



UNICAMP

ANDREA FERREIRA CARIA BUGÊS

**“ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO
DO FLUXO DE ACESSO À ASSISTÊNCIA A
SAÚDE ATRAVÉS DA CENTRAL DE
REGULAÇÃO DE LEITOS DE
MACRORREGIONAL DO NORTE DO ESTADO
DO PARANÁ”**

Piracicaba
2014



UNICAMP

**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

ANDREA FERREIRA CARIA BUGÊS

**“Estudo qualitativo e quantitativo do fluxo de acesso à
assistência a saúde através da central de regulação de leitos de
macrorregional do norte do Estado do Paraná”**

Dissertação de Mestrado Profissionalizante
apresentada à Faculdade de Piracicaba da Unicamp
para obtenção do título de mestra em Odontologia em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira.

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação
defendida por Andrea Ferreira Caria Bugês e orientada
pelo Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira.

Assinatura do Orientador

Piracicaba
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

B865e Bugês, Andrea Ferreira Caria, 1966-
do Estudo quantitativo e qualitativo do fluxo de acesso à assistência a saúde através da central de regulação de leitos de macrorregional do norte do Estado Paraná / Andrea Ferreira Caria Bugês. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Política de saúde. I. Pereira, Antonio Carlos, 1967-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Quantitative and qualitative study of the influx of access to health assistance through the hospital beds center of the macro region of the State of Paraná

Palavras-chave em inglês:

Health policy

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Antonio Carlos Pereira [Orientador]

Débora Dias da Silva Harmitt

Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Data de defesa: 22-07-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 22 de Julho de 2014, considerou a candidata ANDRÉA FERREIRA CARIA BUGÊS aprovada.



Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA



Profa. Dra. DÉBORA DIAS DA SILVA HARMITT



Profa. Dra. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES

RESUMO

O sistema de saúde (SUS) tem como objetivo proporcionar acesso universal, cuidado efetivo, qualidade na prestação dos serviços e responder às necessidades da saúde da população. Para isso, utilizam-se ferramentas como a regulação em saúde pública, que controla o equilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda de usuários, com a finalidade de corrigir falhas de mercado e garantir o bem-estar social. O presente estudo identificou as barreiras ao acesso à média e à alta complexidade de assistência hospitalar, mediante análise através da central de regulação de leitos da macrorregional do norte do Estado do Paraná (Macro Norte), feita em duas etapas. Na primeira (quantitativa), foram obtidos dados relativos ao cadastro da central de regulação de leitos da Macro Norte, com os respectivos municípios solicitantes e regional executante, acomodação e acesso realizados. De posse dos dados quantitativos, foi realizada a segunda etapa (qualitativa), a qual consistiu em entrevistas com base em duas perguntas semiestruturadas junto aos gestores municipais e estaduais da Macro Norte, onde foram abordados os problemas enfrentados para promoção do acesso. Na primeira etapa, verificou-se que 11% dos casos cadastrados não foram regulados, e que destes casos regulados foi negado o acesso pelos prestadores a 36%. Pode-se constatar que o desempenho e a ocupação dos leitos em cada regional de saúde foram diferentes. Na fase qualitativa, foram apontados como deficiências: infraestrutura assistencial deficitária, fragilidade das pactuações entre os gestores e com os prestadores, fragilidade das redes de atenção à saúde, atuação da regulação na promoção do acesso e interferências nas ações regulatórias. Concluiu-se que a Macro Norte vem atendendo aos propósitos de suprir a demanda de forma espontânea ao garantir o acesso do usuário no momento da urgência, embora não apresente desempenho máximo e otimizado por estar obstruída por problemas organizacionais e estruturais.

Palavras-chave: Regulação em saúde, sistema único de saúde, políticas de saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) aims to provide universal access, effective care and quality in health care services and to meet the health needs of the Brazilian population. To this end, mechanisms are operated, such as public health regulation, which controls the balance between the supply of services and the demand of users, with the purpose of correcting market failures and promoting social welfare. The present study identified, through a quantitative and qualitative analysis, obstructions to the access in hospital assistance of medium and high complexity, by investigating macro-regional Macro Norte's hospital beds center, and was conducted in two stages. In the first stage (quantitative), data were collected from the hospital beds center of Macro-Norte, with soliciting municipality, performing municipality and executing region, used accommodations and performed access. By analyzing quantitative data, the second stage of the study (qualitative) was carried out, which consisted of interviews with municipal and state supervisors of Macro Norte, based on two semi-structured questions, in which the obstacles in promoting access were indicated. In the first part, it was verified that 11% of registered cases had not been regulated and that the access had been denied by providers to 36%. It was confirmed that performance and bed accommodation were different in each health regulation's region. In the qualitative stage of the research, failures were pointed out, such as deficient attendance infrastructure, frailty in contracts between providers and with supervisors, vulnerability of health assistance networks, the role of regulation in promoting access and interference in regulatory actions. In conclusion, Macro North has been serving the purposes of meeting demand spontaneously by providing access to users at emergency times, despite not being able to deliver maximum and optimized performance for being obstructed by organizational and structural problems.

Keywords: Regulation in health, public health system, health policies.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	xiii
AGRADECIMENTOS.....	xv
LISTA DE TABELAS.....	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xix
INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO 1: Estudo quantitativo e qualitativo do fluxo de acesso à assistência a saúde através da central de regulação de leitos de macrorregional do norte do Estado do Paraná.....	3
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE 1.....	27
APÊNDICE 2.....	28
APÊNDICE 3.....	29
APÊNDICE 4.....	30
APÊNDICE 5.....	31
ANEXO 1.....	32
ANEXO 2.....	33

DEDICATORIA

À minha mãe Maria Elizabeth e meu pai Ivo (*in memoriam*), pelo amor e apoio incondicionais desde os meus primeiros anos de vida.

Ao meu marido Marco Antonio, cirurgião e médico no setor de urgências, pelo excepcional exemplo de ética e prática profissional, como também pelos últimos 25 anos de amor e companheirismo incondicionais.

Às minhas queridas filhas Alessandra e Carolina, dedicadas, responsáveis e que trazem amor e alegria à minha vida.

Ao meu irmão Prof. Dr. Paulo Henrique, competente e comprometido com a docência, legou valorosa contribuição para que eu desenvolvesse a presente pesquisa.

A minha cunhada Cristina e o meu sobrinho Gabriel que veio alegrar as nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Ao reitor da UNICAMP e ao diretor da FOP pela promoção e viabilização do aprendizado científico.

As funcionárias da Biblioteca e da Coordenação do Programa de Estudos Pós-Graduados em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da UNICAMP do campus de Piracicaba, pelo profissionalismo desempenhado.

Ao meu orientador primoroso, Professor Doutor Antonio Carlos Pereira, pela confiança e respeito a mim dispensados, com sabedoria e competência, incentivou e indicou pistas que proporcionaram segurança para percorrer caminhos desconhecidos, possibilitando a elaboração deste trabalho.

Aos meus mestres Marcelo de Castro Meneghim, Luciane Miranda Guerra, Karine Laura Cortellazzi, Fabiana de Lima Vazquez, Fábio Luiz Mialhe, professores que juntos contribuíram para o meu aprimoramento nessa jornada.

Aos demais professores do mestrado de saúde coletiva, pelas contribuições teóricas nas disciplinas cursadas.

Aos meus amigos de pós graduação e futuros mestres, cuja jornada se tornou menos árdua pelo companheirismo.

As mestras e amigas Sandra e Talita Perdigão, pelo constante apoio e contribuições ao longo dos últimos meses.

Aos gestores da macrorregional do norte do Paraná que se dispuseram a participar da pesquisa, dedicando parte de seu precioso tempo e do seu conhecimento para enriquecer este trabalho.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tabela 1: Identificação das regionais de saúde da Macro Norte, com seus municípios polos, com o respectivo número de municípios de abrangência e de habitantes.....4

Tabela 2: Infraestrutura de UTI do norte do Estado do Paraná, 2011 (n: 1.872.722).....7

Tabela 3: Regulação não efetivadas na URL da Macro Norte, 2011 (n: 12.074).....8

Tabela 4: Acesso por "vaga-zero" e "ampliação de busca" através da URL da Macro Norte, 2011 (n: 10.667).....8

Tabela 5: Ocupação de leitos gerais da Macro Norte através da URL, 2011 (n: 10.667).....9

Tabela 6: Ocupação dos leitos de UTI da Macro Norte através da URL, 2011 (n: 964).....9

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIH -	Autorização de Internamento Hospitalar
AVC -	Acidente Vascular Cerebral
CADSUS-	Cadastro dos Usuários do SUS
CFM -	Conselho Federal de Medicina
CNES-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIB -	Comissão Intergestores Bipartite
CR -	Complexo Regulador
DCNT -	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAM -	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM -	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSUS -	Índice de Desempenho do SUS
MAC -	Média e Alta Complexidade
MACRO	
NORTE -	Macrorregional de Saúde do Norte do Paraná
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PAM -	Pronto Atendimento Médico
PDR -	Plano Diretor de Regionalização
PPI -	Programação Pactuada e Integrada
RAS -	Rede de Assistência a Saúde
SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA-	Secretaria da Saúde
SIH -	Sistema de Informação Hospitalar
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento
URL -	Unidade de Regulação de Leitos
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO

O estudo da oferta e do acesso à assistência hospitalar são temas de grande relevância à orientação de políticas públicas de investimento e de custeio dos serviços de saúde no Brasil. A quantidade de publicações científicas sobre o assunto ainda é, contudo, insuficiente diante da premência de uma análise mais detida sobre o quadro atual da saúde brasileira.

