



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

**O Sistema de Regulação de vagas do SUS: Garantia de acesso
ou burocratização dos serviços?**

EDGARD LIMA DA SILVA

KARLA CAROLINA DOS SANTOS DUTRA

Rio de Janeiro

2015

EDGARD LIMA DA SILVA
KARLA CAROLINA DOS SANTOS DUTRA

**O Sistema de Regulação de vagas do SUS: Garantia de acesso
ou burocratização dos serviços?**

Orientadora: Prof^a. Dr. Angela Maria Hygino Rangel.

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
requisito para obtenção do título de
Assistente Social.**

Rio de Janeiro

2015

AGRADECIMENTOS

Edgard

Agradeço a minha mãe Leila por ser a pessoa que me mostrou o caminho correto para a excelência profissional e para a vida.

Agradeço a minha avó Maria do Carmo pela paciência e pela escuta quando eu precisava de um colo quente e gentil.

Agradeço a minha companheira Karla Dutra pelo empenho e dedicação que ela demonstrou para levarmos esse trabalho até o fim e pelos longos dias exaustivos que ela esteve ao meu lado para concluirmos esse trabalho com perfeição.

Agradeço as minhas colegas de classe Maria Eduarda, Caroline Domingues, Fátima Fernandes, Aparecida Tavares, Maria da Glória, Cristiane Fernandes e Marcela Bastos pelos preciosos conselhos e pelas aulas maravilhosas que tivemos juntos.

Agradeço aos meus amigos Black, Matheus, Rafael, João e Rodrigo pelo apoio e incentivo que me deram para sempre continuar a perseguir a tão sonhada graduação.

Agradeço as colegas de profissão do Hospital Municipal Miguel Couto que contribuíram para meu aprendizado acadêmico e me mostraram como ser um profissional dedicado e íntegro.

Agradeço a minha mestra Simone Pires por ter ficado ao meu lado por tanto tempo e ter me mostrado os caminhos certos para uma carreira profissional e que esta não acaba na graduação. Ela continua para a vida toda.

Karla

Agradeço a Deus pela força durante toda a minha caminhada na universidade nesses quatro anos e meio, por sustentar meu sonho em me formar como assistente social.

Aos meus pais, Daisy e Paulo, pela cobrança diária para que sempre fosse alguém com diferencial aos outros.

Ao meu irmão Hudson pelos debates políticos, puxões de orelha e indicações de concurso (risos).

Ao meu amor, amigo, companheiro Edgard para maravilhosa dupla de curso, monografia e vida. Por sonhar junto comigo, por me fazer acreditar que tudo é possível.

À Anny pelas mil e uma dicas, carinhos, risadas e madrugadas juntas.

À minha prima Camila pela revisão do texto, por todas as dicas para que esse trabalho fosse possível.

Aos meus padrinhos maravilhosos pelas orações e torcida sempre.

Aos meus primos da minha querida Maceió por sempre torcerem por mim e por todo o carinho.

Às minhas companheiras do estágio e da vida Rosa, Giselle, Adriele e Nathalia Bufolin pela compreensão das minhas dificuldades e suporte nos momentos mais conturbados.

À minha amiga Luciana por me ouvir sempre e respeitar meus momentos de silêncio.

Aos meus professores Rosana, Magdala, Charles, Fátima Grave e Eliane pelo suporte intelectual durante todo o curso.

À professora Angela pela disponibilidade e paciência durante a confecção do trabalho.

Às bonitas da turma Carol, Duda, Cida, Fátima, Glorinha, Marcela e Cris pela fidelidade durante todo o curso, todos os trabalhos em grupo e estudos para as provas.

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNS	Cartão Nacional de Saúde
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
Caps AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CSF	Clínica de Saúde da Família
CNS	Conferência Nacional De Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CRM	Conselho Regional de Medicina
CGRA	Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatutos da Criança e do Adolescente
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FNDCT	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ICMS Serviços	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de
IAP's	Institutos de Aposentadoria e Pensões
LOAS	Lei Orgânica da Saúde

MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
NOB- SUS	Norma Operacional Básica do SUS
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PAM	Posto de Atendimento Médico
PAISCA	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente
PSF	Programa Saúde da Família
Ride	Rede Integrada de Desenvolvimento de Entorno
SESAC	Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIH	Sistema de Informações Hospitalar
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado De Saúde
SUS	Sistema Único De Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso intitulado “O Sistema de Regulação de Vagas do SUS: garantia de acesso ou burocratização dos serviços?” trata-se de uma análise sobre como as políticas de saúde foram sendo configuradas, a partir das deliberações aprovadas pelos delegados participantes das Conferências Nacionais de Saúde, contribuindo assim para a efetivação do acesso à saúde pública gratuita para a população. O interesse pelo tema surgiu durante as aulas da disciplina Orientação e Treinamento Profissional quando a questão do funcionamento do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) era frequentemente mencionada em classe como problemática, à medida que as filas de pessoas em busca de atendimento se acumulavam agora no sistema, criando o que podemos designar como uma “fila no sistema computacional”. O SISREG foi criado com o objetivo de promover um maior controle da marcação de vagas ao qual pudesse ser acessado por diferentes profissionais em todas as unidades de saúde do país. Para realização do presente trabalho apresentamos inicialmente uma contextualização histórica das Políticas de Saúde, objetivando esclarecer ao leitor seus avanços, até tomar a forma como se apresenta hoje. Para tanto, selecionamos as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) a partir do momento em que a questão do acesso configura-se como um dos temas centrais, fato este que ocorreu inicialmente na XI CNS. A partir de então, a temática adquire diversos significados, todos para além do atendimento médico recebido e em consonância com o conceito ampliado de Saúde definido na VIII CNS. Assim prosseguimos por uma pesquisa documental, quanto então analisamos os relatórios das XI a XIV CNS, destacando particularmente os diferentes significados que os delegados, com direito a voz e voto, atribuíam à questão do acesso. Acreditamos que a ferramenta não se configura como mais um obstáculo burocrático que atrapalhe o acesso aos serviços, ao mesmo tempo em que sozinha não garante o acesso às vagas. O SISREG foi sem dúvida um avanço para a regulação das vagas nas diferentes unidades de saúde, mas esse sistema precisa de uma maior estrutura, com maior número de vagas, que suporte à grande demanda de atendimento à população.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 NOTAS ACERCA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	12
1.1 ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE ANTES DO SUDS	12
1.2 A CRIAÇÃO DO SUDS	19
1.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
1.3.1 Princípios e diretrizes.....	21
2 DESENHO METODOLÓGICO	23
3 ANÁLISE DO SIGNIFICADO DO ACESSO AOS PROCEDIMENTOS DO SUS SEGUNDO A VISÃO DOS DELEGADOS DAS CNS	25
3.1 CLASSIFICAÇÃO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO CONCEITO DE ACesso À SAÚDE PELOS DELEGADOS PARTICIPANTES DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE INVESTIGADAS.....	36
4 O ACESSO NA FERRAMENTA DE MARCAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DA SAÚDE: O SISREG	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	58

