Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde e Gestão em Saúde. O período de busca iniciou-se em agosto de 2013 e foi concluído em maio de 2015. Foram encontrados 23 estudos relacionados à Regulação em Saúde Pública e 04 que abordavam a regulação em operadoras e planas de saúde e regulação contábil, estes últimos excluídos, por não estarem relacionados ao tema estudado.

Foram revisados também o Manual de Implantação dos Complexos Reguladores (BRASIL, 2006b); a Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008a), a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS regulamentada pela Lei nº 874/2013 (BRASIL, 2013b), e a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, (BRASIL, 2012). Esta última versa a respeito do prazo para o primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nestes, constam que para a eficácia da execução da ação regulatória devem ser acatadas as disposições legais, orientações sobre parâmetros de produção, cobertura assistencial, formas de repasses de recursos financeiros, pactuações, fluxos, processo de trabalho, estrutura física, organizativa e recursos humanos.

A partir da revisão das publicações elaborou-se uma proposta de matriz avaliativa com duas dimensões. A Dimensão Condição de Trabalho conta com a sub-dimensão *Infraestrutura*, composta pelos indicadores: adequação do espaço físico, adequação dos insumos, adequação do aporte tecnológico e adequação do sistema de informação; e a sub-dimensão *Pessoal* formada também pelos indicadores: exercício da autoridade sanitária, suficiência e qualificação profissional.

A Dimensão Adequação da Regulação é composta pelas sub-dimensões *Ação Regulatória*, formada pelos indicadores: assessoramento da gestão, gerenciamento de quotas, gerenciamento do sistema de referência e padronização de solicitações; e *Eficácia* com os indicadores: tempestividade do acesso, controle da demanda reprimida e capacidade produtiva do regulador.

A técnica utilizada para a validação do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa foi o Comitê Tradicional, através da realização de

oficina de consenso, que contou com a participação de técnico da área de regulação em saúde e oncologia da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina e por experts da área de avaliação em saúde, professores doutores vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina. No total foram convidados 07 participantes, selecionados pela experiência profissional no tema estudado.

Houve uma discussão aberta entre os participantes sobre os indicadores, medidas e parâmetros mais adequados para a avaliação do tema determinado, considerado inovador e de grande relevância por todos os participantes. O processo de pactuação foi muito enriquecedor, sem grandes discordâncias e agregou sugestões profícuas sobre a proposta inicial do modelo-teórico lógico, bem como sobre as medidas a serem utilizadas para avaliação dos insicadores.

Após a definição da matriz, foram elaborados os questionários e formulários para a coleta dos dados. Os rationales da proposta de matriz avaliativa estão apresentados no Apêndice A.

No quadro abaixo apresenta-se uma síntese da matriz avaliativa

Quadro 2 - Síntese da Matriz Avaliativa da Regulação do Acesso À Assitência Oncologia de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.

CONDIÇÃO DE TRABALHO	ADEQUAÇÃO DA REGULAÇÃO
Estrutura (4)	Ação regulatória (4)
Pessoal (3)	Eficácia (3)

4.4 ESTUDO DE CASO

Para a realização desta pesquisa avaliativa foi realizado um estudo de caso no Complexo Regulador Estadual de Santa Catarina, situado na Macrorregião da Grande Florianópolis, local onde se concentram grande parte das instituições que ofertam serviços de alta complexidade em oncologia pelo SUS (Cepon, Maternidade Carmela Dutra, Hospital Governador Celso Ramos, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Universitário e Hospital de Caridade) e também por ser referência de atendimento para todo o Estado de Santa Catarina.

4.4.1 Informantes chaves

Para realização da pesquisa foram utilizadas como fonte de evidência o gerente, coordenadores, médicos reguladores e funcionários atuantes no Complexo Regulador Estadual. Ressalta-se que estes últimos foram elencados como informantes por desempenharem atividades administrativas, agendamentos, reuniões técnicas e articulação com prestadores de serviços, funções essenciais para a organização do processo regulatório. Foram selecionados aqueles que participam diretamente do processo de regulação da assistência oncológica na região estudada. No total 08 informantes aceitaram participar da pesquisa.

4.4.2 Coleta de dados

Na coleta de dados foram utilizadas fontes primárias e secundárias. As fontes primárias de dados foram produzidas junto aos informantes e através da observação direta.

A coleta de dados foi realizada em três dias durante o período vespertino, onde foi possível através da observação direta acompanhar a dinâmica de trabalho do Complexo Regulador e realizar aproximação com a equipe de profissionais atuante nas Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internação Hospitalar.

Realizou-se também as entrevistas através da aplicação de um check-list (APÊNDICE B) contendo questões relativas à dimensão condição de trabalho e suas sub-dimensões estrutura e pessoal e dimensão adequação da regulação, com suas sub-dimensões ação regulatória e eficácia, com abordagem qualitativa e quantitativa. Dos 08 entrevistados, apenas 03 aceitaram que as entrevistas fossem gravadas, sendo as falas destes transcritas posteriormente.

As fontes secundárias de dados se constituíram em documentos oficiais do Complexo Regulador, Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação de Consultas, Exames e Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina de 2013, Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Portarias do Ministério da Saúde, já citadas durante o estudo.

4.4.3 Análises dos Dados

Para análise dos dados coletados, estes foram compilados e categorizados pela pesquisadora em planilha Excel.

Os dados foram analisados através do método de triangulação, combinando-se métodos de análise de conteúdo das entrevistas e documentos, dados da observação direta e das fontes secundárias, orientados pelas categorias da matriz de análise avaliativa.

Analisou-se a pertinência e coerência entre o que se observou, as respostas e comentários dos entrevistados e as normativas estabelecidas. Para cada item analisado, adotou-se a percepção dos informantes que indicavam adequação ou não do quesito, justificando sua percepção quando solicitado. Cada quesito foi considerado adequado quando no mínimo 80% dos respondentes assim o classificaram. A observação direta possibilitou a compreensão dos aspectos considerados inadequados pelos entrevistados.

A emissão do juízo de valor orientou-se pela matriz de análise e julgamento definida previamente, que possibilitou analisar indicadores, sub-dimensões e dimensões separadamente. O julgamento dos indicadores seguiu os parâmetros adotados e apresentados na matriz.

Para cada subdimensão foi emitido juízo de valor **Bom** quando 50% dos indicadores ou mais foram classificados como bom; e nenhum ruim. O juízo de valor **Ruim** quando 50% dos indicadores ou mais foram classificados como ruim e nenhum bom. E **Regular** nas demais situações.

Considerou-se que os indicadores teriam peso 1, com exceção do indicador "adequação do sistema de informação SISREG", que devido a sua relevância para execução da ação regulatória, teve peso 2.

Após o término da pesquisa, será elaborado e encaminhado ao gestor do Setor de Regulação da Secretaria Estadual da Saúde um documento com devolutiva dos resultados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento da pesquisa contemplou o cumprimento da Resolução nº 466 de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer consubstanciado nº 746.462 – Anexo A) e da Secretaria de Estado da Saúde (Parecer

consubstanciado nº 767.519 – Anexo B). Foi solicitada autorização junto ao Gerente do Complexo Regulador Estadual para a realização da pesquisa, uso de arquivos, registros e similares (Anexos C e D) e a todo participante do estudo foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

PARTE 2 – ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

PARTE 2 - ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

ARTIGO: ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA DE ALTA
COMPLEXIDADE: AVALIAÇÃO DA REGULAÇÃO DO
ACESSO

**Título: Assistência Oncológica de Alta Complexidade: avaliação da
regulação do acesso**

Título em Inglês: Oncology Service High Complexity: evaluation of
regulating access

Autores:

Rosiane Kniess¹

Josimari Telino de Lacerda¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências
da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,
Santa Catarina, Brasil.

Correspondência

Rosiane Kniess

Rua Almirante Lamêgo, n° 830, Apto. 307, bloco A, Bairro Centro

CEP: 88015-600 – Florianópolis/SC - Brasil

E-mail: rosik29@gmail.com; jtelino@ccs.ufsc.br

TÍTULO: Assistência Oncológica de Alta Complexidade: avaliação da regulação do acesso

Resumo

O câncer é um problema de saúde pública com alta incidência, mortalidade e dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento. Esta pesquisa avaliou a regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis (SC), considerando as normativas vigentes, e a estruturação de um modelo de atenção e de serviços integrados e articulados em redes. O modelo avaliativo composto por 14 indicadores, agrupados nas dimensões condição de trabalho e adequação da regulação, foi pactuado em oficinas de consenso com experts. Foram coletados dados através da observação direta, de entrevistas com gestores e profissionais do Complexo Regulador Estadual, de bancos de informação e documentos do setor de regulação estadual. O método de triangulação de dados orientou a análise. Os resultados apontam para uma atuação incipiente da regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade, devido ao fato do Complexo Regulador estar em processo de transição e implantação na região estudada.

Palavras-chaves: Avaliação; Regulação; Acesso; Oncologia.

TÍTULO: Oncology Service High Complexity in the macro-region of Florianopolis: evaluation of regulating access

Summary

Cancer is a public health problem with high incidence, mortality and difficulties in access to diagnosis and treatment. This research evaluated the regulation of access to cancer care in highly complex macro-region of Florianópolis (SC), considering the current regulations, and to structure a model of care and integrated and coordinated services in networks. The evaluation model consisting of 14 indicators, grouped in working condition dimensions and adequacy of regulation, was agreed in consensus workshops with experts. Data were collected through direct observation, interviews with managers and professionals Complex State Governor, information databases and documents of state regulation industry. The data triangulation

method guided the analysis. The results point to an incipient action of regulating access to cancer care in highly complex due to the fact the Regulatory System to be in transition and implementation process in the region studied.

Keywords: Evaluation; Regulation; Access; Oncology

TÍTULO: Servicio de Oncología de Alta Complejidad en la Macro-Región de Florianópolis: la evaluación de regular el acceso

Resumen

El cáncer es un problema de salud pública con alta incidencia, la mortalidad y las dificultades en el acceso al diagnóstico y tratamiento. Esta investigación evaluó la regulación del acceso a la atención del cáncer de alta complejidad macrorregión de Florianópolis (SC), teniendo en cuenta la normativa vigente, y estructurar un modelo de atención y los servicios integrados y coordinados en las redes. El modelo de evaluación que consta de 14 indicadores, agrupados en trabajar dimensiones de condición y la adecuación de la regulación, se acordó en los talleres de consenso con expertos. Los datos fueron recolectados a través de la observación directa, entrevistas con directivos y profesionales gobernador del estado complejo, bases de datos de información y documentos de la industria regulación estatal. El método de triangulación de datos guió el análisis. Los resultados apuntan a una acción incipiente de regular el acceso a la atención del cáncer en altamente compleja debido a que el Sistema de Regulación de estar en proceso de transición y la aplicación en la región estudiada.

Palabras clave: Evaluación; Reglamento; Acceso; Oncología.

INTRODUÇÃO

As rápidas modificações vivenciadas pela sociedade contemporânea na última década, tais como: o processo de urbanização populacional, a industrialização, adoção de novos estilos de vida e de exposição a fatores de risco próprios do mundo desenvolvido, apontam a necessidade de uma melhor organização da atenção à saúde e da ampliação do acesso aos serviços, constituindo-se nos principais desafios para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹.

Os desafios relacionados à equidade no acesso à assistência tornam-se ainda mais complexos quando se trata de doenças de grande magnitude, como o câncer, caracterizado no Brasil como problema de saúde pública devido a fatores como a alta incidência, mortalidade e pela urgência em garantir à população acesso rápido ao diagnóstico e tratamento da doença ².

Apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde no eixo organização dos serviços, o acesso indica o grau de ajuste entre os recursos humanos e tecnológicos utilizados e o problema de saúde da pessoa pois se refere à entrada no sistema e à continuidade do tratamento ou cuidados subsequentes ³⁻⁴.