De modo geral, o sistema de saúde tem como objetivo proporcionar acesso universal, cuidado efetivo, qualidade na prestação dos serviços e responder às necessidades em saúde da população com uso eficiente dos recursos disponíveis. O Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de atingir tais objetivos, determinou as normas operacionais para a gestão descentralizada, com integralidade do acesso e poder decisório deliberativo (Brasil, 2009).

A regionalização foi o direcionamento escolhido para estruturar e operacionalizar o sistema. Nesse sentido, foram publicadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), que visam à promoção do acesso e ao direcionamento dos fluxos dos usuários a uma rede hierarquizada de serviços, através do Complexo Regulador. Para tanto, cada Estado federativo elaborou seu Plano Diretor de Regionalização (PDR) (Brasil, 2002a).

A partir do PDR, evidenciaram-se as diversidades estruturais de assistência nos municípios e, com o devido reconhecimento das limitações, os gestores estabeleceram o Pacto de Gestão (Brasil, 2006a).

A fim de corrigir falhas de mercado e aumentar o bem estar social, a estratégia adotada pelo Estado foi a regulação (Gelis Filho, 2006). Nesse sentido, o SUS instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR), definindo conceitos, práticas e finalidades para atuar na atenção (produção direta das ações e serviços de saúde) e no acesso à saúde (sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde) (Brasil, 2008).

Entende-se por regulação em saúde a ordenação do acesso aos serviços de assistência, articulando-se os interesses dos prestadores de um lado e, de outro, procurando encontrar-se a melhor alternativa ao cidadão face às suas necessidades em saúde (Brasil,

2008). O SUS exerce regulação macroeconômica, ao equilibrar as receitas com as despesas, e microeconômica, ao exigir dos prestadores desempenho, produtividade, sem desperdícios.

Ainda restam, entretanto, desafios na regulação assistencial, na compreensão da multiplicidade de ações, sujeitos e interesses, no planejamento de estratégias que priorizem o acesso do usuário, no controle dos serviços de saúde, no aprimoramento da qualidade da atenção e na adequação dos recursos às necessidades de saúde da população (Mendonça et al, 2006).

Diante dos obstáculos dos municípios, relativos aos serviços do SUS, de proporcionar acesso universal e integral a uma população predominantemente urbana com perfil demográfico crescente, com aumento de aproximadamente 130 milhões de pessoas nos últimos 50 anos (IBGE, 2010) e perfil epidemiológico desafiador, o objetivo desse estudo foi identificar as barreiras enfrentadas na promoção do acesso à rede de assistência hospitalar de média e alta complexidade, através da central de regulação de leitos da macrorregional do norte do Paraná (Macro Norte).

CAPITULO 1: Estudo quantitativo e qualitativo do fluxo de acesso à assistência a saúde através da central de regulação de leitos de macrorregional do norte do Estado do Paraná.

METODOLOGIA

Aspectos éticos e legais

O presente estudo, que foi aprovado pelo comitê de ética CEP- FOP/Unicamp com o n. 044/2013, foi estruturado em duas avaliações: quantitativa e qualitativa.

Local do estudo

O local do estudo quantitativo foi desenvolvido na unidade de regulação de leitos (URL) da macrorregional de saúde do Norte do Paraná (Macro Norte), localizada na cidade de Londrina. A pesquisa qualitativa foi desenvolvida no local de trabalho de cada gestor.

Tipo de estudo

A análise quantitativa tratou-se de um estudo transversal, para tal os dados foram levantados nos documentos oficiais do cadastro informatizado da URL, aos quais foi realizado o censo do ano de 2011. A pesquisa quantitativa tratou de análise de conteúdo.

Amostra qualitativa e critérios de inclusão e exclusão

A segunda parte da pesquisa foi desenvolvida por meio de entrevistas com gestores em suas respectivas regionais de origem, 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 1^a (Curitiba - Central Master do Estado), no período de julho de 2013 a janeiro 2014. O gestor da 22^a regional de saúde não foi incluído por se tratar de um período de transição de secretariado, portanto houve a necessidade de incluir a Central Master do Estado por se tratar da referência da URL da Macro Norte, na qual é acionada quando há necessidade na ampliar as buscas por leitos em todo o Estado.

Caracterização do estudo e local de desenvolvimento

Estado do Paraná, segundo seu Plano Diretor de Desenvolvimento (PDR/PR), foi dividido em quatro macrorregionais de saúde (Leste, Oeste, Noroeste e Norte). A Macro Norte (Tabela 1), por sua vez, é formada por outras cinco regionais de saúde (16^a, 17^a, 18^a, 19^a, 22^a), cada regional possui uma cidade polo (Paraná, 2010).

Dos municípios que compõem a Macro Norte, apenas o município de Londrina possui uma URL, enquanto que os demais têm seus leitos regulados pelo Estado (Macro Norte).

A Macro Norte regula os usuários das cinco regionais de saúde citadas, totalizando 97 municípios (Paraná, 2012), com 1.872.722 habitantes (IBGE, 2012).

Tabela 1: Identificação das regionais de saúde da Macro Norte, com seus municípios polos, com o respectivo número de municípios de abrangência e de habitantes.

Regionais	Municípios Polo	Quantidade de Municípios	Habitantes
16 ^a	Apucarana	17	349.875
17 ^a	Londrina	21	878.116
18 ^a	Cornélio Procópio	21	226.127
19 ^a	Jacarezinho	22	279.268
22 ^a	Ivaiporã	16	139.336

Fonte: IBGE, 2012; SESA, 2012

Na Macro Norte, apenas a cidade de Londrina (17^a regional) apresenta rede de assistência hospitalar com muita estrutura para casos de média e alta complexidade (MAC); sendo que 10 municípios dispõem de média estrutura de assistência hospitalar (Apucarana, Arapongas, Cambé, Rolândia, Ibiporã, Ivaiporã, Santo Antônio da Platina, Jacarezinho, Cornélio Procópio) (Brasil, 2011). Os demais 87 municípios, não têm atendimento na MAC nos seus distritos, são solicitantes de assistência (Paraná, 2011).

A Portaria Ministerial 968/02 define o elenco de procedimentos de alta complexidade hospitalar, já para a média complexidade estabeleceu-se que sejam os demais, ou seja, não nomeados na “tabela de procedimentos do sistema informatizado” para autorização de internamentos hospitalares (AIH), aspecto que destaca a dificuldade que esta área de atenção representa para os gestores do SUS (Brasil, 2002b).

A cidade de Apucarana, polo da 16ª regional de saúde é referência na alta complexidade para as especialidades médicas de: traumatologia, neurocirurgia vascular, neurologia, nefrologia, oncologia, gestação de alto risco e Arapongas é referência na alta complexidade para as especialidades médicas de: cardiologia intervencionista, neurocirurgia vascular, cirurgia vascular, neurologia, nefrologia, trauma-ortopedia (Paraná, 2011).

Na 18ª regional a cidade polo é Cornélio Procópio, sendo referência na alta complexidade para sua regional na especialidade médica em nefrologia.

As cidades de Jacarezinho e Santo Antônio da Platina são referências da 19ª regional com leitos de UTI adulto e neonatal, respectivamente. Santo Antônio da Platina embora não seja cidade polo da região, dispõe da alta complexidade em nefrologia (Paraná, 2011). Ivaiporã é cidade polo da 22ª regional de saúde, sendo referência para alta complexidade na especialidade de nefrologia e gestação de alto risco.

O presente estudo procurou gerar bases para a produção de informações comuns, tanto para o Estado quanto para os municípios assistidos pela URL da Macro Norte, com destaque para condições excepcionais, como “vaga-zero”, “ampliação de busca”, óbitos e resistências.

O termo “vaga-zero” é utilizado nas ocasiões de urgência em que o médico regulador tem que garantir o atendimento, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para internação de pacientes (Brasil, 2002c).