INTRODUÇÃO

Nosso interesse pelo tema surgiu a partir das discussões realizadas em sala de aula e experiências vividas nos campos de estágios, aos quais nos proporcionaram trazer debates para a academia sobre a temática da saúde.

A criação e concretização do Sistema Único de Saúde, o SUS, foi um dos maiores avanços que o Brasil conquistou no que diz respeito à saúde quando com a aprovação da Lei 8080/90, a saúde passa a ser “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (Art. 2º, Lei 8080/90).

No primeiro capítulo faremos um resgate histórico da política de saúde pública no Brasil a partir da década de 1920, com o modelo previdenciário do sistema de saúde e como esse foi sendo modificado politicamente. Trataremos da criação do Ministério da Saúde até o Movimento da Reforma Sanitária, terminando com a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde.

No segundo capítulo mostraremos a metodologia que usamos para a composição do trabalho no qual iremos expor a forma de pesquisa a partir dos relatórios finais das XI, XII, XIII e XIV Conferências Nacionais de Saúde. Para isso faremos quadros e relacionaremos as referências dos delegados das conferências, sobre os diferentes significados de acesso à saúde, com as nossas observações sobre o que foi exposto.

O terceiro capítulo mostrará os quadros feitos para cada Conferência para o exame dos conteúdos encontrados no material estudado e mostraremos as categorias que separamos com os resultados das análises do tema, a partir da nossa percepção sobre as menções feitas em relação à amplitude desse acesso para os delegados.

O quarto capítulo mostra o funcionamento do atual sistema de regulação de marcação de consulta, exames e internações do Sistema Único de Saúde, de que forma os usuários podem fazer uso desse sistema nas diferentes

unidades de saúde, quais os profissionais envolvidos e as condições mínimas necessárias.

O último capítulo trará nossas considerações finais sobre o tema analisado, os avanços, retrocessos e o nosso olhar geral sobre a saúde pública atual e o sistema de marcação de consultas, exames e internações.

1 NOTAS ACERCA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1.1 ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE ANTES DO SUDS

Neste capítulo faremos uma breve contextualização histórica acerca da organização política de saúde entre as décadas de 1920 e 1980. Iniciaremos comentando o modelo previdenciário que respondia pela limitada cobertura da saúde aos trabalhadores formais e sindicalizados. Prosseguiremos pela criação do Ministério da Saúde e o combate e enfrentamento de doenças. Por fim lembraremos o Movimento da Reforma Sanitária e de que modo colocou em questão o “caráter excludente do sistema de saúde previdenciário”.

A Lei nº4682/23, conhecida como Lei Eloy Chaves deu base para o sistema previdenciário através da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), a principio só para o trabalhadores das estradas de ferro.

“A primeira CAP foi criada em 1917 para os funcionários da Imprensa Nacional. As CAPs eram entidades autônomas semipúblicas. Caracterizavam-se como fundos organizados por empresas, compostos por contribuição de trabalhadores (3%), empregadores (1% da renda bruta anual) e consumidores dos serviços das empresas. Eram administradas por empregados e empregadores em colégio paritário.” (SCOREL e TEIXEIRA, 2008: 358)

O financiamento das CAP's se realizava através do modelo tripartite, no qual a contribuição vinha do empregado, da empresa e do governo federal, sendo sua cobertura limitada a apenas a assistência médico-curativa, aposentadoria, pensões para dependentes e adicional para cobertura funeral.

Em 1933, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas na presidência do país, ocorreu a transformação das CAP's em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) abrangendo outras categorias profissionais, mesmo diante da crise existente. Segundo Escorel e Teixeira:

“(...) ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos aos poucos passaram a fazer parte desses institutos que como as CAP’s, também ofereciam serviços médicos apesar de voltarem-se prioritariamente para os benefícios e pensões.” ESCOREL E TEIXEIRA, 2008.

O contexto da crise, ocorrida entre 1930 e 1945, foi caracterizada pelos achatamentos de gastos resultando em uma “orientação contencionista que levou a uma diminuição dos gastos por seguro da participação da assistência médica no total das despesas, da concessão de aposentadorias e do valor médio pago aos beneficiários (aposentadorias e pensões)¹.

Como consequência houve uma modificação do financiamento dos institutos que foi formalizada pela inserção da contribuição da União após o rompimento da relação direta, que anteriormente existia entre a empresa e a CAP. A assistência médica, então, foi reduzida à dependência dos recursos próprios das instituições, já que a previdência social restringiu-se às aposentadorias e pensões, e mais tarde serviu como fonte de arrecadação financeira do Estado.

Essa fonte de recursos foi denominada de “modelo contencionista ou modelo de capitalização”². Assim, o Estado utilizou-se dessa contenção de despesas ao mesmo tempo em que redirecionava esses recursos ao projeto do governo para alavancar a industrialização do país.

