

DEFICIÊNCIAS ENCONTRADAS NA UTILIZAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR ASSISTENCIAL (CORA) PELOS USUÁRIOS DA USF DR JORGE DAVID NASSER NA COMUNIDADE DE IPIOCA/ AL

Liliane Batista de Lira¹

Patrícia Vasco Monteiro de Almeida²

Medicina



ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

As deficiências encontradas no referenciamento do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) permitem revelar que as condições operacionais necessárias para um eficiente acolhimento não condizem com os princípios e diretrizes do SUS, por meio de ações destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, dando continuidade ao cuidado com a estruturação de um sistema de referência e contra-referência. Desse modo, percebe-se a não integralidade do serviço prestado, uma vez que os usuários deveriam ser acolhidos no conjunto de suas necessidades de acordo com os níveis de complexidade. Assim, é dever do Estado oferecer serviços de saúde que atendam a estas necessidades de forma integral, por meio de ações destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, dando continuidade ao cuidado com a estruturação de um sistema de referência e contrarreferência de maneira eficiente.

PALAVRAS-CHAVE

CORA. Sistema Único de Saúde. Precarização

ABSTRACT

Deficiencies in the referencing user of the Unified Health System (SUS) allows to reveal that the necessary operating conditions for efficient host not consistent with the principles and guidelines of SUS, through actions for the promotion, protection, recovery and rehabilitation of health, continuing care with the structuring of a system of reference and counter-reference. Thus, we see the incompleteness of service, since users should be accepted in all of your needs according to levels of complexity. So is the state's duty to provide health services that meet these needs fully, through actions for the promotion, protection, recovery and rehabilitation, continuing care with the structuring of a reference system and counter the efficient manner.

KEYWORDS

CORA. SUS. Precariousness.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 definiu, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Para atingir este objetivo, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade firmados na própria Constituição.

O SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos. Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde.

Ele é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público. À iniciativa privada é permitido participar desse sistema de maneira complementar (BRASIL, 2000).

Conforme o art. 5º, I da Lei Orgânica da Saúde, é objetivo do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Ainda, o modelo SUS de hierarquização do sistema e de referência e contrarreferência do paciente procura garantir ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde – desde o mais simples até o mais complexo, de acordo com as reais necessidades de tratamento. Assim, pacientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser referenciados para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários). Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente é contrarreferenciado para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento. Portanto,

O Sistema de Referência e Contra-Referência é um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde. Essas unidades são, portanto, a porta de entrada para os serviços de maior complexidade, caso haja necessidade do usuário. Essas unidades de maior complexidade são chamadas “Unidades de Referência”. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contra-referenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (BRASIL, 2011, p.3).

O principal referencial para a abordagem da questão do atendimento integral à saúde, ou da integralidade da assistência no SUS, é fornecido pelos textos da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOS). A primeira estabelece como segunda diretriz do SUS o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198, II). A Lei define como um dos princípios do Sistema a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (art. 7º, inciso II).

Tanto o Ministério da Saúde (MS) como a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) consideram que a rede de serviços de atenção primária de saúde (APS) pode resolver 85% dos problemas de saúde da população. Em sendo assim, segundo Costa e outros autores (2013, p. 288) a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada,

[...] para reorientar o modelo de assistência a partir da atenção primária à saúde - APS, em conformidade com os princípios

do SUS.1 A ESF é uma nova forma de cuidar da saúde, tendo a família e o seu espaço social como o núcleo básico da atenção. A atenção à saúde deve ocorrer de forma integral, contínua e em diferentes níveis, envolvendo ações de prevenção das doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação. Essa nova forma de cuidar requer dos profissionais de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença.

Nesse sentido, a saúde da família é considerada como uma das principais estratégias de reorganização do SUS e da reorientação da atenção primária, ou básica, em particular no que diz respeito ao resgate das diretrizes e princípios do SUS e das práticas de atenção. Desde a sua criação, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) experimenta um significativo crescimento em todo o país, com mais de 28 mil equipes implantadas até março de 2008, correspondendo a uma cobertura de mais de 47% da população.

Contudo, para que haja tal resolubilidade, o nível secundário de atenção tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis ao diagnóstico e tratamento pela APS.

Nesse contexto, a abordagem da integração dos sistemas e redes de saúde envolve diversos aspectos inter-relacionados, a saber: regulação dos serviços; processos de gestão clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação e apoio logístico.

Diversos aspectos são considerados por Hartz e Contrandopoulos, em 2004, como elementos críticos para garantir a integração das redes de saúde, sendo que alguns deles constam como princípios orientadores do processo de regulação da atenção estabelecidos pelo Pacto pela Saúde de 2006. Considerados, também, como elementos necessários para o bom funcionamento do sistema de referência e contra referência na atenção básica.

Sendo o município o ente federal ideal para a prestação dos serviços e das ações de saúde, sua responsabilidade para com o SUS e seus usuários é grande. Dessa forma, a totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde deve ser desenvolvida em conjunto, respeitando-se a hierarquização dos subsistemas municipais, de forma coordenada e organizada pelo gestor municipal, garantindo à população a disponibilidade das ações e dos meios para um atendimento integral e humanizado.