Inicialmente a busca de vaga em leitos hospitalares é restrita a cada regional de saúde desde que a mesma tenha a especialidade ou acomodação solicitada. Após a recusa da solicitação pelos prestadores de referência de cada regional é que se inicia a “ampliação de busca” as demais regionais que compõem a Macro Norte (Paraná, 2011).

Coleta de dados

Para a coleta de dados junto aos gestores, elaborou-se um roteiro semiestruturado com duas questões norteadoras, para que os mesmos pudessem explorar livremente o tema pesquisado:

1º - Quais os problemas locais enfrentados para regular seus usuários para assistência através da URL?

2º - Quais os problemas enfrentados pelos demais municípios para regularem seus fluxos para à assistência através da URL?

Após contato e esclarecimento sobre os objetivos do estudo, as entrevistas foram agendadas nos gabinetes dos gestores, conforme disponibilidade e agendamento dos mesmos. Na ocasião das entrevistas, assinaram o termo de livre consentimento para que as respostas pudessem ser gravadas em um tablete.

Aos entrevistados foram apresentados os dados extraídos do cadastro da URL, os quais exemplificaram o acesso promovido pela URL no ano de 2011 (1ª fase da pesquisa), a fim de norteá-los sobre a temática abordada objetivando as respostas das duas perguntas.

A identificação dos entrevistados ocorreu por numeração aleatória, ou seja, conforme foram sucedendo-se as entrevistas, foi gerado um número correspondente para cada gestor.

As respostas dos gestores foram transcritas na íntegra pela pesquisadora para o desenvolvimento da análise (2ª fase da pesquisa).

Forma de análise de resultado

Para análise de conteúdo, estabeleceu-se relação com a indagação que suscitou a investigação. Após exame metucioso do material transcrito, foram categorizados os elementos desse conjunto. As categorias foram articuladas com as publicações científicas a fim de abranger a máxima amplitude para a descrição, explicação e compreensão do foco do estudo (Trivños, 1995). A análise temática consiste em reunir unidades de registros sob um título, nas quais o tema serve como guia para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 1979).

As categorias ou classes foram obtidas com base teórica da temática abordada e resultaram em: infraestrutura assistencial deficitária, fragilidade nas pactuações entre os gestores e com os prestadores, fragilidade nas Redes de Atenção a Saúde (RAS), atuação da regulação na promoção do acesso, interferências nas ações regulatórias.

Para estabelecer a categorização com o tema foram necessárias exaustivas buscas ao material transcrito para identificação, descrição e transformação dos elementos adequados à temática abordada, ancorados na bibliografia científica e nas especificidades do material, culminando com os eixos temáticos apresentados (Bardin, 1979 e Minayo, 2006).

RESULTADOS

Quantitativos

Durante o ano de 2011, o número de leitos especializados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na Macro Norte manteve-se em 270. Contudo, os gestores na pesquisa referiram que, embora esse número seja divulgado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na prática alguns leitos estavam desativados por falta de recursos. Observa-se que esses leitos estão distribuídos entre pacientes adultos, crianças e recém-nascidos (Tabela 2).

Tabela 2: Infraestrutura de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da rede Estadual de saúde do Paraná, 2011 (n: 1.872.722).

Regionais / Leitos de UTI	16^a	17^a	18^a	19^a	22^a
UTI Queimados	0	6	0	0	0
UTI Adulto Tipo III	43	57	4	0	0
UTI Adulto Tipo II	21	27	10	9	15
UTI Adulto Tipo I	0	0	4	0	0
UTI Pediátrica Tipo III	0	15	0	0	0
UTI Pediátrica Tipo II	2	0	0	0	5
UTI Neonatal Tipo III	0	19	0	0	0
UTI Neonatal Tipo II	8	0	4	10	11

Fonte: CNES, 2011.

Foram cadastrados na URL 12.074 atendimentos em 2011. Dos quais 1.407 (11%) casos não foram regulados, motivados por desistência ou óbito.

Tabela 3: Regulação não efetivadas na URL da Macro Norte, 2011 (n: 12.074).

Regionais	16^a	17^a	18^a	19^a	22^a
Cadastro (censo)	2.674	5.651	1.665	1.868	216
Óbito	10	85	40	48	10
Desistência	95	589	206	287	37
Não Regulados	105 (4%)	674 (12%)	246 (15%)	335 (18%)	47 (23%)

Fonte: SESA-PR, 2011.

Dos 10.667 casos regulados, 36% foram rejeitados pelos hospitais cadastrados/SUS nas regionais da Macro Norte. No entanto, o acesso foi proporcionado pelo dispositivo da “vaga-zero” ou através da “ampliação da busca” pelo leito as demais regionais de saúde (Tabela 4).

Foram regulados e encaminhados como “vaga-zero” 1.212 pacientes e ampliadas às buscas por leitos para 2.557 casos, totalizando 3.769 pacientes que obtiveram acessos de forma atípica da convencional.

Em análise ao acesso proporcionado pelos prestadores, os da 16^a regional de saúde foram comparativamente os que mais acolheram a demanda, demonstrando não resolatividade para 10% dos casos. Os prestadores da 19^a regional nesse quesito, não resolveram 85% da demanda seguidas pela 22^a (81%), 18^a (58%) e 17^a (25%) (Tabela 4).

Tabela 4: Acesso por "vaga-zero" e "ampliação de busca" através da URL da Macro Norte, 2011 (n: 10.667).

Regionais	16^a	17^a	18^a	19^a	22^a
Regulados (n: 10.667)	2.569	4.977	1.419	1.533	169
Vaga-zero (n: 1.212)	23	693	263	225	8
Ampliação de busca (n: 2.557)	226	556	581	1.065	129
Acesso negado (n: 3.769)	249(10%)	1.249(25%)	814(58%)	1.290(85%)	137(81)%

Fonte: SESA-PR, 2011.

Os casos regulados obedeceram a critérios como acomodação e especialidades médicas. Evidenciou-se a acomodação ocupada nas regionais de saúde (Tabela 5).

De acordo com os dados, a 19ª regional de saúde apresentou demanda de 23% para UTI, seguida pela 22ª (13%), 18ª (9%), 17ª (7%) e 16ª (3%) (Tabela 5).

Tabela 5: Ocupação de leitos da Macro Norte através da URL, 2011 (n: 10.667).

Regionais / Leitos	16ª	17ª	18ª	19ª	22ª
Regulações (n: 10.667)	2.569	4.977	1.419	1.533	169
Leitos de UTI (n: 964)	92 (3%)	362 (7%)	135 (9%)	352 (23%)	23 (13%)
Leitos gerais (n: 703)	2.477 (97%)	4.615 (93%)	1.284 (91%)	1.181 (77%)	146 (87%)

Fonte: SESA-PR 2011; IBGE, 2011.

As regulações para leitos de UTI demonstraram que a demanda para leitos de UTI foi maior para leitos de UTI adulto na 17ª regional, seguida da 22ª (74%), 19ª (70%), 18ª (65%) e 16ª (36%). Quanto aos leitos de UTI pediátrica, a 19ª regional regulou 30% de sua demanda, seguida da 18ª (15%), 16ª (8%) e 17ª (5%). Para ocupação de UTI neonatal a 16ª regional necessitou 56%, seguida da 22ª (26%), 18ª (20%) e 17ª (16%).

A 22ª regional não regulou paciente para leito de UTI pediátrica e a 19ª regional também não o fez para leitos de UTI neonatal (Tabela 6).

Tabela 6: Ocupação dos leitos de UTI da Macro Norte através da URL, 2011 (n: 964).

Regionais / Leitos de UTI	16ª	17ª	18ª	19ª	22ª
Regulações (n: 964)	92	362	135	352	23
UTI Adulto (n: 673)	34 (36%)	289 (80%)	88 (65%)	245 (70%)	17 (74%)
UTI Pediátrica (n: 154)	7 (8%)	20 (5%)	20 (15%)	107 (30%)	0
UTI Neonatal (n: 84)	51 (56%)	0	27 (20%)	0	6 (26%)

Fonte: SESA-PR 2011.

No levantamento estatístico dos casos regulados para UTI, observou-se que as regionais têm carências assistências diferentes. Como a exemplo a 17ª regional apresenta maior necessidade de leitos em UTI adulto (80%), a 16ª para leitos de UTI neonatal (56%) e a 19ª para leitos de UTI pediátrica.

A regulação foi idealizada com o propósito de organizar, ordenar os fluxos dos usuários e garantir o acesso. Muito embora cumpra com seu papel, encontra problemas para efetivar as ações. Os quais serão avaliados pela ótica dos gestores.

Qualitativos

Foram entrevistados 11 gestores (seis estaduais e cinco municipais), envolvidos com o processo de regulação do acesso para assistência hospitalar.