Vale ressaltar que a assistência médica individual era limitada aos cidadãos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e sindicalizados: “Eram vistos como cidadãos somente aqueles que trabalhavam em ocupações reconhecidas e definidas por lei, sendo a carteira profissional e

¹ Escorel e Teixeira, 2008:358

² “O modelo de capitalização (...) funciona na base de reservas financeiras, que são investidas de modo a defender o seu valor dos desgastes inflacionários, ou mesmo crescer em termos reais. (...) Esses investimentos eram feitos basicamente em títulos da dívida pública ou ações de empresas semiestatais que começavam a ser criadas no período, seja por imposições legais formais que obrigavam as instituições de Previdência a comprar estes ‘papéis’, seja porque eram efetivamente as melhores e mais seguras opções de investimentos em nosso incipiente mercado financeiro no período em questão.” (Oliveira & Teixeira, 1986:141)

o pertencimento a um sindicato público os parâmetros de definição de cidadania³.

Ainda no início da década de 1930 trouxe a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), como conquista dos sanitaristas que tiveram sua demanda finalmente ouvida. O MESP era composto pelo Departamento Nacional de Educação e pelo Departamento Nacional de Saúde, apenas no Distrito Federal. Nos outros estados foi criada a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social para coordenar as diretorias estaduais de saúde.

Porém, o processo de institucionalização do MESP foi bastante conturbado passando por várias frentes de direção até que se iniciasse a gestão de Gustavo Capanema no MESP entre 1934 e 1945. O período iniciado em 1937 ficou reconhecido como Reforma Capanema.

Essa reforma provocou a reestruturação do ministério e dentre suas medidas inicialmente a mudança para Ministério da Educação e Saúde (MES), a ampliação do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Hospitalar, Sanitária Internacional e da Capital da República, juntamente das oito novas delegacias federais de saúde, uma por distrito que estava dividido o país.

As delegacias federais de saúde tinham como objetivo “garantir a colaboração dos serviços locais de saúde pública com os serviços federais e supervisionar os serviços federais de saúde⁴”.

Outra importante criação da reforma foram as Conferências Nacionais de Saúde que a princípio eram basicamente “uma reunião administrativa com os dirigentes do setor para a integração e normatização dos serviços locais de saúde”⁵.

A reforma, então, centralizou a coordenação ao Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social do MES os departamentos de saúde

³ Escorel e Teixeira, 2008:361

⁴ Escorel e Teixeira, 2008:362

⁵ Lima, Fonseca & Hochman, 2005

com o objetivo de normatizar e uniformizar as estruturas estaduais por meio de uma diretoria, inspetorias de combate a doenças e os centros de saúde em si.

Ainda sobre o caráter centralizador durante a reforma, foi de grande importância a criação de Serviços Nacionais específicos por doença focados no combate e controle dessas. Destaca-se o Departamento Nacional de Saúde (DNS) e a representação por Estados organizados por suas normas e orientações que a partir da conjuntura sanitária disputavam os subsídios quanto ao controle ou erradicação da doença.

A partir da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) – por meio de um acordo entre o governo do Brasil com os Estados Unidos⁶ – iniciou-se o combate, através de ações preventivas e curativas, à febre amarela e à malária mediante o interesse econômico norte-americano na riqueza da borracha e ferro da região. Em pouco tempo se expandiu a outros estados das regiões Norte e Nordeste.

Toda essa centralização da saúde pública nos estados compôs um novo modelo de saúde que buscava combater as oligarquias existentes nos municípios, se distanciando aos princípios federalistas da República Velha. A justificativa da centralização era dada pela demanda das agências internacionais como a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) crescente na América Latina⁷.

A OPAS era uma organização de saúde dedicada a melhorar as condições dos países das Américas, nesse caso específico, da América Latina. Porém, a economia norte-americana passava por um período turbulento, proveniente da crise do petróleo de 1970.

Nesse contexto, a preocupação maior era o volume crescente dos gastos, de forma que as proposições e as sugestões tratavam, em geral, de

⁶ Esse acordo estabelecia como atribuições ao SESP: o saneamento do Vale do Amazonas, o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração com o então Serviço Nacional de Leprosia. Essa proposta norte-americana de estabelecer acordos bilaterais entre países latino-americanos visava ampliar a cooperação com os países do hemisfério sul.

⁷ Idem

reduzir custos, criou dificuldades no acesso aos benefícios e introduziu a participação do usuário no custeio dos cuidados com saúde.

O modelo de saúde no Brasil, na década de 1970, era um modelo que tratava da doença⁸ e não da saúde da população. A cura de doenças não garantia que o cidadão estivesse em boas condições físicas e mentais. Diante do quadro cada vez mais crescente de insatisfação de diversas camadas da população brasileira que toma forma o movimento sanitário.

“O movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.” (Escorel, 1999).

Esse movimento passou por três momentos cruciais: o primeiro se trata do movimento estudantil e sua articulação junto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); o segundo momento estava relacionado aos médicos residentes e a renovação médica e o terceiro momento por fim a relação dos profissionais com a academia.

O Cebes e o movimento estudantil têm seu papel na história da Reforma Sanitária por difundir a teoria da medicina social. Parte do setor dos estudantes que não eram perseguidos pela forte repressão da época puderam se engajar em debates acerca da saúde comunitária, com o propósito de “reunir estudantes, professores e profissionais para debater os determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde, bem como as práticas de saúde comunitária em desenvolvimento” (Cebes, 1977). Esses debates ocorreram nas Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC) e foram de grande importância, pois puderam difundir questões relevantes ao pensamento

⁸ Esse modelo era voltado à remediação das doenças quando contraídas por cada indivíduo. Não considerava as particularidades das comunidades quanto ao saneamento e a percepção sobre as causas das doenças por territorialidade. Não existia a devida atenção à prevenção de doenças e seus desencadeantes.

médico-social como forma de conscientização sanitária⁹ entre os estudantes, o que acabou por formular duas ideias principais: a democratização do país e do setor e a privatização da saúde.

O Cebes contribuiu no contexto da Reforma Sanitária de forma a materializar e difundir o pensamento médico-social, defendendo a saúde do modo como era vista, como um processo histórico-social, ou seja, a saúde faz parte da vida cotidiana e da história do trabalhador e com tudo o que ele se relaciona. O Cebes vai se posicionar no cenário político aderindo a outros movimentos sociais da época, como o movimento contra a carestia e a luta pela anistia. O lema da entidade passou a ser “Saúde e Democracia” e foi com esse lema que no Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados o Cebes apresentou uma proposta que mais tarde viria a se tornar realidade na 8ª Conferência Nacional de Saúde: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (Art 196, Constituição 1988).