O acesso não deve se limitar às etapas de procura e entrada no serviço de saúde, mas abranger também a qualidade do cuidado e o seu resultado ⁵. Nessa perspectiva o acesso deve incluir a utilização dos serviços de acordo com a necessidade da pessoa, em tempo e local apropriado.

Na atenção oncológica o acesso tempestivo aos recursos diagnósticos e terapêuticos é um dos aspectos fundamentais para a cura ou ampliação da sobrevida dos pacientes ⁶.

Neste sentido, fortalecer instrumentos de gestão pública que promovam a organização, controle, gerenciamento, priorização do acesso e dos fluxos na assistência oncológica pode sem dúvida contribuir para melhorar os resultados deste setor. Entre estes instrumentos destaca-se a Regulação em Saúde cujas funções estão regulamentadas e organizadas em três dimensões: regulação do sistema, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência ⁷.

A regulação do acesso à assistência visa mapear, configurar e articular as potencialidades do sistema de saúde para o enfrentamento das demandas das populações, subsidiando a gestão de inteligência técnica para a tomada de decisão ⁸. Atua no acesso a serviços em diversos níveis de complexidade com diferentes ações: a) controle dos leitos clínicos e cirúrgicos, das agendas de consultas especializadas, dos

exames e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia; b) padronização das solicitações por meio dos protocolos clínicos e de acesso; c) estabelecimento de mecanismos de referência e contra referência entre as unidades com a definição de fluxos e integração entre ações de solicitação e autorização⁹.

A estrutura operacional responsável por coordenar e executar as funções regulatórias é o Complexo Regulador. Por deter uma posição privilegiada de observação dinâmica do sistema de saúde, pode assumir um relevante papel de instrumento de gestão para o ordenamento e ajuste na oferta de ações e serviços de saúde, sejam estes de média ou alta complexidade. É composto por Centrais de Regulação, que recebem, avaliam, processam e agendam as solicitações de atendimento.

A importância da agilidade e equidade do acesso mobilizou a proposta desta pesquisa, que avalia a regulação do acesso à assistência oncológica na Macrorregião de Florianópolis. Concentrou-se na alta complexidade que engloba procedimentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Este recorte justifica-se por estes procedimentos demandarem grandes investimentos de recursos públicos e serem essenciais para a continuidade dos tratamentos, cura ou aumento da sobrevida dos pacientes, na maioria dos casos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso que avaliou o Complexo Regulador Estadual de Santa Catarina com foco nos aspectos normativos para a regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis a partir da Política Nacional de Regulação do SUS⁷ e da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde no SUS¹⁰.

A região eleita abrange 22 municípios e conta com uma população de 1.041.828 habitantes. Concentra grande parte das instituições que ofertam serviços de Alta Complexidade em Oncologia pelo SUS e referencia o atendimento para todo o Estado, nas seguintes habilitações: quimioterapia para a área de hematologia; oncologia pediátrica; cirurgia oncológica; serviço de radioterapia; serviço de oncologia clínica; cuidados prolongados, enfermidades oncológicas; e transplante de medula óssea autogênico.

Para a elaboração do modelo avaliativo, realizou-se uma revisão bibliográfica e documental que orientou uma proposta inicial analisada, discutida e validada em oficinas de consenso, pela Técnica de Comitê

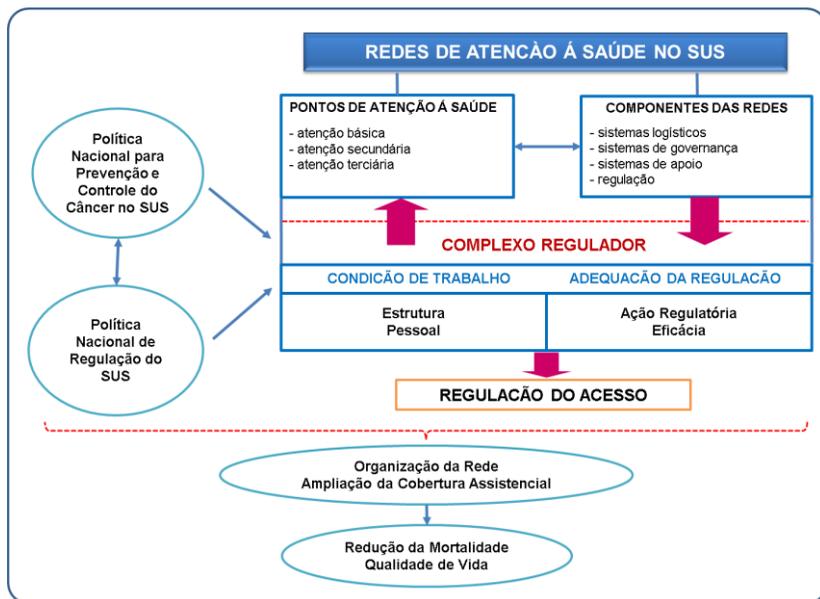
Tradicional. Participaram técnicos da área de regulação e planejamento em saúde e oncologia da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina e experts da área de avaliação em saúde, professores doutores vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina (n=07). Houve uma discussão aberta entre os participantes sobre os indicadores, medidas e parâmetros mais adequados para a avaliação do tema, considerado por todos inovador e de grande relevância. O processo de pactuação foi enriquecedor, sem grandes discordâncias e agregou sugestões proíficas sobre a proposta inicial do modelo-teórico lógico, bem como sobre os elementos da matriz de análise e julgamento.

Na construção do modelo avaliativo assumiu-se como pressuposto que a regulação do acesso à assistência oncológica deve compor uma rede assistencial, garantindo a qualidade da assistência ofertada e satisfação do usuário através da organização, controle, gerenciamento dos fluxos assistenciais e da priorização do acesso equânime. É essencial a estruturação de um modelo de atenção à saúde e serviços integrados e articulados em redes para melhorar a qualidade de vida dos usuários, reduzir a mortalidade, incidência e condições incapacitantes causadas pelo câncer.

A figura 1 sintetiza a compreensão que orientou a avaliação da regulação do acesso neste estudo. Os distintos pontos de atenção à saúde, nos diferentes níveis, devem garantir integralidade da assistência, tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender às regiões de saúde, através de definições mínimas de competências e responsabilidades. Os componentes da rede devem estar interagindo de forma articulada e estruturada. Dentre estes componentes, a regulação assume papel essencial para a organização da rede, ampliação da cobertura assistencial e o acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer. A regulação em saúde está atrelada a estrutura operacional do Complexo Regulador, que deve respeitar critérios normatizados de condição de trabalho e adequação da ação.

O modelo final foi composto por 14 indicadores que analisam aspectos de estrutura, processo e resultados da regulação do acesso agrupados em duas dimensões: Condição de Trabalho e Adequação da Regulação (Quadro 1).

Figura 1: Modelo Teórico Lógico da Avaliação da Regulação do Acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.



Quadro 1 - Matriz de análise da Regulação do Acesso à Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.

INDICADOR		MEDIDA	PARÂMETRO
CONDICÃO DE TRABALHO	ESTRUTURA	1. Adequação do Espaço Físico	Percentual de itens considerados adequados no checklist: Área de regulação; Área de coordenação; Área de administração de sistema de informação; Área de repouso; Área administrativa; Sala de reunião; Copa; Sala para arquivo; Almoxarifado; Sanitários
		2. Adequação de insumos	Percentual de itens considerados adequados no checklist: Aparelhos telefônicos; Fax; Computadores; Equipamentos audiovisuais; Mobiliário; Energia elétrica estável; Climatização adequada.
			Bom= 100% a 70% Regular= 69% a 50% Ruim= <50%
			Bom= 100% a 70% Regular= 69% a 50% Ruim= <50%
Continua...			

INDICADOR		MEDIDA	PARÂMETRO	
Continuação				
CONDIÇÃO DE TRABALHO	ESTRUTURA	3.Adequação de aporte tecnológico	<p>Percentual de itens considerados adequados no checklist: Sistema de acesso; Internet; Recursos de telefonia; Central telefônica; Linhas telefônicas convencionais; Servidores operacionais; Servidores de bases de dados.</p>	<p>Bom= 100% a 70% Regular= 69% a 50% Ruim= <50%</p>
		4.Adequação do Sistema de Informação (Peso 2)	<p>Percentual de itens considerados adequados no checklist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Configurar controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado; ● Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade da mesma; ● Configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o controle financeiro (opcional); ● Permitir a hierarquização entre as Centrais de Regulação; ● Interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH); ● Gerar arquivos para bases de dados nacionais; ● Gerar agenda por especialidade, subespecialidade, profissional e período de validade da mesma; ● Distribuir cotas por Unidade Solicitante e tipos de consultas/procedimentos: 1ª consulta e retorno; ● Possibilitar gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico; ● Configurar impedimentos por estabelecimento e profissional; ● Gerar mapa de leitos com atualização; ● Acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador; ● Autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIH's, APAC's; ● Controlar o fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares e ambulatoriais; ● Acompanhar a evolução dos atendimentos e internações agendadas; ● Visualizar a ocorrência de cancelamentos de internações e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas. 	<p>Bom= 100% Regular= 99% a 80% Ruim=< 80%</p>
			Continua...	

INDICADOR		MEDIDA	PARÂMETRO
Continuação			
CONDICÃO DE TRABALHO	PESSOAL	1.Exercício da autoridade sanitária	Percepção quanto à autoridade sanitária do regulador Bom = Adequado Regular = Parcialmente adequado Ruim= Inadequado
		2.Suficiência	Existência de Profissionais em número e categorias compatíveis com o porte, estrutura e necessidade local do Complexo Regulador Bom = Adequado aos critérios preconizados no Manual de Implantação de Complexos Reguladores Ruim= Inadequado
		3.Qualificação Profissional	Realização de capacitações em regulação, incluindo a especialidade de oncologia, no último ano Realização de capacitações no uso do SISREG no último ano Bom=Realização de ambas Regular= realização de uma Ruim= nenhuma
ADEQUAÇÃO DA REGULACÃO	AÇÃO REGULATÓRIA	1. Assessoramento da Gestão	Percepção quanto ao assessoramento da gestão da assistência oncológica nos seguintes aspectos: controle e avaliação; planejamento; auditoria. Bom= Assessora em todos Regular= Assesora em algum Ruim = Nenhum
		2.Gerenciamento de quotas	Percepção quanto ao gerenciamento das quotas pactuadas para quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica Bom= Gerencia as três Regular= Gerencia alguma Ruim = Nenhuma
		3.Gerenciamento do sistema de referência	Existência de estratégias de acompanhamento dos agendamentos regulados para as áreas de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica Bom= Existe para as três áreas Regular = Existe para alguma Ruim = Nenhuma estratégia
		4. Padronização de solicitações	Uso de protocolos clínicos e de acesso para ação regulatória no tratamento de câncer de mama, intestino e leucemia mielóide crônica Bom=Utilização de protocolo clínico e de acesso Regular= Utilização de um Ruim= Nenhum
EFICÁCIA		1.Tempestividade do acesso	Percepção sobre adequação de estratégias de regulação da tempestividade do acesso para cirurgia de câncer neurológico, de mama, e leucemia mielóide aguda. Bom = Adequadas Regular= Parcialmente Adequadas Ruim = Inadequadas
			Continua...

INDICADOR		MEDIDA	PARÂMETRO
Conclusão			
ADEQUAÇÃO	EFICÁCIA	2. Controle da demanda reprimida	Controle pelo Complexo Regulador das demandas para cirurgia de câncer de mama e exames diagnósticos de colonoscopia com biópsia.
		3. Capacidade produtiva	Tempo médio para aprovação de APACS e AIHS de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológicas.
			Bom=Controle de ambos Regular= Controle de um Ruim= Não há controle
			Bom= Adequada aos critérios da Lei nº 12.732 de 22/11/2012 Ruim = Inadequada

A coleta de dados foi realizada em três dias durante o período vespertino, utilizando-se fontes primárias e secundárias. As fontes primárias de dados foram produzidas junto aos informantes chaves: gerente, coordenadores, médicos reguladores e demais profissionais que atuam em nível operacional e de gestão da Regulação da Assistência Oncológica na Macrorregião de Florianópolis. Utilizou-se a técnica de entrevista estruturada a partir da aplicação de instrumentos contendo aspectos relativos à condição de trabalho e adequação da regulação, com abordagem qualitativa e quantitativa, conforme definido na matriz de análise e pertinência à atuação dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas mediante autorização formal dos entrevistados.