Para tanto, cada vez mais, os municípios passam por um constante processo de aperfeiçoamento, com diferentes prerrogativas e responsabilidades: a gestão plena da atenção básica à saúde e a responsabilização pela totalidade dos serviços de saúde, o que pressupõe alta capacidade técnica e administrativa.

Nesse cenário, a marcação de consultas e exames dos usuários das unidades de saúde do município de Maceió, estado de Alagoas, é realizada de forma informatizada por meio de um Sistema de Regulação Assistencial (CORA), vinculado ao Sistema de Regulação (SISREG) do Ministério da Saúde. Sabe-se que tal sistema, abrange desde o nível primário até os de média e alta complexidade, promovendo um maior fluxo dos usuários e a otimização dos recursos, além de integrar as áreas de avaliação, controle e auditoria. Por isso, a funcionalização eficiente do sistema é essencial à população usuária do SUS, pois, configura-se a principal porta de entrada para a utilização dos serviços públicos de saúde.

2 METODOLOGIA

O presente artigo tem por objetivo abordar as reflexões desenvolvidas a partir de nossa vivência de estágio na disciplina Integração, Ensino, Serviço e Comunidade (IESC), realizada na Unidade de Saúde da Família Dr. Jorge David Nasser, localizada na comunidade de Ipióca em Maceió-AL no período de setembro de 2015, pertencente ao 8º Distrito Sanitário do Município.

Trata-se de uma constatação das principais deficiências do Complexo Regulador Assistencial por meio de vivências realizadas semanalmente naquela unidade de saúde com o suporte de dados do Ministério da Saúde. A atividade foi desenvolvida pela observação do funcionamento do fluxo de marcação de consultas e exames por meio do CORA, pelo referenciamento e contrarreferenciamento dos usuários nos três níveis de atenção à saúde, assim como, promover, pela constatação, uma análise crítico-reflexiva dos principais entraves e deficiências do atual sistema em sua dinâmica de funcionamento, como parte do cronograma curricular da disciplina Integração, Ensino, Serviço e Comunidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo a Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, em seu Art.9º "O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores". Conforme a mesma cabe ao Complexo Regulador Municipal, a "gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada conforme pactuação".

A organização do Complexo Regulador está estruturada em:

I – Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II – Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme a organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência;

III – Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. (BRASIL, 2008, n.p.)

A partir de outubro de 2013 o CORA de Maceió, foi disponibilizado à população como uma nova ferramenta incorporada ao Sistema Regulador do Município (SISREG), tendo em vista garantir aos usuários do SUS o agendamento de exames e consultas especializadas com o tempo de espera reduzido. Há uma disponibilização on-line, denominada de ambiente de treinamento, a fim de que gestores, profissionais da saúde e profissionais da informática possam navegar e conhecer o escopo de funcionalidades que compõe uma central de regulação. Segundo as informações do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, (2016, n.p.) “O sistema funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla Firefox etc.) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório”.

Portanto, o objetivo principal do CORA é agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação nacional, dando assim uma maior credibilidade aos dados dos pacientes atendidos. Ele abrange desde o nível primário até os de média e alta complexidade. Além disso, o CORA “promove um maior controle do fluxo dos usuários e a otimização dos recursos, além de integrar as áreas de avaliação, controle e auditoria” (DATASUS, 2016, n.p.).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o sistema atua em 1.600 municípios espalhados em todo o Brasil, dispondo de 204 centrais de regulação ambulatorial e 19 centrais de regulação hospitalar. Em Maceió e nas demais localidades que utilizam o sistema há a necessidade de ter realizado um treinamento específico para atuador como marcador do CORA. Para realizá-lo, é necessária a solicitação da direção da unidade de saúde junto à coordenação geral do distrito sanitário a que pertence à unidade.

Constatou-se que, apesar da informatização e da disponibilização on-line do CORA, como sistema de regulação assistencial informatizado, ainda é insuficiente a cobertura aos usuários daquela unidade de saúde, uma vez que a demanda dos serviços (consultas e exames) ultrapassa a oferta, já que a maioria dos serviços, desde os mais simples, como a marcação de um hemograma até os mais complexos, como tomografias e especialidades diversas, a exemplo, neurologia ainda são dificultosos.

Dessa forma, fica evidente a deficiência de abrangência do serviço e a urgente necessidade de ampliar as áreas atendidas pelo sistema, uma vez que de acordo com

o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, o território brasileiro dispõe atualmente de 5.565 municípios e 190.732.694 pessoas.

Ocorre assim, uma constante “infração” de alguns princípios básicos do SUS, como por exemplo, da hierarquização, uma vez que o tratamento e o acolhimento desse pacientes deveriam ser direcionados também à esfera secundária e/ou terciária da saúde (a depender do caso).