O segundo momento da Reforma tem uma diferenciação do primeiro, pois significou uma atuação voltada para a área da política voltada aos trabalhadores. O movimento da renovação médica pode trazer ao debate da conjuntura sanitária as relações de trabalho que se passavam durante o período da ditadura militar brasileira. Uma importante ideologia, a ideologia trabalhista, apareceu nesse cenário a ponto de obter grande contribuição na luta dos trabalhadores, pois ela vai se caracterizar como um movimento em prol da luta dos trabalhadores: a luta pelos sindicatos.

Essa luta ideológica trabalhista foi um passo a frente para a categoria, pois significou uma nova tomada de consciência da conjuntura em que estavam inseridos. Era uma forma de ação coletiva lutar para melhorar as condições de trabalho através de amparo legal, mesmo que os sindicatos estivessem ligados ao Estado. Esse movimento cresceu por todo país e junto com ele apareceu outro marco da renovação médica, com as greves.

⁹ Conceito formulado por Giovanni Berlinguer (1978), “é a ação individual e coletiva para alcançar a saúde enquanto um direito da pessoa e um interesse da comunidade”.

As greves vão representar a luta por reivindicações, que passaram a se repetir a cada ano a partir de 1978. Esse processo cresce em quantidade e qualidade até 1981 quando acontece a greve nacional dos médicos.

“... a greve foi um fato político, para além do movimento reivindicatório, pois, ao pleitear melhores salários e condições de trabalho, questionava amplamente as condições do mercado de trabalho e a própria política de saúde.” (Escorel, 1999).

O terceiro momento do Movimento Sanitário abordou sobre o papel das universidades. Foi na academia que se construiu o marco teórico, o referencial ideológico do movimento. Através do embasamento teórico que a academia forneceu, o movimento sanitário pode consolidar sua base de atuação. Esse foi um espaço de muita repressão por parte do governo, pois ainda estava no contexto de Ditadura Militar. E em certos casos esse representava não só o espaço de produção teórica, mas também a esfera do trabalho, pois muitos profissionais que se formavam conseguiam emprego dentro das próprias universidades.

Com o aumento significativo de produção teórica sendo realizada na época, aumentava também o número de instituições que incorporaram a abordagem médico-social à análise dos problemas de saúde. Em pouco tempo esse enfoque espalhou-se para além da região sudeste, onde havia começado, e passa a ter amplitude nacional, mesmo que de início fosse pequena.

Neste período aconteceram investimentos na área social, possibilitados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT). O apoio desses fundos aliados às diretorias das universidades interessados na nova conjuntura que estava sendo formada na época permitiu um grande avanço no processo de construção de uma nova abordagem. A Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) - órgão estatal responsável pelos fundos de desenvolvimento- proporcionou um grande avanço na questão médica, pois foi

capaz de consolidar o mestrado em medicina social¹⁰, o que proporcionou a formação de profissionais em saúde coletiva e na rede de medicina social.

No que diz respeito à reprodução do conhecimento, ocorreram importantes avanços na época. A descentralização da formação através de cursos regionalizados e as residências em medicina preventiva e social foram dois fatos que demonstraram que o desenvolvimento na área de saúde coletiva estava crescendo e tomando parte do cenário da época.

1.2 A CRIAÇÃO DO SUDS

A Reforma Sanitária teve sua maior expressão durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, e foi um importante marco para a história brasileira, pois representou a luta pelos direitos ampliados de saúde. Ela contou com a participação de diversos setores como acadêmicos, profissionais de saúde e representantes de movimentos populares. Essas forças unidas durante a reforma sanitária puderam obter grandes avanços e o maior deles foi a promulgação de uma nova Constituição Federal, realizada em 1988. A VIII CNS também ajudou a criar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que mais tarde viria a se tornar o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUDS foi criado a partir de uma proposta da presidência do INAMPS e visava à descentralização dos serviços de saúde. A proposta também incluía a transferência dos serviços de saúde para os

¹⁰ O médico e sociólogo Juan César Garcia (1932-1984) foi o maior estimulador, o principal teórico e o grande articulador do movimento de medicina social na América Latina na década de 1970. A partir de sua inserção profissional no setor de desenvolvimento de recurso humanos da Opas, junto com Miguel Marquez, não apenas estimulou núcleos acadêmicos a incorporarem as ciências sociais à análise dos temas de saúde como também promoveu a articulação entre esses núcleos. No Brasil, esteve presente desde 1969 estabelecendo, a partir de 1970, intenso contato, com intercâmbio regular de bibliografia. Dessa forma, Garcia contribuiu com uma grande bagagem metodológica e possibilitou o acesso ao que estava sendo elaborado nos grandes centros de reflexão, quando no país vivia-se sob a censura e com muitas dificuldades de debate e de atualização.

estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo, entre outros.

“A ideia do SUDS surgiu como estratégia ponte, uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde” (Cordeiro apud Faleiros et al., 2006: 78)

A VIIIª Conferência conseguiu atingir outros objetivos importantes para além do SUDS, como a formação de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e da Plenária de Saúde. A comissão pode elaborar as propostas para o capítulo que se referia à saúde (na nova constituição). Já a plenária, em 1987, pode apresentar no plenário da Constituinte a proposta de emenda popular. Dessa forma, ela assumiria os debates da saúde, que mais tarde puderam resultar na promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS)¹¹, que passou a constituir as bases legais da organização do novo sistema de saúde brasileiro, o SUS.

1.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A criação e concretização do Sistema Único de Saúde, o SUS, foi um dos maiores avanços que o Brasil deu no que diz respeito à saúde quando com a aprovação da Lei 8080/90, a saúde passa a ser “*um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*” (Art. 2º, Lei 8080/90).