Realizou-se ainda a observação direta, para acompanhamento da dinâmica de trabalho do Complexo Regulador e aproximação com a equipe de profissionais atuante nas Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internação Hospitalar.

As fontes secundárias constituíram documentos oficiais do Complexo Regulador, Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação de Consultas, Exames e Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina de 2013, Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Portarias do Ministério da Saúde¹¹⁻¹².

Os dados foram analisados através do método de triangulação, combinando-se métodos de análise de conteúdo das entrevistas e documentos, dados da observação direta e das fontes secundárias, orientados pelas categorias da matriz de análise avaliativa.

Analisou-se a pertinência e coerência entre o que se observou, as respostas e comentários dos entrevistados e as normativas estabelecidas. Para cada item analisado, adotou-se a percepção dos informantes que

indicavam adequação ou não do quesito, justificando sua percepção quando solicitado. A observação direta possibilitou a compreensão dos aspectos considerados inadequados pelos entrevistados. O agrupamento das percepções dos entrevistados para cada item foi realizado em escala. Cada quesito foi considerado adequado quando no mínimo 80% dos respondentes assim o classificaram. Nos casos em que a medida estava baseada em um check-list o indicador foi considerado adequado a partir dos percentuais descritos na Matriz (Quadro 1).

A emissão do juízo de valor orientou-se pela matriz de análise e julgamento definida previamente, que possibilitou avaliar indicadores, sub-dimensões e dimensões separadamente. Para cada subdimensão foi emitido juízo de valor **Bom** quando 50% dos indicadores ou mais foram classificados como bom; e nenhum ruim. O juízo de valor **Ruim** quando 50% dos indicadores ou mais foram classificados como ruim e nenhum bom. E **Regular** nas demais situações.

Considerou-se que os indicadores teriam peso 1, com exceção do indicador "adequação do sistema de informação SISREG", que devido a sua relevância para execução da ação regulatória, teve peso 2.

Para cumprimento das questões éticas, o desenvolvimento da pesquisa contemplou os critérios da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer nº 746.462) e da Secretaria de Estado da Saúde (Parecer nº 767.519).

RESULTADOS

A avaliação da regulação do acesso à assistência oncológica nesta pesquisa considerou duas grandes dimensões. A Dimensão Condição de Trabalho foi considerada regular, apresentando 05 indicadores classificados como Bom e 02 como Ruim. A Dimensão Adequação da Regulação considerada Ruim, apresentou 03 indicadores classificados como Ruim e 03 classificados como Regulares. No julgamento final a Regulação foi considerada Ruim. A avaliação está apresentada esquematicamente no quadro 2 e o seu detalhamento a seguir.

No bloco da Condição de Trabalho do Complexo Regulador observou-se as sub dimensões estrutura e pessoal. Nas condições estruturais os itens insumos, espaço físico e aporte tecnológico foram considerados adequados. Aspectos negativos quanto a central telefônica, sala de repouso e mobiliário, foram apontados por alguns entrevistados, mas representaram menos de 80% das percepções dos participantes,

constatando-se através da observação direta que as inadequações citadas não comprometem o funcionamento do Complexo Regulador.

Quadro 2 - Matriz de julgamento da Regulação do acesso a Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis.

DIMENSÃO CONDIÇÃO DE TRABALHO		INDICADOR	NOTA	SUB-DIMENSÃO	DIMENSÃO	JULGAMENTO DA REGULÇÃO
		ESTRUTURA	1 Adequação do Espaço Físico			
2.Adequação de insumos	Verde					
3.Adequação de aporte tecnológico	Verde					
4.Adequação do Sistema de Informação (Peso 2)	Vermelho					
PESSOAL	1.Exercício da autoridade sanitária		Vermelho			
	2.Suficiência		Verde			
	3.Qualificação Profissional		Verde			
DIMENSÃO ADEQUAÇÃO DA REGULÇÃO	AÇÃO REGULATÓRIA	1.Assessoramento da Gestão	Amarelo	Vermelho	Vermelho	
		2.Gerenciamento de quotas	Vermelho			
		3.Gerenciamento do sistema de referência	Vermelho			
		4.Padronização de solicitações	Amarelo			
	EFICÁCIA	1.Tempestividade do acesso	Vermelho			
		3.Controle da demanda reprimida	Amarelo			
		4.Capacidade produtiva	Vermelho			

Legenda: Verde = Bom, Amarelo = Regular e Vermelho = Ruim

O único indicador cuja totalidade dos itens foram considerados inadequados para 100% dos entrevistados, foi o sistema de informação utilizado, o SISREG. O Sistema SISREG para regulação da alta

complexidade em oncologia encontra-se ainda em fase de implantação no Complexo Regulador Estadual, sendo o processo regulatório nesta especialidade permeado por várias lacunas e fragilidades relacionadas a questões políticas e técnicas.

As agendas médicas e de toda a oferta assistencial dos serviços cadastrados não estão disponíveis no sistema, conforme identificados nas falas dos entrevistados R4 e R7: *"O complexo regulador não está regulando a alta complexidade em oncologia. Gerencia fila de espera só para consultas de especialidades"* (R4); (...) *"O SISREG está configurado, mas não tem as agendas lançadas. Estão esperando incluí-las, pois atualmente nesta especialidade os solicitantes são os próprios executantes"* (R7).

Atualmente o Complexo tem somente 10 ou 15% da capacidade de oferta destes serviços existente configurada dentro das Centrais Estaduais de Regulação, o que praticamente inviabiliza o controle dos dados de produção e atendimento destes serviços por parte da regulação.

Devido a não configuração do SISREG, o Complexo Regulador não executa ações primordiais como: controle do fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares, visualização e controle da ocorrência de cancelamentos de internações, não execução de consultas e exames por motivo definido ou por impedimentos de agendas. A fala de R4 também subsidia esta afirmação: *"(...) como as unidades não disponibilizam as agendas existentes e estão lançando os atendimentos médicos somente depois de realizados, o Complexo Regulador não consegue conhecer as barreiras existentes e propor grades resolutivas em relação ao acesso do usuário aos serviços"*.

Na análise da sub-dimensão Pessoal, observou-se comprometimento no exercício da autoridade sanitária do regulador no tocante a alta complexidade em oncologia. O Complexo Regulador tem implantado oficialmente as Centrais de Regulação de exames e internação, mas não consegue assumir a regulação, uma vez que nem todos os serviços e agendas ambulatoriais de consultas, exames e procedimentos estão no SISREG. A Regulação da internação neste momento está restrita ao processo autorizativo das Guias de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O Médico regulador não está intervindo no agendamento de consultas, exames e internações, por não conseguir acessar previamente as evidências clínicas do caso e encaminhar o paciente à unidade executante com a indicação de acesso à melhor opção terapêutica disponível para seu problema de saúde.

Esta constatação é corroborada com a fala de R2 quando

questionado sobre o que considerava risco para autorização e para o exercício da autoridade sanitária:

“O processo aqui está prejudicado porque nós não temos as solicitações no sistema. Somente a AIH para autorização do procedimento já realizado. Se todas as solicitações estivessem no sistema a regulação poderia desempenhar seu papel, sua função que é regular por protocolos clínicos e definir qual paciente iria primeiro por gravidade clínica. A decisão de internar no momento não é do médico regulador com sua autoridade sanitária que avalia a solicitação, mas do médico assistente do hospital e esta é a grande diferença. Esta é uma grande inversão cultural e administrativa que vem sendo historicamente adotada”.

No segundo bloco analisou-se a Adequação da Regulação, a partir de aspectos relacionados à Ação Regulatória e Eficácia destas ações. Na Ação Regulatória observou-se o assessoramento da gestão, gerenciamento de quotas, gerenciamento do sistema de referência e padronização de solicitações.

No assessoramento da gestão, o Complexo Regulador tem gerado muitos dados no nível local, mas estes não têm contribuído de fato para a tomada de decisão no reordenamento da Regulação do acesso na Alta Complexidade em Oncologia na Macrorregião de Florianópolis. Estas informações não estão sendo compiladas pela regulação na forma de relatórios enviados aos setores estratégicos do Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina, segundo informantes da pesquisa.

Identificou-se também que o Complexo Regulador Estadual, não está conseguindo acompanhar as quotas pactuadas para quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica na região do estudo. Tal situação se dá pelo fato do Complexo Regulador não conseguir mapear todos os recursos assistenciais e agendas disponíveis nas unidades hospitalares. Estas informações não estão totalmente configuradas no SISREG, que tem dispositivo para acompanhar a alocação de leitos por clínica e prestador e distribuir cotas de consultas/retornos e procedimentos por Unidade Solicitante. Quando questionados se sabiam dizer como a regulação acompanha as quotas pactuadas para quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica os entrevistados relataram que: *“Na área ambulatorial nós não temos controle das quotas, é direto no*

hospital. Nós não entramos nos hospitais, nem organização social ou próprio. Eles mandam a agenda pronta para nós... só vem o horário para configurar no sistema" (R1); "Os estabelecimentos que possuem habilitação não disponibilizaram no SISREG toda sua oferta. Nós estamos há um ano trabalhando para que todos os serviços que estão contratualizados disponibilizem sua oferta no SISREG. Mas no momento nós não temos o controle" (R2).

Indagou-se ainda no aspecto do acompanhamento de quotas se os mecanismos adotados pelo Complexo Regulador estão adequados para o controle do acesso na assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis. A maioria das percepções aponta que este processo precisa ser melhorado. *"Acredito que há necessidade deste controle passar pelo Complexo Regulador" (R3).* Para (R1) *"Nós fizemos reuniões pois é uma das cobranças do Estado que tem que regular o acesso. Então, da próxima vez que for feito o contrato de gestão de serviços, vai ter que botar no sistema e regular o acesso. O Estado por enquanto não tem nenhuma agenda, o acesso é tudo direto com o TFD ou com o hospital. Na verdade tudo o que o estado paga tem que ser regulado".*

Quanto ao Gerenciamento do sistema de referência observaram-se as mesmas debilidades relatadas no controle de quotas. (...) *"a referência e contra referência dos estabelecimentos está faltando. Não tem acompanhamento dos pacientes dentro dos serviços. Nós acompanhamos o que vem para o nosso setor somente de APACS, ou quando a internação é pelo SISREG. A gente sabe que o serviço foi realizado pela APAC e AIH emitida" (R2).*

Ainda na análise da Ação Regulatória avaliou-se a padronização de solicitações. Levantou-se junto aos entrevistados se o Complexo Regulador adota instrumentos de padronização da ação regulatória para tratamento de câncer de mama, pulmão, intestino e leucemia mielóide crônica e como estes instrumentos foram padronizados. De modo geral os entrevistados relataram que não existem protocolos de acesso formalizados, uma vez que alguns serviços não estão com fluxos estabelecidos e com todos os dados configurados no SISREG. O que existe são os protocolos clínicos, que são padronizados pelo Ministério da Saúde.

Quando questionados se os protocolos adotados são suficientes para assegurar a padronização da ação regulatória dessas tipologias de câncer R2 aponta que *não, pois os protocolos de acesso não estão totalmente implantados, já (R4) relata que "para a área administrativa sim, assistencial não".*

A análise da Eficácia da Regulação buscou identificar aspectos ligados à tempestividade do acesso, controle da demanda reprimida e capacidade produtiva do regulador.