O perfil dos gestores participantes da avaliação qualitativa foi o seguinte: faixa etária entre 35 a 61 anos, sendo seis homens e cinco mulheres (n: 11). Entre eles, cinco são graduados em medicina, quatro em enfermagem, um em medicina veterinária e um em farmácia. Sete gestores são funcionários públicos da saúde há cerca de 25 anos, três atuam de 10 a 18 anos e um ocupa cargo comissionado. Como gestor, quatro atuam há mais de 12 anos, um há cinco anos e os demais há menos de dois anos.

As respostas aos questionamentos apresentados: 1º - Quais os problemas locais enfrentados para regular seus usuários para assistência através da URL? E 2º - Quais os problemas enfrentados pelos demais municípios para regularem seus fluxos para à assistência através da URL? Foram categorizadas em: infraestrutura assistencial deficitária, fragilidade das pactuações entre os gestores e com os prestadores, fragilidade das RAS, atuação da regulação na promoção do acesso, interferências nas ações regulatórias.

A análise das respostas permitiu destacar que o processo regulatório na saúde é um mecanismo primordial na promoção do acesso aos usuários do SUS. A eficácia e a prontidão dos agentes envolvidos nessas ações torna essencial a plena prestação do serviço de saúde, especialmente em situações que envolvam risco de morte.

As dificuldades enfrentadas pela população ao recorrerem aos serviços hospitalares do SUS foram evidenciadas pelos gestores à ausência de infraestrutura, falta de recursos humanos, de equipamentos imprescindíveis para o atendimento e de leitos. Destacaram que o dispositivo legal da "vaga-zero", embora pretenda promover o acesso ao cidadão em situação de urgência, não caracteriza acolhimento. Nessa abordagem, os gestores apontaram carência maior de leitos nas unidades de terapia intensiva:

“Temos 10 leitos de UTI neonatal, dos quais quatro estão desativados por falta de respirador (...). Para atender a demanda de 21 municípios é pouco”. (gestor 3)

“Temos pacientes encaminhados com “vaga-zero”, que vão para os hospitais mesmo sem o leito (...)”. “Muitas vezes, as macas das ambulâncias ficaram retidas com pacientes nos corredores aguardando leito”. (gestor 2)

“Tem hospital que é credenciado para ter médico plantonista e não tem. E tem especialidade médica que se descredenciou do hospital. Isso dificulta ainda mais o acesso. Está muito difícil conseguir regular paciente”. (gestor 4)

Para os gestores, a atenção primária tem que ser mais resolutiva e capaz de acolher o cidadão no momento do agravo, pois uma vez determinada a “porta de entrada do sistema”, deve estar apta a dar o suporte necessário para a regulação realizar os encaminhamentos para a rede assistencial.

“A UBS é a porta aberta do sistema, lá a população encontra o médico no momento do agravo e, portanto deve estar equipada para poder prestar a assistência” (...). “O gestor tem que entender que o município que vai receber o seu paciente vai pôr primeiro o dele no leito e só depois irá buscar o de fora, por isso o gestor têm que atender a sua população antes de transferir”. (gestor 1)

“Tem município pequeno que recebe muito acidentado, mas não têm recurso nenhum para atender os usuários”. Recebem infartados e não tem eletrocardiograma (...). “O que o SUS preconiza em termos de assistência, na prática não se encontra”. (gestor 10)

Também foi reportada a implantação do complexo regulador das urgências, ao qual se queixam da falta de recursos humanos, equipamentos e local adequado para operacionalizar as regulações:

“A Regulação tem que ter local e condições adequadas de trabalho (...)”. Os funcionários trabalham em um local insalubre e sem equipamentos adequados (...). “Precisam de treinamento”. (gestor 2).

“Têm que contratar plantonistas. A regulação não pode ficar sem plantonista à noite e o paciente amanhecer na tela até chegar alguém para regulá-lo”. (gestor 1)

As pactuações contribuem significativamente para a redução dos gastos e a melhoria na alocação dos recursos, ainda que alguns acordos se encontrem fragilizados pela suspensão da cota participativa de alguns municípios para a manutenção dos serviços. Os gestores dos municípios que dispõem de maior assistência identificaram que cofinanciam os municípios solicitantes.

“Enfrentamos dificuldades financeiras, a gente não recebe repasse dos municípios, na verdade não sabemos como foram feitas as pactuações”. (gestor 9)

“Para o financiamento do setor, teriam que vir às contribuições *per captas* dos 21 municípios e o que nós vemos é que nem todos os municípios contribuem (...). Uma parte do dinheiro que teria que vir não chega. Em 2011 o inicial era de 0,67 *per capita* e caiu para 0,17, jogaram lá em baixo”. (gestor 11)

“(…) nos municípios carentes, não têm nenhum tipo de atendimento (…)”.
“Compram e até inauguram ambulância. Na urgência o gestor coloca o paciente dentro da ambulância e trás aqui na minha porta. Quando fazem isso, oneram o meu orçamento (...). Esse é o nosso maior problema, a grande utilização que os municípios vizinhos fazem dos nossos serviços”. (gestor 10)

Ademais relataram que há pouca rotatividade dos leitos hospitalares, por atenderem a uma clientela idosa e proveniente de acidentes:

“Interna muito acidentado, também tem muito idoso no município, o que compromete o tempo de ocupação do leito”. (gestor 6)

“Os idosos geram ocupação mais prolongada dos leitos hospitalares. Os pós-operatórios deles também são mais complicados”. (gestor 3)

Há fragilidade na rede de atenção as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de causas externas (acidentes), destaque para a atenção psicossocial, da qual os gestores se queixam de mandados judiciais para internação e tratamento.

“(…) Se a atenção primária atendesse o cardíaco ele não estaria ocupando o leito da UTI. Poderia ter evitado o AVC do diabético”. (gestor 8)

“A psiquiatria está difícil demais, a todo o momento me chega mandado do Ministério Público dizendo para internar (...). A rede de saúde mental não está estruturada”. (gestor 6)

“Está internando muito acidentado de trânsito, doenças crônicas e muita fratura. (...). Os municípios não estão dando conta de atender a toda essa demanda”. (gestor 7)

As ações regulatórias estão intrinsicamente envolvidas com a rede assistencial de prestadores, na qual os gestores convergem opiniões ao se referirem à média complexidade hospitalar, que devido à existência de demanda reprimida, sobrecarrega a regulação de leitos.

“Se para atender os outros municípios precisam aumentar leitos, o que vão fazer? Tem trabalhador para isso? Não tem! Qual a saída? É dinheiro para média complexidade (...). Nós não temos acesso na média complexidade cirúrgica. Os casos ficam aguardando até virarem urgência. Catarata foi o recorde, tinha gente esperando há cinco anos”. (gestor 8)

“O dinheiro da saúde está jogado nas duas pontas, na atenção básica e na alta complexidade, na média ninguém investe. Quando levanto os custos, aparece o vazio de gerenciamento e financiamento (...). Nosso maior problema é a média complexidade”. (gestor 7)

“A quantidade de leitos deveria aumentar, mas por falta de recursos os hospitais diminuíram. Na região como um todo faltam leitos. É uma crise por falta de dinheiro, ingerência. Isso é a nossa região e quem sofre é a população”. (gestor 3)

A regulação além de apresentar problemas estruturais internos depara-se com as dificuldades impostas pelo sistema para poderem internar os pacientes. Nesse sentido, a atuação dos gestores é pontual, se valendo da influência política para promoção do acesso.

"Às vezes o próprio gestor, o prefeito, conversam direto com o hospital e interferem no processo de regulação, porque são pressionados pela população". (gestor 7)

“Para poder sair a vaga do leito a gente tem que fazer uns telefonemas, conforme a especialidade é mais difícil, aí entra a política no meio”. (gestor 4)

“(...) Tem casos que o próprio paciente intercede junto ao prefeito ou através de um político. O que chega ao meu conhecimento eu ligo na central, e se não consigo pelas vias normais, acabo resolvendo por conta de contatos na prefeitura”. (gestor 3)

Pela análise do material levantado para o estudo, foi possível constatar que os gestores não evidenciaram somente um fator para os problemas locais e gerais enfrentados pela regulação para promoção do acesso a assistência.

DISCUSSÃO

Os municípios brasileiros enfrentam desafios para oferecer à população acesso universal e integral aos serviços do SUS. Nas situações de extrema necessidade em saúde, a regulação da atenção às urgências favorece o acesso do cidadão ao sistema de saúde e define a assistência mais adequada (Brasil, 2002c).

O presente estudo encontrou fundamentos que afirmaram que a regulação trata-se de uma ferramenta de gestão, pela qual se identifica as barreiras, os entraves para o acesso e podem fazer adequações necessárias que correspondam às peculiaridades de cada local (Vilarins, 2010).