Além desse, o princípio da equidade também é constantemente negligenciado, pois o tratamento não está sendo de acordo com as necessidades individuais de cada usuário. Tais fatos não poderiam ocorrer, principalmente em se tratando de doenças crônicas que comprometam de forma grave a saúde dos usuários e seus descendentes.

Depreende-se ainda que, a Política Nacional de Humanização (PNH) nega qualquer entendimento de Homem como um ser idealizado, mas sim, um indivíduo que faz parte de uma sociedade e como tal, deve ter seus direitos garantidos. Desse modo, o objetivo da PNH é transformar as relações e os modos de agir e produzir saúde no SUS, por meio de uma tríplice de inclusão, compostas por gestores, trabalhadores e usuários, utilizando-se de espaços coletivos e de redes de conversação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do Complexo Regulador Assistencial (CORA) atuar em 1.600 municípios espalhados em todo o território brasileiro, ainda é concentrada e mal distribuída a quantidade de vagas e serviços de saúde. A localidade de Ipióca é apenas um exemplo do triste cenário da saúde brasileira, uma vez que a facilidade e a disponibilidade dos serviços públicos de saúde são ineficientes.

Ao fazer uma análise crítico-reflexiva do atual sistema de informação e marcação de consultas e exames percebe-se que, em vez de serem ferramentas facilitadoras, o sistema tem dificultado, e muito, a vida dos usuários, uma vez que a maioria dos serviços de saúde (consultas especializadas e exames) encontra-se indisponíveis e/ou com quantitativo de vagas insuficientes para atender de forma adequada as necessidades demandada pelos usuários, fazendo com que, muitas vezes, os mesmos tenham que se deslocar de suas localidades em busca de atendimento.

Diante da realidade exposta, verifica-se a deficiência do cumprimento dos princípios básicos de inclusão e igualdade do SUS, sendo urgente, o engajamento e a participação dos gestores da saúde com entidades educacionais, políticas e a população, para que o desenvolvimento e a justiça social, não se restrinjam apenas a uma teoria, mas a uma realidade alcançável a todos os indivíduos, independente de cor, raça ou

condição social, pois somente assim, conseguir-se-á, de fato, fazer com que as desigualdades sociais sejam reduzidas.

De qualquer modo, fica evidente que falhas no fluxograma de acolhimento dos usuários vão interferir na otimização dos serviços de saúde prestados, uma vez que, impossibilitará o acompanhamento devido dos usuários cadastrados, dificultando diretamente os sistemas de referenciamento e contrarreferenciamento sistemático, assim como, o atendimento aos usuários não cadastrados e de demanda espontânea, o que prejudicará também a coleta de dados epidemiológicos e ainda, proporcionará aumento dos custos da saúde não somente na atenção primária, mas em todos os níveis, já que todos os sistemas estão interligados e são inter-dependentes.

Conclui-se que os problemas de saúde daquela unidade, estão inter-relacionados aos fatores externos e descaso do poder público, uma vez que, a saúde, segundo a própria definição do SUS, não é apenas ausência de doença. É um conceito muito mais amplo, pois sofre interferências diretas de fatores sociais, psicológicos e ambientais relacionados à qualidade de vida da população e assim, no processo saúde-doença.

Urge, portanto, um maior engajamento social entre os diversos segmentos sociais em prol do desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida da população daquela localidade. Escolas, centros comunitários, instituições religiosas e acadêmicas também desempenham papel fundamental, devendo ser utilizados para promoção da saúde e bem estar social.

É inadmissível se ter "um perfeito acolhimento" na teoria se, na prática rotineiramente os princípios básicos dos SUS são infringidos, afinal, só se faz promoção e prevenção da saúde, quando, de fato, se faz um referenciamento e contrarreferenciamento correto do paciente para os serviços de saúde (níveis de atenção) capacitados para tal, dando-lhes reais condições de tratamento e diagnóstico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, n.37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

BRASIL. Políticas Públicas de Saúde. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 abr. 2016.

BRASIL Ministério da Saúde. **SUS**: Princípios e conquistas. Brasília-DF, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 1 maio 2016.

BRASIL Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde**, v.7. 3.ed. Série B. Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.559** de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília-DF, 2008.

BRASIL Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Conass. Atenção Primária e Promoção da Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011. 197 p.(3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n.28 v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab28_vol.2>. Acesso em: 29 abr. 2016.

COSTA, S.M. *et al.* Referência e Contrarreferência na Saúde da Família: percepção dos profissionais de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 16, n. 3, 2013. p.287-293.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Utilização de sistema desenvolvido pelo DATASUS será obrigatória no estado do Mato Grosso do Sul**. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

HARTZ, Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saude Publica**, v.20 (Supl.2), 2004. p.S331-S336.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 3 maio 2016.

Data do recebimento: 25 de maio de 2016

Data da avaliação: 3 de junho de 2016

Data de aceite: 3 de junho de 2016

1. Graduanda do Curso de Medicina do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: lilibatistalira@gmail.com

2. Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: pmgois@bol.com.br