Questionou-se sobre quais medidas são adotadas pelo Complexo Regulador para garantir o acesso no tempo oportuno à cirurgia de câncer neurológico, de mama, e tratamento de leucemia mielóide aguda. Observaram-se fragilidades administrativas e técnicas no controle da tempestividade do acesso a assistência oncológica de alta complexidade realizada pelo Complexo Regulador Estadual. Esta situação, segundo os entrevistados, deve-se a fatores como: o sistema de regulação ainda está em processo de implantação ou consolidação; sua operacionalização não está instrumentalizada plenamente por protocolos de acesso; a falta de controle de toda oferta assistencial disponível; as agendas médicas não estarem todas configuradas no SISREG e não haver controle das filas e demandas reprimidas existentes nesta especialidade. Estas informações são ilustradas pelas falas "*infelizmente as listas de cirurgias, o controle das cirurgias, quem vai primeiro ou por último não está sob controle do complexo regulador*" (R2); "*O complexo regulador não controla as filas*" (R5); "*O Complexo regulador ainda não regula a demanda. As agendas e filas estão junto aos hospitais*" (R6).

Quando questionado sobre o conhecimento quanto aos casos de câncer em que o acesso ao tratamento é mais difícil, R4 relata "*que é para cirurgia de cabeça e pescoço, braquiterapia ocular, cirurgia urológica masculina, biópsias de próstata e de tireóide*". Os demais alegam não ter conhecimento, justamente devido à falta de controle da demanda reprimida e filas existente.

Cirurgia de câncer de mama e cabeça e pescoço e exames diagnósticos de colonoscopia com biópsia foram os elementos de análise do controle da demanda reprimida. O Complexo Regulador Estadual possui atualmente demanda reprimida para os exames de colonoscopia, mas todos os pedidos em que há indicação médica de biópsia devido a suspeita ou confirmação de câncer são priorizados. No tocante a demanda reprimida para as cirurgias de câncer os entrevistados apontam que quem controla a demanda é o serviço, não a regulação. Quando o Complexo Regulador precisa saber quantos pacientes estão aguardando atendimento, liga para o médico assistente do hospital que gerencia as filas e este disponibiliza estes dados.

Os informantes destacaram que "*(...) várias condutas vem sendo adotadas pelo Complexo Regulador visando superar estas lacunas assistenciais e entre elas cita a troca de conversa com as unidades hospitalares, diretoria de planejamento, gerência de contratualização e*

de controle e avaliação sobre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde" (R1).

O último indicador avaliado na sub-dimensão Eficácia da Regulação foi a capacidade produtiva. Para mensuração deste indicador avaliou-se se a adequação do tempo médio para aprovação de laudos de APACS e AIHS de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológicas ao prazo estipulado na Lei ¹². A lei preconiza que o paciente com neoplasia maligna tem direito a se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico. De acordo com as informações levantadas, o tempo médio para autorização dos tratamentos quimioterápicos e radioterápicos de 1ª vez é em torno de 72 horas. As solicitações de renovações levam em média de 7 a 10 dias para serem autorizadas sendo este tempo condicionado a quantidade de médicos disponíveis. Para internação o tempo médio é de 3 a 5 dias. Conforme exposto nos resultados anterior, o Complexo Regulador não tem controle prévio dos atendimentos realizados pelo paciente nas unidades executantes. Os prazos referem-se somente ao processo autorizativo de APACS e AIHS de procedimentos já efetuados pelo paciente, não informando sobre o tempo a partir das solicitações, por isso, foi assumido como inadequado.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa avaliativa buscou suscitar reflexões sobre a importância da incorporação de novas práticas de gestão para construção de modelos de atenção à saúde que visem assegurar aos cidadãos a equidade da assistência.

A regulação assume o importante papel na construção deste "novo modo" de se pensar a saúde, pois permite ao Estado aperfeiçoar a rede de serviços e garantir ao usuário um acesso mais tempestivo as terapêuticas assistenciais existentes.

A estrutura operacional responsável por coordenar e executar as funções regulatórias é o Complexo Regulador, que pode assumir, quando adequadamente estruturado, um relevante papel de instrumento de gestão para o ordenamento e ajuste na oferta de ações e serviços de saúde.

Os achados do estudo revelaram que na Macrorregião de Florianópolis, a Regulação da Alta Complexidade em Oncologia, encontra-se fragilizada, incipiente e permeada por nós críticos, que

envolvem questões políticas e operacionais.

O Complexo Regulador vem enfrentando grandes obstáculos para executar a regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na região estudada, por não dispor de apoio logístico e fluxos bem ordenados que possam nortear o domínio da relação entre a gestão e os prestadores de serviços.

Ficou evidente o *locus* de controle dos recursos assistenciais como ocupação de leitos, agendas de consultas, cirurgias oncológicas e procedimentos de quimioterapia e radioterapia nos estabelecimentos de saúde, e não no Complexo Regulador, como esperado. Atualmente, este controla somente 10 a 15 % dos serviços cadastrados nas Centrais.

As normativas vigentes preconizam que para habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio, as Centrais de Regulação de Consultas e Exames devem regular pelo menos 30% da oferta das primeiras consultas especializadas e 50% da oferta de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e as Centrais de Regulação de Internações hospitalares devem regular pelo menos 50 % do acesso à oferta de internação hospitalares¹³.

Na elaboração do Plano de Organização das Centrais de Regulação de Consultas, Exames e Internações Hospitalares de Santa Catarina não foram contemplados os critérios de habilitação para recebimento do custeio financeiros, permanecendo esta pauta em aberto para ser abordada em novo projeto a ser elaborado pela Secretaria Estadual da Saúde¹².

Outra evidência é a importância do pleno funcionamento do sistema SISREG, pois dele decorre a maioria do potencial regulatório.

Para tanto, é imperativo que o Complexo Regulador tenha acomodada no sistema SISREG, toda a oferta assistencial disponível na rede de serviços próprios e contratualizados, produzindo periodicamente a emissão de informações sobre as ações regulatórias executadas, subsidiando o processo avaliativo e decisório por parte da gestão.

Evidenciou-se, que a decisão de internar não é uma decisão da regulação na figura do médico regulador com sua autoridade sanitária, mas do médico assistente do hospital, conduta esta que foge aos padrões preconizados na Política de Regulação do SUS.

Esta inversão cultural de transferência de *locus* de poder compromete não só a impessoalidade na determinação da melhor terapêutica existente, mas também a determinação do acesso à assistência de acordo com critérios de classificação de risco.

Problemas semelhantes foram abordadas em um estudo realizado para avaliar o acesso ao SUS nas representações e práticas de

profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação Estadual e de Urgência do município de Rio de Janeiro ¹. Para os autores a determinação do acesso através das redes de relações pessoais, a insuficiência de recursos, e a prática de acobertamento de vagas existentes, imprimem angústia aos gestores da regulação, que muitas vezes não conseguem responder as necessidades impostas cotidianamente, uma vez que existe uma multiplicidade de redes operando em conexões diversificadas e isoladamente, construindo linhas de produção de cuidados em saúde que seguem caminhos diversificados da regulamentação.

Os achados de outro estudo corroboram esta discussão, como o realizado no Complexo Regulador de Goiânia, que avaliou a regulação médica do fluxo das urgências ¹⁵. Segundo a autora, ficou evidente que o empoderamento do médico regulador no exercício de sua autoridade sanitária contribui para o sucesso das funções regulatórias executadas pela Central de Regulação. Em suas considerações, os gestores e médicos reguladores entrevistados, defenderam que o processo do trabalho autorizativo por regulação médica trouxe a possibilidade de orientar a demanda antes não regulada, para o acesso dos usuários às ações e serviços nos pontos de atenção da Rede de Atenção as Urgências em Goiânia.

Diante do exposto, é notória a magnitude da compreensão de que o exercício da autoridade sanitária por parte do médico regulador não pode configurar-se como mais um ponto de estrangulamento do sistema. Os gestores devem assegurar que as questões burocráticas, administrativas e políticas não se sobreponham aos interesses coletivos, e que dotar estes profissionais de condições para exercer o poder decisório, é assegurar aos usuários o cumprimento de princípios norteadores do SUS, como a integralidade e equidade da assistência.

Arelado a este descontrolo assistencial por parte do médico regulador, aparecem outras fragilidades, relativas à ação regulatória da alta complexidade em oncologia executada na Macrorregião de Florianópolis e que dizem respeito ao gerenciamento das quotas, do sistema de referência e contra referência e o assessoramento da gestão.

A regulação tem como estratégia mapear as unidades e redes de serviços assistenciais da área de abrangência do Complexo Regulador, caracterizando e distribuindo o quantitativo de quotas de consultas, exames, procedimentos e leitos a elas destinadas e pactuadas na PPI assistencial ⁹.

Entre os entrevistados, alguns consideraram que os problemas de quotas existem porque os recursos financeiros são insuficientes e porque

a PPI não vem acompanhando o crescimento dos casos de oncologia. Estes acreditam que tais problemas podem ser superados através do controle e monitoramento do aumento de incidência de casos novos de câncer e da demanda reprimida existente nesta especialidade e que o funcionamento adequado do Complexo Regulador viabilizaria o fortalecimento destas ações.

As reflexões e respostas dos entrevistados apontam ainda a necessidade de se propor grades resolutivas destes serviços, para que o Complexo Regulador possa controlar os fluxos dos atendimentos prestados aos pacientes nas unidades hospitalares e ambulatoriais, permitindo assim, que sejam emitidos relatórios gerenciais, contendo índices de cobertura assistencial na alta complexidade em oncologia, fomentando o assessoramento da gestão.

Ressalta-se que esta dificuldade ocorre na maior parte das regiões do nosso país, conforme demonstrado na pesquisa realizada pelo Tribunal de Contas da União. Os achados apontam que a PPI não está consolidada como instrumento norteador da regulação em várias secretarias estaduais e municipais, devido: não atualização física financeira; deficiência do seu monitoramento pelos entes federados e pelo fato das suas informações não serem utilizadas para alimentar os sistemas de regulação¹⁶.

Aprofundando o olhar sobre os resultados deste estudo, suscitamos uma reflexão para um aspecto da gestão que extrapola o objeto aqui avaliado, mas de extrema importância para a gestão. O fato da PPI não estar sendo atualizada na maior parte dos estados, faz com que ela perca sua função de norteadora do planejamento das ações em saúde, tornando-se um mero instrumento de distribuição de recursos financeiros. Discute-se neste caso, a importância das diferentes instâncias de gestão criarem mecanismos para fomentar o uso da PPI e que esta possa desempenhar seu papel estratégico, que é fornecer subsídios para o processo de regulação assegurar a equidade de acesso¹⁶.

Este problema da atenção coordenada também aparece em outra pesquisa, como a realizada para avaliar o Complexo Regulador do Sistema Público de Saúde de Ribeirão Preto¹⁷. A autora aborda a acessibilidade organizacional, deixando claro que esta é influenciada pelos obstáculos originários nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Antes da implantação do Complexo Regulador na região estudada, os reguladores não tinham conhecimento dos fluxos existentes e da trajetória percorrida pelos usuários dentro do sistema. Com a implantação houve uma facilitação do acesso às consultas médicas especializadas e a exames complementares, principalmente em

decorrência da sistematização da assistência através do correto preenchimento da Guia de Referência, instrumento decisivo para o desenvolvimento da atividade regulatória.

Ainda relacionado ao processo de ação regulatória, avaliou-se a adoção de instrumentos de padronização da ação regulatória para tratamento de câncer de mama, pulmão, intestino e leucemia mielóide crônica. A partir das narrativas identificou-se que no momento são utilizados na especialidade de oncologia, os protocolos clínicos padronizados pelo Ministério da Saúde. Os protocolos regulatórios de acesso ainda não foram formalizados, uma vez que alguns serviços não estão com fluxos estabelecidos e com todos os dados relativos à assistência configurados no SISREG.