Do mesmo modo, Puccini e Cornetta (2008) salientaram que através de indicadores pode-se monitorar a eficiência das ações na saúde, baseando-se em eventos que não deveriam ocorrer se os serviços funcionassem adequadamente. Souza (2008) destacou que as respostas às necessidades de saúde da população podem ser buscadas nos sistemas dos serviços de saúde, mas que, para que isso ocorra, os dados devem estar organizados.

A análise dos dados qualitativos desse estudo permitiu constatar que a 16^a regional de saúde proporcionou melhor resolutividade com apenas 4% dos casos não regulados, seguida, de forma crescente, pela 17^a regional, 18^a, 19^a e 22^a (Tabela 3).

Das 12.074 pessoas cadastradas na URL para serem reguladas à assistência hospitalar de MAC, 11% não foram reguladas por desistência ou morte. As desistências ocorridas foram atribuídas pelos gestores às inconsistências clínicas no cadastramento dos casos ou por alta médica a pedido do paciente.

A rede primária de assistência é a “porta aberta do sistema”, porém não desempenha sua função no momento de sofrimento extremo do cidadão, levando os usuários a recorrerem às unidades de urgência (Gawryszewski et al, 2012). Para o usuário, a Unidade Básica de Saúde (UBS) não realiza a assistência adequadamente por não dispor de recursos materiais e humanos, o que causa a procura deliberada ao setor hospitalar (Oliveira et al, 2009).

De acordo com Carret et al (2009) e Machado et al (2011), a atenção primária deveria utilizar protocolo para classificar os riscos nos casos de urgência e prestar uma

assistência prévia qualificada, ágil e resolutiva, evitando a procura inoportuna aos setores hospitalares.

A análise qualitativa deste estudo demonstrou que os gestores assumem compromisso em atender a população no momento do agravo, porém, salientam a necessidade de equipamentos para dar suporte básico de vida e ao uso de protocolos assistenciais e de classificação de risco. Por isso, O' Dwyer et al (2009) destacaram que a regulação para o acesso pode revelar as deficiências na assistência e as carências estruturais no sistema de saúde, as quais não devem ser atribuídas somente à atenção primária.

Neste estudo foram identificados 1.212 casos definidos como “vaga-zero” e 2.557 casos de “ampliação de buscas” por leitos, totalizando 3.769 (36%) das regulações com acesso de forma atípica. “Vaga-zero” é um termo que define um procedimento legal que favorece o acesso do usuário à rede credenciada do SUS, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (Brasil, 2002c).

Os resultados quantitativos do presente estudo indicaram que a 16ª regional foi a que menos utilizou o dispositivo “vaga-zero” dentre as avaliadas, absorvendo 90% da demanda de forma regular. Embora a 17ª regional disponha de maiores recursos assistenciais, recorreu mais a “vaga-zero” para promoção do acesso.

Para os gestores entrevistados, o acesso promovido, em algumas ocasiões, não apresentou acolhimento, pois os pacientes adentraram os serviços sem leito e permaneceram no pronto socorro, aguardando leito em macas do SAMU. Resultados semelhantes foram descritos por Bittencourt e Hortale (2009), ao constatarem que uma das principais causas da superlotação dos hospitais é a falta de leitos hospitalares especializados. Em consonância, Mendes et al (2012) verificaram que, devido à superlotação dos hospitais, os pacientes aguardaram leitos em macas nos corredores dos prontos-socorros ou em salas de emergência com respiração artificial, fatores esses que obstruíram ainda mais o acesso.

A escassez de recursos foi apontada pelos gestores como sendo uma grande barreira para que URL promova o acesso do usuário à assistência hospitalar, na medida em que, além da falta de leitos, há carência de equipamentos (respiradores) e de recursos humanos. Não sendo um fato isolado, do mesmo modo, Gawryszewski et al (2012)

constatarem que os profissionais da regulação do Rio de Janeiro enfrentaram problemas similares na promoção do acesso. Nessa vertente alguns gestores propuseram que para proporcionar o acesso, deve haver o cumprimento da cota participativa do orçamento da União, do Estado e entre os municípios e melhor controle social do setor.

Em contrapartida, estabelecendo a controvérsia, os secretários dos municípios solicitantes de assistência expressaram que não há problema no orçamento que é destinado à atenção básica e sim como são geridos esses recursos. Já os gestores dos municípios que recebem a demanda proveniente dos municípios solicitantes, expressaram que apresentam dificuldades na promoção do acesso, a exemplo do descredenciamento de especialidades médicas e falta de repasses das verbas, as quais estão alocadas na atenção básica e alta complexidade. Diante do impasse, a regulação hospitalar tem seu efeito mitigado e o acesso do usuário à assistência comprometido.

Quando se trata de acomodação em UTI, observou-se maior carência de UTI neonatal para a 16ª regional de saúde, por sua vez, as demais regionais avaliadas necessitaram de UTI para adultos. As diferentes demandas para os leitos de UTI foram destacadas pelos gestores nesse estudo como uma valiosa informação, pois o acesso também se tornou restrito pela pouca rotatividade desses leitos e baixa infraestrutura assistencial dos prestadores.

Essa análise é relevante, uma vez que as doenças cardiovasculares lideram o ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS) e requerem tratamento em leitos especializados de UTI, o que torna um recurso imprescindível para aumentar as chances de sobrevivência nos casos de adoecimento agudo (Evangelista et al, 2008).

Os hospitais credenciados para o atendimento às urgências, conforme determinado pela Portaria Ministerial 2.395/11, devem ter quantidade de leitos em UTI equivalente a 10% do número de leitos gerais (Brasil, 2011a). A URL da Macro Norte enfrentou significativa dificuldade na promoção do acesso aos leitos de UTI, que segundo os gestores, a quantidade de leitos precisa ser revista. O mesmo problema encontrou Gawryszewski et al (2012) nos Hospitais Universitários do Rio de Janeiro, onde a quantidade de UTI atingiu patamares de 5% em relação aos leitos gerais.

Os obstáculos encontrados pela regulação na promoção da assistência e a baixa resolutividade dos prestadores em acolher a demanda, parecem se retroalimentar, pois a ausência de leitos de UTI restringe o acesso e prolonga a permanência do usuário em lugares inapropriados nos hospitais (Mendes et al, 2012).

O Complexo Regulador foi criado para promover acesso à assistência de MAC, fundamentado nas RAS, com abrangência municipal, regional, estadual ou nacional. As unidades ou centrais de regulação que compõem o CR qualificam o fluxo dos usuários aos prestadores de serviço, pautadas em protocolos de atendimento. A estrutura física, tecnológica e logística de cada central de regulação depende de sua área de abrangência, dos prestadores de serviços credenciados e da densidade populacional assistida (Brasil, 2006b).

O compartilhamento do espaço físico favorece o trabalho das unidades de regulação, porém requer recursos, tanto para implantação, quanto para manutenção. Os gestores escutados neste estudo identificaram carência de equipamentos, recursos humanos e treinamento, aliados à dificuldade da produção de informações comuns. Sabe-se que o investimento na adequação tecnológica e capacitação dos trabalhadores faz com que os profissionais envolvidos se reconheçam no projeto que está sendo construído e melhorem os serviços (Mishima et al, 2003).

Com o Pacto pela Saúde, os gestores organizaram seus fluxos, pautados nas RAS, para regular seus usuários a uma assistência hierarquizada (baixa, média e alta complexidade). Para tal, foram criados polos regionais de assistência em todo o Estado do Paraná, onde estão concentrados os recursos com diferentes densidades tecnológicas e especialidades, para a grande parte dos problemas de saúde de ordem hospitalar (Paraná, 2011).

No entanto, de acordo com os gestores entrevistados, todos os esforços realizados para reduzir as disparidades orçamentárias entre os municípios têm-se mostrado ineficientes. As iniquidades em relação à renda e à apropriação econômica dos municípios são, na maioria dos casos, desfavoráveis, o que acarreta dificuldades para financiar suas ações e serviços de saúde. Para Lima e Andrade (2009), essa situação reforça a necessidade de se rediscutir a regionalização.

Embora a Lei Complementar 141/12 tente promover a equidade orçamentária entre as regiões de saúde, proporcionando isonomia assistencial entre os municípios brasileiros (Brasil, 2012), na prática, o acesso promovido é desigual, pois, de cada cinco internações hospitalares pesquisadas, apenas uma foi proveniente de outros municípios (Paim et al, 2011). Na opinião dos gestores dessa pesquisa, embora os municípios com mais recursos assistenciais atendam à demanda de outros municípios, isso não ocorre de forma isonômica: os recursos disponíveis não são suficientes para todos, pois o repasse de verbas não acompanharam as pactuações.