¹¹ Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

1.3.1 Princípios e diretrizes

Entre as diretrizes e princípios destacamos: a universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica.

A universalidade faz referência ao dever de atendimento aos cidadãos no SUS como um serviço para todos independente de raça, etnia, cor, religião ou situação sócio econômica. Não deve ser um serviço discriminatório. A igualdade refere-se ao acesso igualitário de todos aos serviços de saúde sem discriminar a prioridade e a qualidade da atenção. Assim, os serviços de saúde não podem ser movidos pela parte financeira e nem pela questão da influência, pois dessa forma não garantiria o acesso igual a todos. Vale também ressaltar que esse acesso deve ser de qualidade para toda a população brasileira.

No que diz respeito à equidade, esse seria um conceito atrelado à igualdade no sentido de qualificar os serviços e no modo de tratamento. É preciso tratar *“igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades”*. (NERY JUNIOR, 1999, p. 42). No SUS, só se pode fazer equidade e tratar diferentemente a partir das necessidades de saúde.

O conceito de integralidade refere-se à atenção que deve ser dada ao usuário a partir do seu contexto social e da abrangência de três enfoques principais da saúde: a promoção, a proteção e a recuperação. Já a intersetorialidade fala em justamente não pensar na saúde como um setor separado da sociedade, onde existem consultas e exames apenas. A saúde deve ser pensada como parte das políticas econômicas e sociais, uma vez que foi abandonado o modelo de saúde que visava apenas a remediação das doenças.

O direito à informação e a autonomia são diretrizes que caminham muito juntas, pois com elas os usuários terão direito ao acesso a todas as informações sobre o seu estado de saúde e de acordo com os seus procedimentos ficará a liberdade da decisão de fazer ou não determinado

procedimento, o que já embate no próximo princípio, o da resolutividade, visa à atenção ao tratamento visando o sucesso deste e de qualidade para os usuários.

Por fim a base epidemiológica é o ponto ao qual vai se focar em conhecer aquilo que ocorre com a população, como condições ambientais, condições de saúde e serviços de saúde. O principal objetivo é o estudo das causas das doenças e mortes analisando as faixas etárias, territorialidades, saneamento básico, alimentação, nutrição, infraestrutura urbana da população, pois dessa forma pode-se traçar o perfil epidemiológico de determinada população.

Após esta breve configuração do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e considerando que o SUS guarda potencial para atendimento a toda população sem discriminação, garantindo-lhes o direito a atenção à saúde, trataremos a seguir das questões relativas ao acesso ao SUS em suas instâncias.

2 DESENHO METODOLÓGICO

No capítulo anterior vimos como os serviços públicos de saúde ofertados foram evoluindo com o passar dos anos. Nesse capítulo, vamos apresentar a forma como pesquisamos e analisamos os dados colhidos nos relatórios das CNS's.

As CNS's são representadas por delegados a partir de eleições nas quais esses são selecionados para as conferências distritais. Assim, “delegados [são] eleitos nas conferências distritais respeitando a paridade prevista na Lei Federal nº 8.142/90, na Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde e na Lei Municipal nº 5.903/98, sendo 50% usuários, 25% gestores/ prestadores/ formadores e 25% trabalhadores da saúde”.¹²

A escolha pela fala dos delegados deu-se porque estes têm voz e voto nas CNS sendo, portanto, aqueles que direcionam a política de saúde a ser implementada.

Nossa análise foi *direcionada ao significado atribuído pelos delegados ao conceito de **acesso*** nas CNS investigadas. Optamos por analisar a partir da XI CNS, uma vez que é quando esta questão aparece como um dos temas centrais da conferência. A partir de então o tema é recorrente nas XII, XIII e XIV CNS.

Vale ressaltar que registra-se somente a partir do ano 2000 o Programa de Humanização da Saúde, o que incluía, destacadamente, a forma com que os usuários dos SUS eram atendidos pelos médicos, ou seja o *acesso* ao médico e o modo como eram recebidos nas unidades de saúde é que se constituiu como preocupação dos usuários. Tal preocupação resultou que em 2003 o governo federal instituiu o Programa Humaniza SUS. Tais medidas resultaram em uma maior abrangência na compreensão e nos sentidos que foram sendo atribuídos, ao longo dos anos, ao termo *acesso* pelos delegados.

¹² Conferências locais, distritais e municipais de saúde: mudança de escala e formação de um sistema participativo, Representativo e deliberativo de políticas públicas, IPEA, Abril 2012.

Na leitura de cada Conferência fizemos um quadro para cada uma, nos quais apontamos o número da CNS junto ao seu título com a data de publicação no cabeçalho; na coluna da esquerda, os pontos abordados pelos delegados; na coluna da direita colocamos nossas observações sobre os pontos abordados.

Para a coleta de dados elaboramos um esquema para cada CNS estudada. Construímos um quadro sinóptico destacando o número da CNS, o título, o ano de realização, os significados dados ao conceito de acesso pelos delegados. Ao lado de cada significado colhido anotamos as nossas observações. Isto nos permitiu agrupar nove concepções diferentes para àquele termo.

3 ANÁLISE DO SIGNIFICADO DO ACESSO AOS PROCEDIMENTO DO SUS SEGUNDO A VISÃO DOS DELEGADOS DAS CNS

Neste capítulo mostraremos os quadros elaborados para as Conferências estudadas (XI, XII, XIII e XIV CNS) com os pontos abordados pelos delegados e nossas observações sobre cada um destes. Em seguida, faremos breves comentários sobre cada um dos quadros; e ao final do capítulo agruparemos em categorias os pontos principais encontrados sobre as especificidades do acesso à saúde presentes em tais Conferências.

XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - O Brasil falando como quer ser tratado	
Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social - 2000	
REFERÊNCIAS DOS DELEGADOS	OBSERVAÇÕES
1- “No entanto consideramos que a verdadeira municipalização ainda não é uma realidade para todo o país, embora tenha ampliado significativamente o acesso da população a serviços de saúde com maior qualidade, diferenciando o modelo de atenção e qualificando a gestão descentralizada.”	A municipalização trouxe a ampliação dos serviços e qualidade a estes, ou seja, afirma que o processo de municipalização tem gerado melhorias nos atendimentos permitindo, assim, que mais usuários ingressem
2- “Os participantes da 11ª CNS reconhecem que o SUS tem princípios que, se aplicados, são capazes de garantir o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços. Mas reconhecem também o grande espaço possível de aperfeiçoamento do sistema de saúde em relação a essas dimensões.”	Segundo os participantes da Conferência, os princípios do SUS, se postos em prática são capazes de garantir o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços e reconhecem que ainda pode ser melhorado o sistema quanto a essas dimensões. Logo, a estrutura que norteia os atendimentos é suficiente para sua concretização, assim acredita-se que os problemas nestes estão em outras instâncias.
3- “Os participantes da 11ª CNS entendem que existem dificuldades para utilizar o SUS, por desconhecimento de seus programas e ações por parte da população. Algumas pessoas têm acesso diferenciado ao SUS, seja por desorganização e desvinculação dos serviços, seja pela proximidade com os gestores, utilizando quando, onde e quando querem, enquanto grande parte da população amarga filas de espera, precisa madrugar à espera de atendimento ou tem de recorrer ao	É levantada a questão da falta de informação sobre o funcionamento dos programas do SUS e a diferenciação dos atendimentos. Assim, diz-se que os usuários tem acesso diferenciado por desorganização e desvinculação dos serviços, por conhecimento dos gestores que proporcionam esse acesso quanto a sua vontade ao mesmo tempo em que grande parte da população precisa enfrentar muitas dificuldades para conseguir atendimento, seja em grandes e longas filas de espera ou tendo que recorrer à rede privada de saúde.

pagamento de planos de saúde para ter direito a consultas e exames especializados.”	
4- “O privilégio ao setor privado na produção de serviços de alta complexidade, em detrimento de investimentos na estruturação de serviços públicos que se destinem ao atendimento das demandas sociais na área, torna os usuários reféns dos empresários do setor, obrigados a pagar pelos serviços que necessitam e até mesmo privados do acesso.”	A falta de investimentos na alta complexidade da saúde e o privilégio do setor privado nessa área induz os usuários a pagar por esses serviços quando necessitam limitando e impedindo o acesso quanto à renda.
5- “Quando o programa se implanta efetivamente, deixa de ser necessária a intermediação pelos políticos ou cabos eleitorais no acesso a consultas, exames ou tratamentos mais complexos”.	A atuação do PSF mostra-se de grande importância ao combate à obtenção de vagas através de influência de políticos
6- “O financiamento da assistência farmacêutica básica tem sido insuficiente e os municípios têm tido dificuldades de acesso a esses recursos.”	Os recursos destinados à assistência farmacêutica básica são considerados insuficientes e os municípios não tem facilidade de acessar esses recursos.
7- “A educação na área da saúde nunca foi tão enfatizada. E não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas profissionais que tenham vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social.”	A boa formação e capacitação de recursos humanos na saúde foram postas em destaque para que não só pela preocupação da técnica dos profissionais, mas do olhar crítico sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na atenção à saúde.
8- “Os profissionais são, hoje, formados para uso intensivo de tecnologia médica e para a especialização, o que não é um perfil adequado para o SUS. Essa lógica estimula o abuso do diagnóstico armado, em detrimento da avaliação clínica do paciente, dando origem a um número enorme de exames subsidiários, agravando a busca e a espera da clientela, dificultando o acesso.”	A formação profissional voltada ao uso de tecnologias cada vez mais modernas não foi considerada adequada ao SUS por considerar que esses procedimentos comprometem a avaliação clínica dos pacientes e aumenta a demanda para a realização desses exames e assim o acesso à saúde. Consideramos que não é o uso abusivos de novas tecnologias que não condiz com o perfil do SUS, como o relatório aponta, mas a precariedade dos próprios atendimentos ambulatoriais “simples” na lógica da busca pela humanização profissional e melhores condições ao trabalhador e usuário.
9- “A adequada participação dos conselhos na gestão do SUS, contudo, ainda sofre impedimentos diversos, entre os quais são citados: a) falta de controle sobre Central de Marcação; b) pouco acesso aos dados do DATASUS para orientar as prioridades e o planejamento; e c) carência de informação sobre o próprio	A busca por maior efetividade do trabalho dos Conselhos Municipais de Saúde é impedida por falta de recursos como controle sobre a central de marcação, acesso escasso aos dados do DATASUS como orientador de prioridades e planejamento e falta de repasse de informações aos usuários do Sistema quanto a importância de sua participação

<p>SUS, que distancia os usuários do Sistema da participação efetiva nos conselhos de saúde.”</p>	<p>efetiva nos conselhos.</p>
<p>10-Essa distância dos Conselhos em relação às informações decorre de dificuldades de acesso às informações, pelo não domínio das tecnologias de uso das mesmas e pela não compreensão dos métodos de análise e interpretação, impedindo o uso do vasto universo informativo passível de ser explorado, integrado e utilizado por todos os atores sociais envolvidos.”</p>	<p>Justifica-se que a falta de informação sobre os conselhos dá-se pela dificuldade de acesso a essas pelo não domínio das tecnologias e compreensão dos métodos de análise e interpretação.</p>
<p>11-“Definir uma política que garanta instrumentos permanentes de divulgação e comunicação dos Conselhos de Saúde com a sociedade, como acesso e legalização das rádios comunitárias, jornais e outros meios no sentido de prestar informações à população sobre seu funcionamento.”</p>	<p>Busca-se uma forma política de garantia de divulgação e comunicação dos Conselhos de saúde por meios de comunicação com a população sobre seu funcionamento.</p>
<p>12-“A garantia de equidade e de acesso passa pelo conceito de regionalização da rede com amplas parcerias sociais e intergestores. A informação em Saúde desponta como um insumo fundamental ao planejamento e aperfeiçoamento das lutas por Saúde.”</p>	<p>A garantia do acesso e da equidade perpassa pelo reconhecimento da rede regional através das parcerias sociais e intergestores, dependendo ainda da informação em saúde como principal meio de apropriação sobre as demandas locais.</p>
<p>13-“Garantir políticas de Segurança Alimentar e Nutricional sustentáveis, por meio de políticas e ações de inclusão que gerem emprego e renda, e de produção, as quais deverão disponibilizar e garantir o acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequadas, repudiando formas substitutivas dos mesmos e estratégias e programas assistencialistas.”</p>	<p>A garantia da saúde por meio de políticas de segurança alimentar e nutricional garantindo o acesso a alimentos de qualidade e quantidade adequadas somadas através de políticas de geração de emprego e renda.</p>
<p>14-“Os participantes da 11a CNS consideram indispensável resgatar o conceito de saúde afirmado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que entende que “a Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.”</p>	<p>Resgate do conceito de saúde afirmado pela VIIIª CNS como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.</p>
<p>15-Reorganização dos sistemas de saúde por meio de metodologia de planejamento que contemple a garantia</p>	<p>Proposição de uma nova organização dos sistemas de saúde através da do planejamento incluindo a garantia da saúde</p>