Ressalta-se que os entrevistados demonstraram ter conhecimento sobre o papel dos protocolos de acesso como instrumento facilitador da ação regulatória, considerando relevante e urgente padronização deste documento por parte do Complexo Regulador Estadual.

Os resultados encontrados no estudo realizado pelo Tribunal de Contas da União reforçam a importância desta padronização. Identificou-se que o acesso na maior parte dos serviços não é orientado por regras estabelecidas, conduta esta que além de fragilizar o sistema, contribui para o risco de seleção de pacientes em critérios de influência pessoal. Os autores consideram que pela oferta de serviços ser limitada, a ocupação de leitos hospitalares e a realização dos procedimentos devem ser feitas de forma ordenada e norteada por protocolos assistenciais e critérios de classificação, visando o balizamento do acesso segundo o princípio da necessidade do indivíduo¹⁶.

Os aspectos discutidos até aqui refletem direta e negativamente nos resultados da eficácia da regulação, no caso estudado. Como o Complexo Regulador Estadual não controla as agendas e filas para cirurgias, quimioterapias e radioterapias, não consegue monitorar e assegurar a tempestividade do acesso dos pacientes a estes procedimentos. A todo o momento vislumbrou-se nas respostas dos entrevistados as dificuldades que o Complexo Regulador enfrenta para efetuar o controle das filas, e demandas reprimidas.

Faz-se salutar registrar, que a regulação das internações é um processo bastante complexo, pois articula diversos interesses envolvendo a gestão e os prestadores de serviço, sendo esta ação permeada e até mesmo “atropelada”, por interferências econômico-financeiras e políticas¹⁷.

É apropriado ressaltar que apesar da complexidade das limitações impostas faz-se imprescindível, para assegurar a equidade e

integralidade do acesso a assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis, o aprimoramento das atribuições do Complexo Regulador Estadual, dotando-o de poder para exercer tecnicamente o controle da capacidade instalada, oferta e demandas existentes nos serviços.

Do ponto de vista da gestão, a regulação assume um importante papel na construção deste "novo modo" de pensar e atuar em saúde, pois permite ao Estado aperfeiçoar a rede de serviços e garantir ao usuário o acesso mais tempestivo às terapêuticas assistenciais existentes¹⁷.

CONSIDERACOES FINAIS

A institucionalização da avaliação em saúde mostra-se como uma mola propulsora para o fomento da resolubilidade e qualificação do modo de produzir as ações de saúde. Esta pesquisa suscitou reflexões sobre a importância das incorporações de novas práticas de gestão para construção de modelos de atenção a saúde que tenham como foco principal assegurar aos cidadãos a equidade e integralidade da assistência.

O Complexo Regulador é uma importante ferramenta de avaliação e gestão pública. Contudo, dependendo do modelo adotado na sua estruturação, pode numa inversão cultural de valores, servir para reproduzir um sistema de saúde pouco efetivo na solução dos problemas de saúde da população.

Os achados da pesquisa apontam que a atuação do Complexo Regulador Estadual no tocante a regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis, encontra-se em processo incipiente e de transição e que sua capacidade de ofertar respostas às necessidades de saúde dos pacientes, está muito aquém do seu potencial. Entretanto, faz-se necessário considerar que a proposta inovadora e o pouco tempo de existência da Política Nacional de Regulação no SUS, publicada em 2008, faz com que sua operacionalização na maioria dos Estados, encontre-se ainda em franco processo de implantação.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam fomentar reflexões críticas e profícuas sobre a necessidade de se repensar o modelo de atenção adotado na regulação da alta complexidade em oncologia na região estudada. Considera-se imprescindível associar aos elementos encontrados, reverberações quanto a magnitude e complexidade que envolvem o processo de formulação,

operacionalização e monitoramento de Políticas Públicas no SUS e que as lacunas e fragilidades encontradas muitas vezes extrapolam os critérios técnicos e interesse dos gestores.

Acredita-se, que o modelo avaliativo desenvolvido demonstrou ser efetivo para alcançar os objetivos propostos neste estudo, assim considera-se que outra contribuição desta pesquisa é a possibilidade do modelo ser replicado em demais estudos direcionados a avaliar a regulação do acesso à assistência oncológica de outras regiões de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis*. 2012;22(1):119-40. Doi: 10.1590/S0103-73312012000100007
2. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CA, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad Saúde Pública*. 2011 fev;27(2):317-26. Doi: 10.1590/S0102-311X2011000200013
3. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Boston: Harvard University Press; 1973.
4. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995 Mar;36(1):1-10.
5. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, (Orgs.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2008. p. 183-237.
6. Höfelmann DA, Anjos JC, Ayala AL. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 jun;19(6):1813-24. doi.org/10.1590/1413-81232014196.03062013.

7. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM, nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DOU, Seção I, de 04 Ago 2008, p. 48, Col. 1.
8. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. Interface Comum, Saúde, Educ. 2006 jan/jun;10(19):25-41.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em saúde. Rio de Janeiro: CONASS; 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS, 10).
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/GM, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Brasília, DOU, Seção I, de 17 de maio de 2013 [Acesso em: 08 abr 2013], p. 129, Col. 1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
11. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Plano estadual de organização das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: SES/SC; 2013.
12. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação 040CIB/13: Plano Estadual de organização das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: SES/SC, 2013. 104 p.
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DOU, Seção I, de 23 agosto de 2012 [Acesso em: 08 abr 2013], p. 29, Col. 2. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1792_22_08_2012.html
14. Presidência da República (BR). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. DOU,

Brasília, Seção 1, de 23 nov. 2012, p. 1.

15. Barbosa DVS. Regulação médica do fluxo das urgências: análise do complexo regulador de Goiânia [dissertação]. Anápolis (GO): Curso de Mestrado Acadêmico em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Uni EVANGÉLICA; 2012.
16. Tribunal de Contas da União (BR). Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo. Relatório de Auditoria Operacional: Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.
17. Ferreira JBB. Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A produção de acesso equânime e integral na saúde é um grande desafio para a gestão do SUS, principalmente em segmentos assistenciais que demandam grande investimento de recursos financeiros e aportes tecnológicos, como é o caso da assistência oncológica de alta complexidade. A regulação em saúde desempenha neste processo um papel de grande relevância, pois quando devidamente implantada, contribui para a organização e fortalecimento da rede assistencial.

A proposta deste estudo surgiu justamente do interesse da pesquisadora em conhecer quais critérios normativos foram adotados pela gestão local na implantação da regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis.

Para atingir o objetivo proposto, vários desafios precisaram ser superados. A inexistência de estudos avaliativos na área de regulação em oncologia, primeiramente configurou-se como obstáculo à continuidade da pesquisa, mas após reflexões e troca de saberes com a orientadora, compreendeu-se que esta dificuldade poderia se tornar uma das grandes contribuições da pesquisa: desenvolver um modelo avaliativo de pesquisa passível de replicação em outras regiões de saúde.

Imbuídas deste sentimento de superação, iniciamos a primeira etapa da pesquisa: a) desenvolver um Modelo-Teórico Lógico, que contemplasse e articulasse os pressupostos de duas Políticas Públicas de grande relevância no SUS: A Política Nacional de Regulação e a Política para Promoção e Prevenção do Câncer na Rede de Atenção as Doenças Crônicas e b) construir uma Matriz de Avaliação que apresentasse flexibilidade para mudanças futuras, podendo os indicadores, medidas e parâmetros selecionados serem adaptados às realidades de outros Complexos Reguladores.

A segunda etapa da pesquisa, envolveu o estudo de caso do Complexo Regulador Estadual. Este momento foi certamente o mais desafiador, uma vez que para a aplicação do modelo avaliativo desenvolvido e coleta dos dados junto aos informantes chaves, foi necessário um processo de ampla negociação, criação de vínculos de confiança e de compartilhamento de ideias quanto à relevância do estudo avaliativo que estava sendo desenvolvido.

Tais barreiras decorreram principalmente do fato de alguns

profissionais desconhecerem a importância da institucionalização da avaliação em saúde e acreditem que a pesquisa estava sendo realizada com um caráter fiscalizatório ou de apontar falhas.

O resultado final da pesquisa evidenciou que a regulação do acesso na alta complexidade em oncologia na Macrorregião de Florianópolis, encontra-se em processo de implantação e permeada por várias fragilidades que dizem respeito a aspectos políticos e operacionais.

Espera-se que as informações contidas neste estudo, possam subsidiar a tomada de decisão por parte da gestão no sentido de aprimorar as atribuições do Complexo Regulador Estadual, dotando-o de poder para exercer tecnicamente o controle da capacidade instalada, oferta e demandas existentes nos serviços, favorecendo o conhecimento e visualização do sistema de saúde como um todo.

Ao mesmo tempo, espera-se que o desenvolvimento desta pesquisa suscite a compreensão de que a institucionalização da avaliação em saúde, não deve configurar-se somente como uma estratégia política de avaliação local, mas também como instrumento de gestão, passível de adaptações a diferentes visões e necessidades locais, capaz de promover profundas transformações nos saberes técnicos e na qualidade da assistência ofertada à população.

REFERÊNCIAS GERAIS

ALBUQUERQUE, N. **Avaliação do acesso a leitos de UTI através da Central de Regulação Hospitalar do SUS em PE no ano de 2009.**

2010, 47 f. Monografia (Especialização em Enfermagem) - Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behav.** v. 36, n. 1, p. 1-10, Mar. 1995.

ANDREAZZI, M. F. S. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003.** Rio de Janeiro: MS, 2004. p. 121-46.

AQUINO, D. I.; PRÉVE, A. D.; SABINO, M. M. F. L. Complexo Regulador de Florianópolis: gestão do acesso da atenção especializada do Sistema Municipal de Saúde de Florianópolis. **Coleção Gestão da Saúde Pública;** v. 1, p. 99-119, 2010.

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad Saude Publica;** v.27, n. 2, p. 295-304, fev. 2011.

BARBOSA, D. V. S. **Regulação médica do fluxo das urgências:** análise do complexo regulador de Goiânia. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Acadêmico em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Uni EVANGÉLICA, Anápolis (GO), 2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Lei Orgânica da Saúde]. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 20 set. 1990a, Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências [Lei Orgânica da Saúde]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b, Seção 1, p. 25.694.

_____. Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece, na forma do anexo desta portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, de 13 Jun 2002, p. 36, Col. 2.

_____. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 76, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 80-81.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 68 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção I, de 23 Fev 2006c, p. 43, Col. 2.

_____. Portaria MS/GM nº 1.559, de 01 agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção I, de 04 Ago 2008a, p. 48, Col. 1.

_____. Departamento de Informática do SUS - DATASUS **Manual do Operador Solicitante SISREG III** (Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos). Brasília: MS, 2008b.

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria da Avaliação da Implementação da Política Nacional da Atenção Oncológica no Brasil** (TC nº 031.944/2010-8). Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo. **Relatório de Auditoria Operacional: Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011b. (Coleção para entender a gestão do SUS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011d. 291 p. (Coleção para entender a Gestão do SUS, 2011, 13).

_____. Tribunal de Contas da União. Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS, Brasília: TCU Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 agosto de 2012a, Seção 1, p. 29, Col. 2. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1792_22_08_2012.html>. Acesso em: 08 abr 2013.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 novembro de 2012b, Seção 1, p. 1, Col. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 76, 17 maio de 2013a, Seção 1, p. 129, Col. 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 08 abr 2013.

_____. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 maio de 2013b, Seção 1, p. 135, Col. 1. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sa>

CAVALCANTI, A. G. **A regulação assistencial no Sistema Único de Saúde**: o caso da Central de Regulação de Cuiabá/MT. 2011. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2011.

CHAMPAGNE, F.; et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e método. In: BROUSSELLE, A.; et al. (Org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 44. Cap. 2.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistema público: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do sistema nacional de saúde Espanhol. **Rev. Ciência. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTIZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais a prática na Análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-11, 2006.