Dentre os desafios enfrentados para melhorar os resultados econômicos do SUS, o Ministério da Saúde depara com a projeção da duplicação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população idosa, passando de oito para 15% até 2020. No Brasil em 2004, 62,8% do total de mortes por causas desconhecidas foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório, atribuídas ao diabetes e à hipertensão (Brasil, 2005).

Associada aos desafios financeiros na gestão dos recursos para atender o usuário, está à falta de rotatividade de leitos decorrente de alterações macroestruturais na saúde, no perfil demográfico da população e nas DCNT e doenças infecciosas que, não subtraindo outras causas como acidentes, têm resultado em novas demandas para o setor hospitalar (Mendes, 2011).

O cenário descrito acima pode ser constatado no presente estudo, bem como no de Bittencourt e Hortale (2009), que verificaram o perfil das doenças que ocuparam os leitos hospitalares, proveniente do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Regulação de Leitos (URL) e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), as quais exigiram tempo mais prolongado de internação, superlotando os hospitais.

No presente estudo, os gestores destacaram que a população idosa na Macro Norte, assim como no Brasil como um todo, aumentou significativamente nos últimos anos, sendo um dos fatos geradores da baixa rotatividade dos leitos, o que tem concordância com o estudo de Mendes et al (2012). Para atenuar esse quadro, Oliveira et al (2009) destacaram que 25% dos Infarto Agudo do miocárdio (IAM) e 40% dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) poderiam ser evitados apenas com acompanhamento e controle da

doença, o que diminuiriam os índices epidemiológicos e acarretariam menos gastos com internações hospitalares.

Outro elemento que tem requisitado muitas internações e com tempo prolongado de permanência hospitalar, segundo os relatos dos gestores dessa pesquisa é ocasionado pelo grande número de acidentes que demandam atendimentos ortopédicos. Também evidenciaram as internações por quadros de surtos psicóticos, de ordem patológica ou por uso de substâncias psicoativas, realizadas em cumprimento a mandados judiciais, aos quais os gestores são unânimes em dizer que têm enfrentado dificuldades para promover o acesso a esses usuários. Na visão dos mesmos, a rede de atenção para esses casos, não se encontra estruturada.

Contrariamente ao que foi constatado pelos gestores desse estudo, o Ministério da Saúde tem divulgado que a taxa média de ocupação territorial de leitos em hospitais secundários não atinge 50%. Uma justificativa para a desativação de leitos ociosos foi a consideração de algumas regiões brasileiras como não assistenciais (Mendes et al, 2012), embora a redução de leitos também tenha ocorrido em lugares de referência em assistência (CFM, 2013).

Segundo consulta ao CNES, feito pelo Conselho Federal de Medicina, 42 mil leitos foram desativados no país entre outubro de 2005 e junho de 2012 e 13 mil de janeiro de 2010 a junho de 2013 (CFM, 2013). Mendes et al (2012), também consultaram o mesmo cadastro e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e concluíram que houve redução de 26,6% no número total de leitos em todo Brasil entre 1999 e 2009.

Em 2011, o Estado do Paraná apresentava 458 hospitais credenciados pelo SUS, dos quais 72,3% desses estabelecimentos possuíam menos que 50 leitos e com poucos recursos assistenciais para o atendimento, sendo que 11% dos prestadores no Estado possuíam mais de 100 leitos munidos de recursos humanos e tecnológicos (Paraná, 2013). Em oito anos, o Paraná reduziu 1.007 leitos em lugares de referência assistencial. Na capital do Estado, em 30 meses, diminuíram 325 leitos (CFM, 2013).

Cerca de 70% dos hospitais brasileiros são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares são públicos e 38,7% dos leitos privados estão disponíveis para o SUS. O sistema público de saúde brasileiro está envolvido com o privado, o qual o SUS subsidia o

privado ao mesmo tempo em que investe pouco no setor como um todo. A regulação tem sido insuficiente para alterar esses padrões históricos da assistência hospitalar. (Paim et al, 2011).

A redução de leitos hospitalares públicos ocorreu pela política do SUS em especializar a rede primária de assistência e em uma rede hospitalar com baixo grau de complexidade. Esse quadro vem sendo prolongado pela destinação de recursos federais insuficientes ao financiamento do sistema de saúde público, condição que coloca o Brasil como o país que menos investe em saúde na América Latina. A tendência crescente do SUS em restringir o acesso à alta complexidade ocasionou a concentração da oferta em estabelecimentos públicos ou privados com “dupla porta de entrada”, o que proporcionou um arranjo confuso de cobertura nesse segmento de assistência (Santos e Gerschman, 2004).

Embora a redução de leitos hospitalares possa ser justificada, os resultados obtidos no presente estudo indicam que as portas da emergência dos hospitais que atendem a média e a alta complexidade hospitalar da Macro Norte estão lotadas, atendendo uma demanda própria e proveniente de municípios solicitantes de assistência.

Os gestores foram uníssonos ao manifestar que enfrentam dificuldades e problemas para atender os casos de média complexidade e identificaram a baixa resolutividade desse setor, onde são destinados poucos recursos financeiros.

Na busca da promoção do acesso através da regulação, os funcionários deparam-se com poucos recursos e má gestão dos mesmos (Gawryszewski et al, 2012). Com isso, convivem com ações fragmentadas e sem articulação, que promovem visibilidade política, mas que não resolvem as carências estruturais, nem incentivam a participação popular para que ocorram mudanças (Paim et al, 2011). Para viabilizar o setor necessita-se de uma profunda reforma na gestão no SUS e reformulação na forma atual de controle social (Gastão, 2007)

Os resultados dessa pesquisa indicam que é premente o redimensionamento na média complexidade, para que se dê vazão a uma demanda reprimida que carece em sua maior parcela, de cirurgias. Nesse sentido, a forma de contratação dos serviços deve ser

revista, ou seja, não pela oferta do prestador, mas sim pelas necessidades de saúde dos usuários.

São muitos os problemas a serem enfrentados para a promoção do acesso e da redução das desigualdades assistenciais regionais. A regulação, nesse sentido, estabelece um instrumento ordenador e definidor do acesso, ao equilibrar oferta à demanda, e proporciona ao usuário o cuidado mais adequado às suas necessidades em saúde.

CONCLUSÃO

A Macro Norte garante o acesso do usuário na urgência. O sistema de regulação não apresenta desempenho máximo por problemas organizacionais, estruturais e não técnicos, influenciado pela política.

Carências em infraestrutura, em recursos humanos e em equipamentos, causaram desativação de leitos, principalmente os de UTI; conseqüentemente os usuários permanecem aguardando a vaga do leito nas unidades de urgência dos hospitais, o que contribui para manter esses locais com ocupação além de sua capacidade máxima.

Os municípios não têm recursos na rede primária de assistência, o que desloca a clientela para outras regiões.

O perfil demográfico da população pesquisada sofreu mudanças nos últimos anos, evidenciando as necessidades na contenção dos índices das doenças não transmissíveis, psicossociais e as decorrentes de acidentes.

A deficiência do acesso na média complexidade acarretou longas filas de espera para assistência hospitalar; o que demonstra a necessidade de pesquisa e planejamento na área para melhoria do acesso.

REFERÊNCIAS*

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.

Bittencourt RJ, Hortale VA Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009; 25(7): 1439-1454.

Brasil. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002a [acesso 22 jun 2013]. Aprova na forma do Anexo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

Brasil. Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002c [acesso 15 jul 2013]. Regulamenta o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência e dá outras providências [internet]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>

Brasil. Portaria n.º 968, de 11 de dezembro de 2002b [acesso 17 ago 2013]. Atualiza a relação de procedimentos de ações de alta complexidade e estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html

Brasil. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Brasil. Portaria n.º 699 de 30 de março de 2006a. [acesso 06 mai 2013]. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Regulamenta a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2008 ago 04. Seção 1, p 48-9.

Brasil. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Portaria n.º 2.395, de 11 de outubro de 2011. [acesso 14 ago 2013]. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011_comp.html

Brasil. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Brasília; 2011b. [Internet] [acesso 2013 set 24]. Disponível em: <http://189.28.128.182/i3geo/sage/abremapa.php?id=1>

Brasil. Lei Complementar n.º 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2012a jan.13; Seção 1, p.80.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, 2013. [Internet] [acesso 2013 out 12]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=41b

Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(1):7-28.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Análise do Conselho Federal de Medicina aponta queda acentuada de leitos do SUS desde 2010. Brasília; 2013. [Internet] [acesso em 2013 nov 13]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24121:analise-do-conselho-federal-de-medicina-aponta-queda-acentuada-de-leitos-do-sus-desde-2010&catid=3:portal.

Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(4): 767-776.