de acesso, diagnóstico e vigilância continuada à Saúde.”	por meio do acesso, diagnóstico e vigilância à saúde.
16-“Garantir que as ações de promoção à Saúde e assistência sejam ofertadas pelos serviços públicos, objetivando o acesso das populações socialmente discriminadas aos serviços, insumos e informações; e contemplando, nas propostas de equidade, o fortalecimento do papel redistributivo da alocação dos recursos governamentais.”	À equidade precisa alocar a mesma importância objetivando a garantia do acesso dos serviços, insumos e informações voltadas à promoção da saúde e assistência pelo serviço público às populações socialmente discriminadas.

O quadro acima representa uma esquematização dos pontos levantados pelos delegados da XI CNS, intitulada “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, sobre os quais nos debruçamos para categorizar os diferentes significados de acesso. Ao analisarmos o quadro percebemos que, com base no tema da Conferência, ele abordava, principalmente, os conceitos de acesso universal, ação integral, medicamentos, ações educativas e informações relativas à saúde da população.

Foi citado nessa Conferência que os delegados reconheceram o potencial dos princípios do SUS como eficazes, porém não são aplicados em sua totalidade. Assim, o sistema de saúde tem uma estrutura de qualidade que possibilita avanços importantes nos serviços de saúde.

Com base nas proposições do relatório final da Conferência e na fala dos delegados foram levantadas questões relativas à estrutura física e organizacional da atenção básica de saúde e diretamente a relação com a atenção média e alta complexidade. A partir disso, a elaboração de programas e projetos voltados às políticas específicas de cuidado como a saúde da mulher, da criança e do adolescente, do trabalhador, mental e bucal puderam ser debatidas. Para além disso, também foi abordada a questão do controle social que discute sobre a maior participação da comunidade na tomada de decisões e na organização dos serviços públicos. Outra questão que também foi bastante discutida na Conferência foi em relação ao repasse dos recursos e o papel dos governos federal e estadual na gestão dos programas e serviços ao qual pudemos observar no quadro, pois a alocação de recursos vai trazer a

tona a questão da integralidade da atenção e também a humanização do serviços, uma vez que eles passem a atender mais usuários e esses atendimentos sejam de qualidade mostrará que os serviços estão funcionando e atendendo as demandas da população.

XII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SAÚDE UM DIREITO DE TODOS E UM DEVER DO ESTADO. A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS - 2004	
REFERENCIAS DOS DELEGADOS	OBSERVAÇÕES
1- "... de um lado, temos serviços de excelência disponíveis para todos os cidadãos, como transplantes, tratamentos oncológicos, acesso a medicamentos para AIDS; por outro lado, há uma enorme dificuldade de acesso aos serviços básicos, de urgência, às consultas. Não é possível esconder essa realidade, pois somente enfrentando esses problemas iremos garantir a qualidade dos serviços."	Inicialmente refere o SUS como um grande passo para a cidadania brasileira sendo uma política universal e afirma a garantia do atendimento de excelência, como transplantes, tratamentos oncológicos e entrega de medicamentos para a AIDS e ao mesmo tempo há uma lacuna nos serviços básicos de urgência e consultas.
2- "Promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias, geração, populações itinerantes e vulneráveis são os desafios postos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros."	Retoma a discussão apontada na 11ª CNS apontando a promoção da equidade na atenção à saúde às populações socialmente discriminadas e lista enumera-as como desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias, geração, populações itinerantes e vulneráveis.
3- "Assegurar políticas sociais amplas que garantam alimentação saudável e adequada, emprego, moradia, saneamento básico, segurança, cultura, acesso à ciência, à tecnologia, a um meio ambiente saudável, educação e lazer, articulando-as com as políticas de saúde, assistência social e previdência por meio de ações e projetos intersetoriais que reduzam as iniquidades."	Percebe a importância da articulação das políticas de assistência social e previdência com as outras políticas sociais amplas como emprego, moradia, saneamento básico, segurança, cultura, acesso à ciência, à tecnologia, a um meio ambiente saudável, educação e lazer.

<p>4- “Garantir o acesso aos documentos básicos que asseguram os direitos de cidadania plena, tais como certidão de nascimento, prontuários e o Cartão Nacional de Saúde, constando ainda, em todos os documentos individuais, um campo para identificação preferencial, no qual cada usuário (a) possa escolher a denominação pela qual prefere ser chamado (a) em respeito à intimidade e à individualidade.”</p>	<p>Promover a garantia do acesso aos documentos básicos que garantam a cidadania plena, como certidão de nascimento, prontuários e o Cartão Nacional de Saúde de forma a reconhecer as individualidades dos sujeitos respeitando sua intimidade e sua individualidade, inclusive na escolha do nome social.</p>
---	---

A XII CNS trouxe em seu relatório elementos de suma importância para o contexto da saúde pública atual, citando os serviços de excelência disponíveis quanto, por exemplo, tratamento oncológico, acesso a medicamentos para AIDS e transplantes ao mesmo tempo em que os serviços da atenção básica apresenta uma grande lacuna.