CORREA, M. C. M. M. A.; et al. Diretrizes para a atenção oncológica no Estado de São Paulo: contribuições para o debate. **Bepa**. v. 8, n. 92, p. 24-43, 2011.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Boston (NE): Harvard University Press, 1973.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: HARTZ, Z.; et al. (Org). **Avaliação, conceito e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.19-39.

ESPINDOLA, L. M. D.; et al. Sobrevida em dois anos de pacientes acometidos por câncer de pâncreas e os fatores associados. **Arq. Catarin. Med**. Florianópolis, v. 42, n. 2, p. 62-9, abr.-jun. 2013.

FARIAS, S. F.; et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 1043-53, 2011. Doi: 10.1590/S1413-81232011000700037

FERREIRA, J. B. B. **Avaliação do Complexo Regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. **Physis**. v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012. Doi: 10.1590/S0103-73312012000100007

HARTZ, Z. M. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: "cuisine internationale" over fast food and "sur mesure" over ready-made. **Cad. Saúde Pública**. v. 15, n. 2, p. 229-45, Apr-Jun 1999.

HOFELMANN, D. A.; ANJOS, J. C.; AYALA, A. L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. v. 19, n. 6, p. 1813-24, 2014. doi.org/10.1590/1413-81232014196.03062013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativas 2012. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em 19 de março de 2014.

LOCKS, M. T. **Central de marcação de consultas da Grande Florianópolis**: um estudo de caso. 2002. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MEDINA, M. G.; et al. Uso de módulos teóricos na avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. P. 41-63.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. **A Política de Regulação no Brasil**. Brasília: OPAS, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 12).

MIQUILIN, I. O. C.; et al. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1392-406, jul. 2013. doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700013.

MÜLLER, J. S.; SPERANDIO, F. F. Perfil demográfico e fatores associados de pacientes com câncer de mama em tratamento radioterápico na grande Florianópolis. **R. Ci. Med. Biol.** Salvador v. 11, n. 1, p. 41-7, jan./abr. 2012.

MONTELLA, M.; et al. An assessment of delays in obtaining definitive breast cancer treatment in Southern Italy. **Breast Cancer Res. Treat.** v. 66, n. 3, p. 209-15, Apr. 2001.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad.**

Saúde Pública [online]. Rio de Janeiro, v. 18, suppl., p. 77- 87, 2002.

NORONHA, J. C.; UGÁ, M. A. D. O Sistema de saúde dos Estados Unidos. In: BUSS, P. M; LABRA, M. (Orgs). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

OLIVEIRA, E. X. G.; et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-26, fev. 2011. Doi: 10.1590/S0102-311X2011000200013

PAIM, J.; et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. Saúde no Brasil 1, p. 11-31, 2011.

PALERMO, P. U. **Um estudo sobre a desigualdade de acesso a serviços de saúde na Região Sul**. 2005. Dissertação (Mestrado em Economia) - Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

PARADA, R.; et al. A Política Nacional de Atenção Oncologia e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**. v 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

RODRIGUES, C. S.; GIVISIEZ, G. H. N. Estudo da acessibilidade ao serviço de saúde de pacientes com câncer de mama no município de Campos de Goytacazes. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. **Anais...** Caxambu, 20 a 24 de setembro de 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2207.pdf>. Acesso em: 08 abr 2013.

ROSA, L. M. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface Comun. Saúde, Educ**. v. 10, n. 19, p. 25-41, jan.-jun. 2006.

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1285-96, jun. 2009. Doi: 10.1590/S0102-311X2009000600011

SANTA CATARINA (ESTADO). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Operativo para Organização da Rede Estadual de Atenção Oncologia de Santa Catarina**. Florianópolis: SES/SC, 2007. 104 p.

SANTA CATARINA (ESTADO). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização: PDR 2012** [recurso eletrônico] /– Florianópolis: IOESC, 2012. 128 p. ; il.

SANTA CATARINA (ESTADO). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de organização das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina**. Florianópolis: SES/SC, 2013. 104 p.

SANTA CATARINA (ESTADO). Portaria nº 153/2014, de 12 de março de 2014. Cria Comissão para definir a Política de Regulação, pertinente a implantação das Centrais de Regulação Macrorregionais. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, Seção , de 10 Abr 2014, p. 12.

SILVA, M. G. C. **Introdução à economia da saúde**. Fortaleza: UECE, 2004. 152 p.

SILVA, S. F. Interfaces entre a gestão do SUS e a regulação de planos privados de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1403-1406, 2008a.

SILVA, M. V. S. **Avaliação do complexo regulador da segunda microrregional de saúde (CE)**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008b.

SOUZA, W. R.S. **O Complexo regulador como instrumento de gestão do SUS em Mato Grosso**: um estudo de caso. Monografia (Especialização em Gestão Pública)- Universidade Federal de Mato Grosso, 2008.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-80, jul. 2012.

TORRES, J. L. Regulação dos leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde na cidade de Salvador-BA. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de PósGraduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

TOZATTI, F. **Desigualdades socioeconômicas na prevalência de doenças crônicas no Brasil:** análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios (PNAD) 2003 e 2008. 2012. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

TRAVASSOS, C.; et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciê. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-49, 2000.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; et al. (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 183-237.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-9, Nov./dez. 2002.

VIACAVA, F.; et al. **Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil.** 2001. 108f. Relatório Final (Projeto de Pesquisa)- Departamento de Informações em Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

VIACAVA, F. Dez anos de informação sobre acesso e uso de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2210-11, Dec. 2010.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde debate,** v. 36, n. 95, p. 640-47, out.-dez. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Rationale dos indicadores e medidas da matriz avaliativa da regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis

DIMENSÃO - CONDIÇÃO DE TRABALHO

O Complexo Regulador e suas unidades operacionais (Centrais de Regulação) devem ser implementados de acordo com a regionalização, desenhos das redes de atenção à saúde e porte populacional da região. Este é responsável por executar a ação regulatória, que controla os fluxos de encaminhamento e acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Para tanto, deve ser dotado de condições de trabalho que envolvam, espaços físicos, insumos, recursos humanos, sistemas tecnológicos e de informação adequados à ação regulatória a ser executada.

As regras para o dimensionamento dessas condições de trabalho estão especificadas no Manual de Implantação dos Complexos Reguladores (BRASIL, 2006b), Portaria GM/MS nº 399/02/2006 (BRASIL, 2006c) e no Manual do Operador Solicitante SISREG III. No Estado de Santa Catarina, as adaptações destas regras as necessidade locais estão previstas no Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares de 2013 (SANTA CATARINA, 2013a).

RATIONALE

Esta dimensão é composta por duas sub-dimensões: Estrutura e Pessoal.

A) SUB - DIMENSÃO ESTRUTURA:

INDICADOR:	MEDIDA
1. Adequação do espaço físico	Percentual de itens considerados adequados no checklist segundo a percepção dos participantes
2. Adequação de insumos	Percentual de itens considerados adequados no checklist segundo a percepção dos participantes
3. Adequação do aporte Tecnológico	Percentual de itens considerados adequados no checklist segundo a percepção dos participantes
4. Adequação do Sistema de Informação	Percentual de itens considerados adequados no checklist segundo a percepção dos participantes

Indicador 1:

Adequação do espaço físico. No Manual de Implantação dos Complexos Reguladores está previsto que a área física deve atender as

especificidades da ação regulatória do Complexo Regulador. Para tanto os espaços deverão ser adequadamente distribuídos nos seguintes ambientes: área de regulação, de coordenação, de administração de sistema de informação, de repouso (no caso de central de regulação que funcione nas 24 horas), área administrativa, sala de reunião, copa, sala para arquivo, almoxarifado e sanitários. Para mensuração deste indicador será avaliado o percentual de itens considerados adequados no checklist, segundo a percepção dos participantes da pesquisa.

Indicador 2:

Adequação dos insumos. No Manual de Implantação dos Complexos Reguladores está previsto que os insumos são essenciais para a composição e bom funcionamento de todos os ambientes de área física do Complexo Regulador. Os previstos são: estação de trabalho informatizada contendo: aparelhos telefônicos, fax, computadores, equipamentos audiovisuais, mobiliários, energia elétrica estável e climatização. Para mensuração deste indicador será avaliado o percentual de itens considerados adequados no checklist, segundo a percepção dos participantes da pesquisa.

Indicador 3:

Adequação do aporte Tecnológico. No Manual de Implantação dos Complexos Reguladores está previsto que a infraestrutura de informática consiste nas ferramentas informatizadas da central e da rede de serviços que compõem o fluxo de informações da regulação. É composto pelos sistemas de acesso a internet, recursos de telefonia para a central telefônica, servidores operacionais e servidores de bases de dados. Para mensuração deste indicador será avaliado o percentual de itens considerados adequados no checklist, segundo a percepção dos participantes da pesquisa.

Indicador 4:

Para a eficácia da execução da ação regulatória, faz-se necessário a implantação de um sistema de informação compatível com as necessidades do Complexo Regulador. O SISREG é um sistema de informação on-line disponibilizado pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde - DATASUS para facilitar a operação, gerenciamento e obtenção de informações nos Complexos Reguladores, permitindo o desenvolvimento e a introdução de soluções de parâmetros locais.

No Manual do Operador Solicitante SISREG III (Solicitação e

Agendamento de Consultas e Procedimentos) estão previstos as regras para implantação e uso do SISREG. Este foi construído em módulos, o primeiro é destinado ao gerenciamento da assistência ambulatorial (consultas e exames especializados) e os demais envolvem a assistência hospitalar (controle de leitos).

Dentre suas funções destacamos: Configurar controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado; configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere a sua natureza; configurar a PPI para a população própria e referenciada, sua validade e controle financeiro (opcional); interagir com outros bancos de dados; gerar arquivos para base de dados nacionais; gerar relatórios operacionais para os setores de controle, avaliação, planejamento e auditoria; permitir a hierarquização entre as centrais de regulação; gerar agenda por especialidade, subespecialidade, profissional e período de validade da mesma; possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico; configurar impedimentos por estabelecimento e profissional; gerar mapas de leitos com atualização dinâmica; acompanhar a alocação de leitos de urgência e emergência por clínica e prestador; autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades; geração de AIHS e APACS; distribuir quotas de consultas, retornos e procedimentos; controlar fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares e ambulatorial; acompanhar a evolução dos atendimentos e internações agendadas; visualizar a ocorrência de cancelamento de internações e a não execução de consultas e exames por motivos definidos e impedimentos de agenda. Para mensuração deste indicador será avaliado o percentual de itens considerados adequados no checklist, segundo a percepção dos participantes da pesquisa.

B) SUB - DIMENSÃO PESSOAL:

INDICADOR	MEDIDA
5. Exercício da autoridade sanitária	Percepção dos participantes quanto à autoridade sanitária do regulador
6. Suficiência	Existência de profissionais em número e categorias compatíveis com o porte, estrutura e necessidade local do Complexo Regulador
7. Qualificação profissional	Realização de capacitações em regulação, incluindo a especialidade de oncologia, no último ano. Realização de capacitações no uso do SISREG, no último ano

Indicador 5:

O papel do regulador é o de intervir tanto no agendamento de consultas, exames e procedimentos especializados, como nos casos de internações, checando as evidências clínicas do caso e encaminhando o paciente a unidade executante para que o mesmo tenha acesso a melhor a opção terapêutica, mesmo nos casos em que não houver disponibilidade de agenda. Por isso é de grande importância à adequação do exercício da autoridade sanitária do regulador no ordenamento da disponibilidade assistencial. Este indicador será mensurado através da percepção dos participantes quanto à autoridade sanitária do regulador.