Gawryszewski ARB, Oliveira, DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Rev. Saúde Coletiva. 2012; 22 (1): 119-140.

Gelis Filho A. Análise comparativa do desenho normativo de instituições reguladoras do presente e do passado. Rev. Adm. Pública. 2006; 40(4): 589-613.

Gastão WSC. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007; 12(0): 1865-1874.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população. Brasil; 2010 [Internet] [acesso 2012 jan 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informações sobre os municípios brasileiros. Brasil; 2012. [Internet] [acesso 2013 mar 16]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>

Lima LD, Andrade CLT. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(10): 2237-2248.

Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer GO. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: uma análise da política nacional. Revista de Saúde Pública. 2011; 45 (3): 519-528.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Cad. Saúde Pública. 2012; 28 (5): 955-964.

Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC. (org.). A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde e Ministério da Saúde, 2006.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Mishima, SM; Pereira MJB; Fortuna, CM; Matumoto, S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

O'Dwyer G, Oliveira S, De Setta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(5): 1881-90

Oliveira BZ, Gotlieb SLD, Laurenti R, Jorge MHPM. Mortalidade feminina por hipertensão: análise por causas múltiplas. Rev. bras. epidemiol. 2009; 12(4): 556-565.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde no estado do Paraná. Curitiba; 2010 [Internet] [acesso em 2012 jun 10]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_atualizado_Edson.pdf

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). 17ª Regional de Saúde. Manual da unidade de regulação de leitos Macro Norte. 2ª ed. Londrina, 2011.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). 17ª Regional de Saúde. Londrina; 2012. [Internet] [acesso em 2013 jul 11]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). 1ª. Regional de Saúde. Curitiba; 2013. [Internet] [acesso em 2013 maio]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/MANUAL_HOSPSUScorrigido9022012.pdf

Paim J, Travassos C, Bahia L, Almeida C, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet. 2011; 377(9779): 1778-1797.

Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para monitoramento da atenção básica de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24(9): 2032-2042.

Santos MAB, Gerschman S. as segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9(3): 795-806.

Souza MFM. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2008; 17(1): 5-6.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1995.

Vilarins CM. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. Com. Ciências Saúde. 2010; 21(1): 81-84.

*De acordo com as normas da UNICAMP-FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

APÊNDICE 1

Apêndice 1: Roteiro para coleta de dados junto ao cadastro da URL da Macro Norte

16 REGIONAL	ÓBITO	DESISTIRAM	VAGA ZERO	BUSCA	CADASTRO	SAÍRAM DA 16		FICARAM NA 16		CASOS / MÊS		HAB.	IDESUS
Apucarana	6	42	5	57	293	Psiquiatria	105	Orto-Trauma	685	Janeiro	215	121.924	GH 3
Arapongas	3	34	9	60	184	Oncologia	24	Cardiologia	337	Fevereiro	220	105.588	GH 2
Bom Sucesso	0	0	1	10	236	UTI / Neo	22	Cir. Geral	269	Março	217	6.591	GH 5
Borrazópolis	0	2	1	7	210	CIR. Ped	20	Neurologia	218	Abril	232	7.877	GH 5
California	0	0	0	5	200	Cir. Geral	18	Cir. Neuro	125	Mai	263	8.100	GH 5
Cambira	0	0	0	2	42	UTI / Adulto	11	Clinica Med.	124	Junho	238	7.279	GH 5
Faxinal	0	4	1	28	225	Cardiologia	11	Pneumo	93	Julho	202	16.369	GH 3
Grandes Rios	0	1	3	16	150	Cir. Neuro	10	Urologia	73	Agosto	186	6.625	GH 6
Jandaia do Sul	0	3	2	5	470	CTQ	10	Obstetricia	53	Setembro	222	20.315	GH 5
Kaloré	0	0	0	5	100	Obstetricia	9	Vascular	47	Outubro	232	4.503	GH 5
Marilandia	0	6	0	10	122	Endovascular	8	Pediatria	44	Novembro	226	8.855	GH 5
Marumbi	1	0	1	0	155	Neurologia	7	Oftalmo	41	Dezembro	221	4.603	GH 5
Mauá da Serra	0	1	0	3	25	Hematologia	7	Cir. Toracica	29			8.715	GH 5
Novo Itacolumi	0	0	0	1	60	Oftalmologia	6	UTI / Neo	29			2.827	GH 5
Rio Bom	0	0	0	4	35	Clinica Med.	5	Oncologia	27			3.334	GH 5
S.Pedro do Ivaí	0	3	0	7	160	Urologia	5	Otorrino	26			10.221	GH 5
Sabaudia	0	0	0	6	8	Otorrino	2	UTI / Adulto	23			6.149	GH 5
						Cir. Torácica	1	Bucomaxilo	16				
						Orto-Trauma	1	Psiquiatria	11				
								Endocrino	10				
								UTI / Ped	7				
TOTAL	10	95	23	226	2.674		282		2.287		2.674	349.875	

Fonte: Cadastro da Central de leitos (SESA/PR), 2011.

APÊNDICE 2

Apêndice 2: Roteiro para coleta de dados junto ao cadastro da URL da Macro Norte

17 REGIONAL	ÓBITO	DESISTIRAM	VAGA ZERO	BUSCA	CADASTRO	SAÍRAM DA 17	SAÍRAM DA 17	SAÍRAM DA 17	SAÍRAM DA 17	SAÍRAM DA 17	CASOS / MÊS	HAB.	IDESUS
Alvorada do sul	4	18	40	13	313	Cardiologista	270	Orto/Trauma	1.788	Janeiro	629	10.363	GH 5
Assaí	4	33	56	28	223	UTI / Adulto	77	Oftalmologia	406	Fevereiro	468	16.368	GH 3
Bela Vista do Paraíso	2	22	51	25	403	Cir. Geral	35	Cir. Geral	317	Março	455	15.083	GH 5
Cambé	4	36	16	19	140	Obstetrícia	27	Cir. Neuro	313	Abril	456	97.390	GH 3
Cafeara	0	1	0	0	9	Cir. Neuro	22	Cardiologia	270	Maio	442	2.712	GH 5
Centenário do sul	3	15	30	24	222	Clinica Méd.	15	UTI / Adulto	212	Junho	439	11.178	GH 5
Florestópolis	8	31	43	50	120	Orto/Trauma	14	Obstetrícia	211	Julho	399	11.220	GH 5
Guaraci	0	0	0	0	0	Neurologia	10	Psiquiatria	171	Agosto	454	5.247	GH 5
Ibiporã	7	58	39	68	232	Bucomaxilo	10	Pediatria	150	Setembro	483	48.662	GH 3
Jataizinho	0	12	15	9	69	Pediatria	9	Neurologia	140	Outubro	468	11.918	GH 5
Jaguapitã	4	54	65	53	452	Urologia	8	Urologia	133	Novembro	536	12.256	GH 5
Londrina	15	96	32	62	110	UTI / Ped	4	Clinica Méd.	133	Dezembro	422	511.279	GH 1
Lupionópolis	0	10	21	32	166	UTI / Neo	3	Cir. Ped.	86			4.613	GH 5
Miraselva	0	10	8	8	79	Psiquiatria	2	Vascular	75			1.858	GH 5
Pitangueiras	0	0	0	0	0	CTQ	2	UTI / Neo	50			2.845	GH 5
Porecatu	8	24	34	28	325	Otorrino	2	Oncologia	45			14.183	GH 5
Prado Ferreira	0	9	18	12	154	Cir. Torácica	1	Otorrino	33			3.456	GH 5
Primeiro de Maio	6	28	37	25	192			Cir. Torácica	26			10.840	GH 5
Rolândia	11	49	57	41	219			CTQ	21			58.511	GH 3
Sertanópolis	5	44	80	26	555			UTI / Ped.	16			15.676	GH 5
Tamarana	5	58	52	33	430			Bucomaxilo	10			12.458	GH 5
								Endocrino	8				
TOTAL	85	589	693	556	5.651		503		4.474		5.651	878.116	