Indicador 6:

A estruturação dos Complexos Reguladores e suas respectivas Centrais de Regulação exige um perfil e quantitativo mínimo de profissionais, que serão responsáveis pela execução de ações regulatórias específicas. Devem ser acatados os parâmetros numéricos de recursos humanos descritos no Anexo da Portaria MS nº 1.792/2012. Os perfis dos profissionais que devem atuar exclusivamente junto às estruturas de regulação são: Coordenador; Regulador; Atendente de Regulação/Videofonista. Algumas funções como Administrador de Banco de Dados, Administrador de Rede e Técnico de Informática não precisam compor sua estrutura de recursos humanos, podendo estar alocados nas estruturas gerais da administração pública. A tipologia e quantitativo de Recursos Humanos podem sofrer alteração de acordo as necessidades locais, desde que estas justificativas estejam especificadas no projeto de estruturação do Complexo Reguladores apresentado ao Ministério da Saúde.

Para cálculo deste indicador será mensurado a existência de profissionais em número e categorias compatíveis com o porte, estrutura e necessidades locais do Complexo Regulador Estadual da Macrorregião de Florianópolis.

Os parâmetros de cálculo da Portaria seguem abaixo:

Escopo	Centrais de Regulação de Internação Hospitalar					
Quantitativo	Médico Regulador plantonista 12hs/sem	Médico Regulador 20 hs/sem	Coordenador 40 hs/sem	Super-visor 36hs/sem	Videofonista 36hs/sem	Secretária 40hs/sem
Porte I	14	0	1	0	12	1
Porte II	14	0	1	0	18	1
Porte III	14	2	1	2	24	1
Porte IV	14	4	1	2	30	1
Porte V	21	6	1	4	36	1

Escopo	Centrais de Regulação de Consultas e Exames					
Quantitativo	Médico regulador 12hs/sem	Médico regulador 20 hs/sem	Coordenador 40 hs/sem	Supervisor	Videofonista 36hs/sem	Secretária 40hs/sem
Porte I	0	2	1	0	6	1
Porte II	0	2	1	0	8	1
Porte III	0	4	1	2	10	1
Porte IV	0	6	1	2	14	1
Porte V	0	8	1	2	20	1

Escopo	Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Int. Hosp					
Quantitativo	Médico regulador 12hs/sem	Médico regulador 20 hs/sem	Coordenador 40 hs/sem	Supervisor	Videofonista 36hs/sem	Secretária 40hs/sem
Porte I	14	0	1	0	18	1
Porte II	14	2	1	2	26	1
Porte III	14	6	1	2	34	1
Porte IV	14	10	1	4	44	2
Porte V	21	14	1	6	56	2

Indicador 07:

O Manual de Implantação dos Complexos Reguladores preconiza que para a operacionalização das ações regulatórias, sejam realizadas capacitações e educação permanente na área de regulação das equipes gestoras estaduais e municipais, visando à transformação das práticas nessa área. Considera-se ainda, que para a eficácia da ação regulatória na assistência oncológica, os reguladores nesta área, devem receber treinamento específico sobre oncologia. Para cálculo deste indicador será avaliada a realização de capacitações no uso do SISREG e em regulação, incluindo a especialidade de oncologia, no último ano.

DIMENSÃO ADEQUAÇÃO DA REGULACÃO

A implantação dos Complexos Reguladores faz parte do processo de reorganização da assistência no SUS. Para tanto, deve contemplar com um processo regulatório que considere aspectos de gestão, clínicos e assistências capazes de assegurar o acesso tempestivo aos serviços, a ampliação da cobertura assistencial e a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

A organização fragmentada e parcial das redes de serviços e do planejamento das ações de saúde dificulta o estabelecimento de referências pactuadas, refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população a uma assistência integral e focada a suas necessidades.

A implantação da regulação do acesso à assistência oncológica tem como maior objetivo a redução da mortalidade e aumento da sobrevida através da oferta de atendimento em tempo oportuno e ideal as necessidades de saúde dos pacientes com câncer.

Esta dimensão tem como base a Portaria nº 1.559, de 01/08/2008 (Instituiu a Política Nacional de Regulação no SUS) (BRASIL, 2008a); a Portaria GM/MS nº 399/02/2006 (Manual de Implantação dos Complexos Reguladores) (BRASIL, 2006b,c); a Lei 12.732 de 23/11/2012 (Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início) (BRASIL, 2012b); a Lei 876, de 16/06/2013 (Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013b) e o Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação de Consultas e

Exames e de Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina de 2013 (SANTA CATARINA, 2013).

Esta dimensão é composta por duas sub-dimensões: Ação Regulatória e Eficácia

C) SUB-DIMENSÃO AÇÃO REGULATÓRIA

INDICADOR:	MEDIDA
8. Assessoramento da Gestão	Percepção dos entrevistados quanto ao assessoramento da gestão da assistência oncológica
9. Gerenciamento de quotas	Percepção dos entrevistados quanto ao gerenciamento das quotas pactuadas para quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica
10. Gerenciamento do sistema de referência	Existência de Estratégias de acompanhamento dos agendamentos regulados para quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica
11. Padronização de solicitações	Existência e uso de protocolos clínicos e de acesso para ação regulatória no tratamento de câncer de mama, intestino e leucemia mielóide crônica

Indicador 8:

A regulação do acesso assistência subsidia e dota a gestão de inteligência política e técnica para a articulação das melhores respostas do sistema para as demandas das populações. O assessoramento pela regulação a setores como planejamento, controle, avaliação e auditoria se mostra essencial para a eficácia da avaliação e planejamento em saúde. Assim, os relatórios emitidos pela regulação devem oferecer informações sobre o faturamento em alta complexidade ambulatorial e hospitalar, a existência e perfil da demanda reprimida, a tempestividade no acesso aos serviços, se o planejado para tratamento e atendimento dos usuários está de acordo com as necessidades da população, os pontos de fragilidades da rede de assistência e a vigilância do paciente em todos os pontos da atenção. Para cálculo deste indicador será avaliada a percepção dos entrevistados quanto ao assessoramento da gestão da assistência oncológica.

Indicador 9:

Gerenciamento de quotas. Para a implantação/implementação da regulação faz-se necessário à construção de grades e fluxos de referência, viabilizadas através do conhecimento dos recursos

assistenciais disponíveis em cada região. A regulação tem como estratégia mapear as unidades e redes de serviços assistenciais da área de abrangência do Complexo Regulador, definindo-as como solicitante e executante, caracterizando e distribuindo o quantitativo de quotas de consultas, exames, procedimentos e leitos a elas destinadas e pactuadas na PPI assistencial. Para cálculo deste indicador será avaliada a percepção dos entrevistados quanto ao gerenciamento das quotas pactuadas para quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica

Indicador 10:

Gerenciamento do sistema de referência. O controle do fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares (admissão, acompanhamento da internação e alta) e ambulatoriais (solicitação, agendamento e atendimento), permite ao Complexo Regulador viabilizar além de índices de cobertura assistencial toda a execução/cancelamento de consultas, procedimentos e internações por motivos definidos e impedimentos de agendas. Para cálculo deste indicador será avaliada a existência de estratégias de acompanhamento dos agendamentos regulados para quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica.

Indicador 11:

Os protocolos de regulação do acesso são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamentos que qualificam e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre níveis de complexidade de atenção, observando o grau de complexidade, classificação de risco e resolutividade de cada um deles, não devendo ser confundidos com roteiros de solicitação. Os protocolos clínicos descrevem a prática da medicina baseada em evidências, para subsidiar as decisões terapêuticas. As autorizações prévias dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares com base em protocolos assistenciais visam verificar se a indicação clínica destes é pertinente, garantindo assim que o acesso seja ordenado de acordo com os fluxos preconizados na ação regulatória. Para cálculo deste indicador será avaliada a existência e uso de protocolos clínicos e de acesso para ação regulatória no tratamento de câncer de mama, intestino e leucemia mielóide crônica.

D) SUB - DIMENSÃO EFICÁCIA

INDICADOR:	MEDIDA
12. Tempestividade do acesso	Medidas de regulação da tempestividade do acesso para cirurgia de câncer neurológico, de mama, e leucemia mielóide aguda, segundo a percepção dos entrevistados
13. Controle da demanda reprimida	Ações adotadas pelo Complexo Regulador para controlar a demanda para cirurgia de câncer de mama e exames diagnósticos de colonoscopia com biópsia, segundo a percepção dos entrevistados
14. Capacidade produtiva	Tempo médio para aprovação de APACS e AIHS de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológicas, segundo a percepção dos entrevistados

Indicador 12:

Sabe-se que a efetividade do tratamento do câncer varia de forma significativa conforme a localização da doença e os fatores sociais envolvidos. Um dos aspectos fundamentais para a cura ou ampliação da sobrevida dos pacientes acometidos por essa doença é o acesso rápido à melhor terapêutica disponível. Para análise deste indicador serão avaliadas as medidas de regulação da tempestividade do acesso para cirurgia de câncer neurológico, de mama, e leucemia mielóide aguda, segundo a percepção dos entrevistados.

Indicador 13:

Conforme já exposto, um dos aspectos fundamentais para a cura ou ampliação da sobrevida dos pacientes acometidos por câncer é o acesso rápido ao recurso diagnóstico mais adequado ao seu problema, bem como a melhor terapêutica disponível. A identificação de pacientes esperando para realização de exames diagnósticos e procedimentos de alta complexidade, permite o conhecimento de pontos de estrangulamento na assistência e possibilita o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico, bem como a realimentação da PPI. Para cálculo deste indicador, serão levantadas as ações que o Complexo Regulador adota para controlar a demanda para cirurgia de câncer de mama e exames diagnósticos de colonoscopia com biópsia, por serem estes recursos essenciais para o enfrentamento do câncer de mama e de intestino, que tem grande prevalência entre homens e mulheres e que ao ser diagnosticado precocemente tem maior chance de cura. Para análise deste indicador serão avaliadas as ações

adotadas pelo Complexo Regulador para controlar a demanda para cirurgia de câncer de mama e exames diagnósticos de colonoscopia com biópsia, segundo a percepção dos entrevistados.

Indicador 14:

A agilidade na autorização de APACS e AIHS é essencial para assegurar o acesso tempestivo do paciente ao tratamento de alta complexidade em oncologia, e reflete indiretamente não só a capacidade produtiva do regulador, como a capacidade do Complexo Regulador em atender esta demanda. Este indicador será mensurado através do levantamento do tempo médio para aprovação de APACS e AIHS de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológicas.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIOS 1 E 2**QUESTIONÁRIOS 1:**

Nome do Projeto: *Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis: avaliação da regulação do acesso*

Nome do entrevistador: _____

Nome do entrevistado: _____

Função no Complexo Regulador: _____

Data: ____/____/____

DIMENSÃO CONDIÇÃO DE TRABALHO DO COMPLEXO REGULADOR

Gostaríamos de saber se o Complexo Regulador disponibiliza os seguintes recursos:

SUB-DIMENSÃO ESTRUTURA**Indicador 1 - Espaço físico:**

Área de regulação	SIM () NÃO ()
Área de coordenação	SIM () NÃO ()
Área de administração de sistema de informação	SIM () NÃO ()
Área de repouso	SIM () NÃO ()
Área administrativa	SIM () NÃO ()
Sala de reunião	SIM () NÃO ()
Copa	SIM () NÃO ()
Sala para arquivo	SIM () NÃO ()
Almoxarifado	SIM () NÃO ()
Sanitários	SIM () NÃO ()

Indicador 2 – Insumos:

Aparelhos telefônicos	SIM () NÃO ()
Fax,	SIM () NÃO ()
Computadores	SIM () NÃO ()
Equipamentos audiovisuais	SIM () NÃO ()
Mobiliário	SIM () NÃO ()
Energia elétrica estável	SIM () NÃO ()
Climatização adequada	SIM () NÃO ()

Indicador 3 - Aporte tecnológico:

Sistema de acesso	SIM () NÃO ()
Internet	SIM () NÃO ()
Recursos de telefonia	SIM () NÃO ()
Central telefônica	SIM () NÃO ()
Linhas telefônicas convencionais	SIM () NÃO ()
Servidores operacionais	SIM () NÃO ()
Servidores de bases de dados.	SIM () NÃO ()

Indicador 4 - Sistema Informatizado:

Quais dos itens abaixo são cumpridos/disponibilizados pelo Sistema de Informação?

Configurar controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade da mesma	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o controle financeiro (opcional)	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Permitir a hierarquização entre as Centrais de Regulação	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH)	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Gerar arquivos para bases de dados nacionais	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Gerar agenda por especialidade, subespecialidade, profissional e período de validade da mesma;	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Distribuir cotas por Unidade Solicitante e tipos de consultas/procedimentos: 1ª consulta e retorno	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Continua...	

Conclusão	
Possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Configurar impedimentos por estabelecimento e profissional	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Gerar mapa de leitos com atualização	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIH's, APAC's	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Controlar o fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares (admissão, acompanhamento da internação e alta) e ambulatoriais (solicitação, agendamento e atendimento).	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Acompanhar a evolução dos atendimentos e internações agendadas	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()
Visualizar a ocorrência de cancelamentos de internações e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas	Sim () Não () Parcialmente () Não respondeu ()

SUB-DIMENSÃO PESSOAL

Indicador 6 - Suficiência:

Indique o total de carga horária semanal de todas as categorias profissionais:

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA SEMANAL	CARGA HORÁRIA TOTAL
Médico regulador plantonista			
Médico regulador			
Coordenador			
Supervisor			
Videofonista			
Secretária			

Indique a quantidade de profissionais que trabalham na central de regulação em cada uma das categorias indicadas:

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	QUANTIDADE
Médico regulador plantonista	
Médico regulador	
Coordenador	
Supervisor	
Videofonista	
Secretária	

Indicador 7 - Qualificação profissional:

Indique no quadro abaixo o número de profissionais que participaram das atividades educativas abaixo:

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	Número de profissionais que participaram de capacitação no uso do SISREG, no último ano	Número de profissionais que participaram de capacitação em regulação, incluindo a especialidade de oncologia, no último ano
Médico regulador plantonista		
Médico regulador		
Coordenador		
Supervisor		

DIMENSÃO ADEQUAÇÃO DA REGULACÃO

SUB-DIMENSÃO AÇÃO REGULATÓRIA

Indicador 8 - Assessoramento da Gestão:

Indique se foram emitidos relatórios gerenciais na especialidade de oncologia nas áreas citadas abaixo. Em caso afirmativo indique a quantidade emitidas no último semestre:

Controle e Avaliação	SIM () NÃO () Quantos?
Planejamento	SIM () NÃO () Quantos?
Auditoria	SIM () NÃO () Quantos?

QUESTIONÁRIOS 2:

Nome do Projeto: *Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis: avaliação da regulação do acesso*

Nome do entrevistador: _____

Nome do entrevistado: _____

Função no Complexo Regulador: _____

Data: ____/____/____

DIMENSÃO CONDIÇÃO DE TRABALHO DO COMPLEXO REGULADOR

SUB-DIMENSÃO PESSOAL

Indicador 5 - Exercício da autoridade sanitária:

Você sabe dizer se existem recusas de vagas ou demora de agendamento na média e alta complexidade para a especialidade de oncologia?

Em caso afirmativo, você sabe dizer por que esta situação acontece?

Que estratégias poderiam ser adotadas pelo Complexo Regulador e reguladores para controlar esta situação?

Quando você tem uma recusa de vaga como você procede?

Indicador 09 - Gerenciamento de quotas:

Você sabe dizer como a regulação acompanha as quotas pactuadas para quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica?

Na sua opinião estas pactuações são suficientes para atender a Macrorregião de Florianópolis?

Quais são os problemas de cotas existentes atualmente para a alta complexidade em oncologia?

Quais estratégias o Complexo Regulador usa para superar estes problemas?

Indicador 10 - Gerenciamento do sistema de referência:

Você sabe dizer como são realizados pelo Complexo Regulador os acompanhamentos dos agendamentos regulados para quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica?

Na sua opinião, estes mecanismos de acompanhamento estão adequados

para o controle do acesso na assistência oncológica de alta complexidade?

Indicador 11 - Padronização de solicitações:

Você saber dizer se existem instrumentos de padronização da ação regulatória para tratamento de câncer de mama, pulmão, intestino e leucemia mielóide crônica?

Que instrumentos são estes?

Como foram elaborados e implantados?

Você usa no seu cotidiano?

Na sua opinião ele é suficiente para assegurar a padronização da ação regulatória dessas tipologias de câncer?

Você sugere algo?

SUB-DIMENSÃO EFICÁCIA

Indicador 12 - Tempestividade do acesso:

Você sabe dizer quais medidas são adotadas pelo Complexo Regulador para garantir ao paciente o acesso no tempo oportuno a cirurgia de câncer neurológico, de mama, e tratamento de leucemia mielóide aguda?

Em quais casos de câncer o acesso ao tratamento é mais difícil?

Que ações o regulador pode adotar para agilizar o acesso aos tratamentos nestes casos?

O que você considera risco para autorização?

Indicador 13 - Controle da demanda reprimida:

- Você sabe se existem demanda reprimida para exames diagnósticos de colonoscopia com biópsia e para a cirurgia de câncer de mama?

- Quais as condutas adotadas pelo Complexo regulador frente estes pacientes?

Indicador 14 – Capacidade Produtiva

- Você sabe dizer qual o tempo médio para aprovação de APACS e AIHS de quimioterapia, cirurgia oncológica e radioterapia?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA

Prezado (a) Sr. (a) _____

Endereço: _____

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação da Regulação do Acesso a Assistência Oncologia de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis”, 2014. Esta pesquisa atende o disposto na Resolução nº 466 de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será emitido em duas vias, ambas rubricadas pelo entrevistador, sendo que uma das vias ficará de posse do entrevistado.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. Assim, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação da mesma, haverá possibilidade de retirar este consentimento. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa, e serão tratadas anonimamente, garantindo-se a confidencialidade das mesmas.

Você está tendo acesso a todas as informações necessárias sobre a pesquisa. Por tanto leia atentamente as informações abaixo:

- estudo se refere a uma Avaliação da Implantação da Regulação do Acesso a Assistência Oncologia de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis. Será uma avaliação normativa, baseada nos critérios de implantação e metas da Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria MS/GM nº 1559/2008), o Manual de Implantação de Complexos Reguladores (Portaria GM/MS nº 399/02/2006), o Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação de Consultas, Exames e Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina de 2013, Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de Santa Catarina e demais publicações do Ministério da Saúde;
- Participarão da pesquisa o Gestor, reguladores e/ou funcionários do Complexo Regulador Estadual de Santa

Catarina, que participam do processo de Regulação do Acesso a Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis;

- Para conseguir os resultados desejados a pesquisa será realizada através de um questionário composto por questões relativas à infraestrutura, recursos humanos, ação regulatória e implantação do SISREG. Além disso, serão coletados dados secundários no SISREG e relatórios de produção do Complexo Regulador relacionados à regulação da assistência oncológica de alta complexidade.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente,

ROSIANE KNISS

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Reitor João Davi. Ferreira Lima, Bloco H. CEP 88040-370
Fone: (48) 3225-60-53 e-mail: rosik29@gmail.com

DRA. JOSIMARI TELINO LACERDA

Orientadora – Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Reitor João Davi. Ferreira Lima Bloco H. CEP 88040-370
Fone: (48) 3721-51-46 email: jtelino@gmail.com

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSC

Endereço: Campus Universitário Reitor João Davi Ferreira Lima. Florianópolis. Bairro Trindade, CEP 88.040-900
Fone: (48) 3721-9206 Fax (48) 3721-9696 e-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Eu _____
aceito participar da pesquisa “Avaliação da Regulação do Acesso a Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis”, 2014. Estou ciente de que a entrevista terá seu resultado tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Florianópolis, _____ de _____ de 2014

Assinatura _____

ANEXOS

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS (UFSC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da regulação do acesso a assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis

Pesquisador: JOSIMARI TELINO DE LACERDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33127614.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 746.462

Data da Relatoria: 11/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata o projeto de uma pesquisa realizada por Rosiane Kniess Kryckýi, sob orientação de Josimari Telino que assina a folha de rosto junto com o coordenador do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o grau de implantação da Regulação do Acesso à Assistência Oncologia de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis

Objetivo Secundário:

- Identificar o modelo teórico-lógico para a avaliação do acesso a assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis

- Formular indicadores apropriados para avaliação da implantação da Regulação do Acesso à Assistência Oncologia

- Emitir juízo de valor acerca da implantação da Regulação do Acesso à Assistência Oncologia na Macrorregião de Florianópolis

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 746.462

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios declarados pelos proponentes são listados literalmente a seguir:

"

Riscos

A pesquisa confere baixo risco ético, e não infringe a integridade do indivíduo. Será preservado o anonimato das informações fornecidas pelo entrevistado em conformidade com as orientações da Resolução 466 de 2012.

Benefícios:

Espera-se que o resultado deste estudo possa fornecer subsídios para a gestão pública fortalecer as funções de regulação do acesso a assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada;
- 2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB;
- 3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e
- 5) Declaração de concordância expedida pela instituição

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o conteúdo dos documentos apresentados e a proposta do projeto, bem como todas as recomendações anteriores terem sido devidamente atendidas, sou favorável à aprovação do presente parecer.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Parecer: 748.482

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 11 de Agosto de 2014

Assinado por:

Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS (SES/SC)

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da regulação do acesso a assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis

Pesquisador: JOSIMARI TELINO DE LACERDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33127614.9.3001.0115

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 767.519

Data da Relatoria: 26/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de avaliação normativa do sistema de regulação de acesso à rede de atenção à saúde oncológica na região da Grande Florianópolis.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o sistema de regulação de acesso à rede de atenção à saúde oncológica na região da Grande Florianópolis

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa prevê apenas um sujeito de pesquisa - o informante chave responsável pela função de regulação na instituição avaliada, que inclusive já autorizou o acesso a dados e registros institucionais de produção de serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de avaliação normativa com riscos éticos mínimos, cujo projeto já foi aprovado pelo CEP-UFSC.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram incluídos na Plataforma Brasil.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 767.519

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado sob análise da dimensão ética sob responsabilidade deste CEP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Atendeu aos critérios éticos.

FLORIANOPOLIS, 27 de Agosto de 2014

Assinado por:
ELIANE MARIA STUART GARCEZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

ANEXO C: DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Sr Geraldo Azzolini, Gerente dos Complexos Reguladores, instituição, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, declaro estar ciente do conteúdo e dos procedimentos associados à pesquisa intitulada " **Avaliação da Regulação do Acesso a Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis**" sob responsabilidade da Sra Rosiane Kniess, nas dependências do Complexo Regulador Estadual, e que autorizei a sua realização nesta data.

Florianópolis, 06 de maio de 2014


Nome e carimbo: **Geraldo Azzolini**
Função: Gerente de Complexos Reguladores/SUR
Matrícula n.º 322.530-0-02 - SES/SC

ANEXO D: TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ARQUIVOS REGISTROS E SIMILARES



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ARQUIVOS REGISTROS E SIMILARES

Eu, Sr Geraldo Azzolini, Gerente dos Complexos Reguladores, instituição, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, autorizo o uso dos relatórios de produção, dados e arquivos do SISREG, bem como demais arquivos oficiais do Complexo Regulador Estadual sob minha responsabilidade, para o alcance dos objetivos propostos na pesquisa intitulada "**Avaliação da Regulação do Acesso a Assistência Oncológica de Alta Complexidade na Macrorregião de Florianópolis**", sob coordenação da Sra Rosiane Kniess nas dependências do Complexo Regulador Estadual.

Florianópolis, 06 de maio de 2014

Nome:
Função:


Geraldo Azzolini
Gerente de Complexos Reguladores/SUR
Matrícula nº 323.530-0-02 - SES/SC