Fonte: Casadro Central de leitos (SESA/PR), 2011

APÊNDICE 3

Apêndice 3: Roteiro para coleta de dados junto ao cadastro da URL da Macro Norte

18 REGIONAL	ÓBITO	DESISTIRAM	VAGA ZERO	BUSCA	CADASTRO	SAÍRAM DA 18		FICARAM NA 18		CASOS / MÊS		HAB	IDESUS
Abatiá	0	6	21	7	75	Cardiologia	405	Orto/Trauma	133	Janeiro	131	7.753	GH 6
Andirá	11	34	31	62	180	Oftalmo	113	Cir. Geral	68	Fevereiro	133	20.615	GH 3
Bandeirantes	9	19	26	105	235	Psiquiatria	91	Obstetrícia	63	Março	158	32.182	GH 3
Congoinhas	3	16	31	36	125	Cir. Neuro	54	UTI /Adulto	40	Abril	124	8.312	GH 5
Cornélio Procópio	2	21	7	132	260	UTI / Adulto	48	Neurologia	36	Maio	153	46.934	GH 3
Itambaracá	0	3	10	1	75	Oncologia	42	Clinica Med.	26	Junho	125	6.759	GH 5
Leópolis	0	0	0	0	0	Cir. Ped.	33	Cardiologia	20	Julho	148	4.145	GH 5
Nova America da Colina	0	0	0	0	0	Orto/Trauma	32	Pediatria	20	Agosto	149	3.480	GH 5
Nova Fátima	0	3	1	26	55	UTI / Neo	21	Cir. Neuro	16	Setembro	141	8.153	GH 5
Nova Sta. Bárbara	0	0	0	1	1	UTI / Ped.	18	Cir. Vascular	15	Outubro	128	3.931	GH 5
Rancho Alegre	0	0	0	8	10	Obstetrícia	15	Bucomaxilo	6	Novembro	138	3.955	GH 5
Ribeirão do Pinhal	4	19	25	45	122	Neuro	12	UTI / Neo	6	Dezembro	136	13.522	GH 6
Santa Amélia	0	15	26	20	90	Vascular	12	Urologia	6			3.804	GH 6
Sta. Cecília do Pavão	0	0	0	0	1	Urologia	10	Cir. Ped.	5			3.646	GH 5
Santa Mariana	0	0	0	1	10	Cir. Geral	10	Oncologia	4			12.437	GH 5
Sto. Antonio do Paraíso	1	5	8	9	30	Pediatria	9	UTI / Ped.	2			2.412	GH 5
São Jerônimo da Serra	5	26	28	42	145	Clinica Med.	8	Cir. Torácica	2			11.336	GH 6
S. Seb.da Amoreira	1	15	18	17	75	Otorrino	5	Otorrino	1			8.726	GH 5
Sapopema	4	20	25	33	100	Cir. Torácica	5					6.736	GH 6
Sertaneja	0	0	0	6	10	CTQ	4					5.817	GH 5
Uraí	0	10	6	32	66	Bucomaxilo	3					11.472	GH 5
TOTAL	40	206	263	581	1.665		950		469		1.665	226.127	

Fonte: Casadro Central de leitos (SESA/PR), 2011.

APÊNDICE 4

Apêndice 4: Roteiro para coleta de dados junto ao cadastro da URL da Macro Norte

19 REGIONAL	ÓBITO	DESISTIRAM	VAGA ZERO	BUSCA	CADASTRO	SAÍRAM DA 19		FICARAM NA 19		CASOS / MÊS		HAB.	IDESUS
Barra do Jacaré	0	0	0	0	0	Cardiologia	338	UTI / Adulto	179	Janeiro	162	2.728	GH 5
Cambará	4	42	36	162	272	Psiquiatria	148	Orto / Trauma	102	Fevereiro	141	23.974	GH 5
Carlópolis	7	18	20	72	144	Orto/Trauma	73	Cir. Geral	100	Março	171	13.737	GH 5
Conselheiro Mairink	0	7	5	8	28	Cir. Neuro	70	UTI / Ped.	65	Abril	147	3.627	GH 5
Figueira	1	15	11	39	69	UTI / Adulto	66	Urologia	28	Maio	164	8.650	GH 6
Guarapirama	0	16	15	29	76	UTI / Ped.	42	Clinica Méd.	20	Junho	186	3.886	GH 5
Ibaiti	3	31	19	125	208	Oncologia	30	Cardiologia	15	Julho	146	28.928	GH 3
Jaboti	0	9	9	19	52	Vascular	29	Obstetria	13	Agosto	164	4.926	GH 5
Jacarezinho	3	24	10	89	174	Obstetria	27	Neurologia	13	Setembro	140	39.093	GH 3
Japira	0	0	0	0	10	Oftalmologia	26	Cir. Neuro	10	Outubro	145	4.910	GH 5
Joaquim Távora	2	6	7	30	63	Neurologia	21	Cir. Torácica	7	Novembro	150	10.819	GH 5
Jandaia do Sul	0	5	2	26	39	Cir. Ped.	21	Pediatria	5	Dezembro	152	3.433	GH 5
Pinhalão	1	6	8	27	67	Bucomaxilo	21	Vascular	4			6.215	GH 5
Quatiguá	2	5	8	39	64	Cir. Geral	19	Cir. Ped.	2			7.069	GH 5
Ribeirão Claro	3	17	7	28	75	CTQ	11					10.690	GH 5
Salto do Itararé	2	3	2	17	37	Pediatria	9					5.178	GH 6
Santana do Itararé	2	6	9	26	44	Urologia	8					5.249	GH 6
Sto. Ato. da Platina	8	21	9	131	208	Clinica Med.	5					42.920	GH 3
S. Josè da Boa Vista	1	8	2	27	55	Otorrino	4					6.511	GH 5
Siqueira Campos	4	15	12	36	81	Cir. Torácica	2					18.643	GH 5
Tomazina	4	5	11	22	46	Endovascular	1					8.788	GH 5
Wenseslaw Braz	2	23	9	24	62							19.294	GH 5
TOTAL	48	287	225	1.065	1.868		971		562		1.868	279.268	

Fonte: Casadro Central de leitos (SESA/PR), 2011

APÊNDICE 5

Apêndice 5: Roteiro para coleta de dados junto ao cadastro da URL da Macro Norte

22 REGIONAL	ÓBITO	DESISTIRAM	VAGA ZERO	BUSCA	CADASTRADO	SAÍRAM DA 22		FICARAM NA 22		CASOS / MÊS		HAB.	IDESUS
Arapuã	0	0	0	0	0	Psiquiatria	40	UTI / Adulto	4	Janeiro	25	3.554	GH 6
Ariranha do Ivaí	0	0	0	0	0	Cardiologia	19	Orto/Trauma	1	Fevereiro	14	2.453	GH 5
Cândido Abreu	1	1	2	10	15	Cir. Neuro	17	Cardiologia	1	Março	17	16.662	GH 6
Cruzmaltina	0	0	0	0	0	UTI / Adulto	13	Urologia	1	Abril	19	3.162	GH 5
Godoy Moreira	0	1	0	6	10	Oncologia	11	Neurologia	1	Maio	20	3.337	GH 5
Ivaiporã	8	5	1	42	55	Orto / Trauma	9	Pediatria	1	Junho	15	31.812	GH 3
Jardim Alegre	0	1	1	13	15	Oftalmo	7			Julho	17	12.325	GH 6
Lidianópolis	0	0	0	1	1	Vascular	7			Agosto	23	3.972	GH 5
Lunardelli	0	4	0	2	10	UTI / Neo.	6			Setembro	13	5.156	GH 5
Manoel Ribas	0	2	0	1	6	Cir. Ped.	6			Outubro	23	13.177	GH 5
Mato Rico	0	0	0	1	1	CTQ	5			Novembro	13	3.822	GH 6
Nova Tebas	1	1	0	14	20	Bucomaxilo	5			Dezembro	15	7.389	GH 6
Rio Branco do Ivaí	0	3	1	3	6	Obstetrícia	5					3.909	GH 6
Rosário do Ivaí	0	2	1	9	15	Cir. Geral	4					5.586	GH 5
Sta. Maria do Oeste	0	17	1	17	40	Urologia	2					11.497	GH 6
São João do Ivaí	0	0	1	11	21	Pediatria	2					11.523	GH 5
						Clinica Médica	2						
TOTAL	10	37	8	129	216		160		9		216	139.336	

Fonte: Casadro Central de leitos, 2011

ANEXO 1



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Perfil dos casos atendidos pela central de regulação de leitos da macrorregional de saúde do norte do Paraná no período de 2011"**, protocolo nº 044/2013, dos pesquisadores Andrea Ferreira Caria Buges e Antonio Carlos Pereira, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 11/06/2013.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project **"Profile of the cases seen by the central regulation of Hospital beds in northern of Paraná State during 2011"**, register number 044/2013, of Andrea Ferreira Caria Buges and Antonio Carlos Pereira, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on Jun 11, 2013.

Prof. Dr. Felipe Bevilacqua Prado
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Profa. Dra. Lívia Maria Andaló Tenuta
Coordenadora
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO 2

CONFIRMAÇÃO DO ENVIO PARA PUBLICAÇÃO

De: rochadanuzia@gmail.com
Para: andreacaria@hotmail.com

Dear Mrs. Buges:

Your manuscript entitled "ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO DO FLUXO DE ACESSO À ASSISTÊNCIA A SAÚDE ATRAVÉS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DE MACRORREGIONAL DO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2014-1042.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office