Foi apontada a importância da garantia de serviços básicos previstos na Constituição Brasileira, como saneamento básico, alimentação saudável e adequada, segurança e lazer, assim como a segurança dos direitos de cidadania como os prontuários, certidão de nascimento e Cartão Nacional de Saúde.

Algumas questões abordadas na XI CNS foram retomadas como parte do processo de aperfeiçoamento dos serviços públicos de saúde. Dentre essas podemos citar da distribuição de medicamentos aos cidadãos e a universalidade do atendimento.

No exame do quadro sobre essa Conferência apareceram elementos categorizados como acesso universal, ação integral, medicamentos e informações relativas ao prontuário médico.

XIII CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE Saúde e Qualidade de Vida Políticas de Estado e Desenvolvimento- 2008	
REFERENCIAS DOS DELEGADOS	OBSERVAÇÕES
1- “Investimento para a construção, abertura, recuperação e conservação de estradas e pontes que facilitem o acesso da população aos serviços de saúde.”	Vigilância sanitária como meio para garantir o acesso a medicamentos de qualidade
2- “Ampliação do acesso ao trabalho, à educação, à moradia, ao transporte e ao lazer, estimulando a economia solidária e sua sinergia com as formas comunitárias de produção, microempresas, e reorientação das políticas públicas.”	Direitos fundamentais de todo cidadão presente na Constituição Federal de 1988, fazendo referencia à outras instancias, o que traz para o debate de que a saúde não é somente cura de doença. Ela entra em vários aspectos da vida da população.
3- “Produção e publicação de documentos que contribuam para o acesso à informação sobre a saúde dessa população”	Todos os usuários tem o direito de ter acesso às suas informações e a liberdade de tomada de decisão.
4- “Titular os territórios rurais quilombolas como forma de promoção de saúde, com base na Conferência de Alma-Ata, e garantir o acesso dessa população ao SUS.”	Marca a amplitude do acesso aos serviços de saúde, que se estende para a comunidade quilombola, mas respeitando suas heranças culturais
5- “Fortalecer políticas públicas que garantam qualidade de vida e equidade de acesso físico e social às pessoas com deficiências e doenças incapacitantes.”	Garantir que haja condições de acesso aos serviços de saúde à toda a população no que diz respeito as condições físicas do local. É necessário que haja rampas, escadas com corrimão, elevadores, letras em braille, o que for necessário para que qualquer um possa usufruir dos serviços sem discriminação. Aqui se faz referência ao principio da equidade.
6- Acesso à água tratada, de qualidade e potabilidade.	Mais uma vez referindo-se aos serviços de vigilância sanitária
7- Acesso a medicamentos de alto custo	“A saúde é direito de todos e dever do Estado” remete ao artigo 196 da Constituição e isso da base para o trecho apresentado, pois o Estado ficará responsável pelo fornecimento de medicação para todo o contingente da

	população.
8- O acesso ao transporte coletivo, a implantação de caderneta da pessoa idosa...	Remete ao fato de que o Estado tem que garantir o direito de ir e vir e também o direito ao transporte. No caso de pessoas idosas o transporte é gratuito
9- Acesso de crianças e adolescentes dependentes químicos e soropositivos ao tratamento e internação pelo SUS	O ECA garante a proteção à criança e/ou adolescente em todos os níveis da instância pública.
10- Acesso de pessoas de baixa renda à atividade física de boa qualidade	A atividade física como sendo caracterizada como lazer torna-se função do Estado prover condições para que os usuários possam usufruir de espaço para práticas esportivas.
11- Acesso da população aos serviços de saúde de média e alta complexidade	Faz referência à diretriz do SUS da integralidade, pois visa o acolhimento de forma humanizada por uma equipe multiprofissional e também uma resolutividade para os usuários.
12- Acesso ao planejamento familiar por meio de ações educativas e informativas ofertadas pelos serviços de saúde	O planejamento familiar é um direito de todo cidadão previsto pela lei 9263/96
13- “Exigir o cumprimento de normas da Vigilância Sanitária que garantam o acesso da população a serviços e produtos de fontes seguras e de qualidade monitorada, ligados à saúde, como alimentos, medicamentos, fitoterápicos, cosméticos, saneantes, produtos de saúde, produção para o Programa Fome Zero e outros contemplados pela legislação vigente, por meio de análises laboratoriais, atendendo às atividades programadas, denúncias e surtos, promovendo ações de educação sanitária com participação da comunidade e do controle social.”	A garantia de produtos e serviços seguros e de qualidade, cumprindo as normas da Vigilância Sanitária para promoção da saúde com participação da comunidade.

A XIII CNS, ocorrida em 2008, intitulada “Saúde e Qualidade de Vida, Políticas de Estado e Desenvolvimento”, trouxe novos elementos ao debate do

acesso à saúde, como o acesso ao transporte coletivo à pessoa idosa com a implementação de caderneta a essa população, a atenção a crianças e adolescentes dependentes químicos e soropositivos quanto ao tratamento e internação pelo SUS, acesso a atividade física de boa qualidade para pessoas de baixa renda e a garantia da promoção de saúde à população quilombola.

A Conferência citada resgatou elementos já apresentados nas XI e XII CNS's ao discutir os dados presentes no que categorizamos como acesso universal, medicamentos, ações educativas, acesso a usuários de drogas lícitas e ilícitas, planejamento familiar e informações relativas à saúde da população.

Quanto às ações relativas ao planejamento familiar incluem-se o acesso a informação sobre reprodução humana, os métodos contraceptivos, temporários e definitivos, a inseminação artificial, a promoção da inclusão de todas as mulheres com suas particularidades. Assim como a inclusão do homem a esses métodos promovendo a paternidade consciente com acompanhamento da mulher desde a concepção, o pré-natal e o parto.

XIV CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE	
Todos usam o SUS	
SUS na Seguridade Social Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro 2012	
REFERENCIAS DOS DELEGADOS	OBSERVAÇÕES
1- "Acesso e acolhimento em toda sua rede, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde, para melhorar a qualidade de vida e garantir assistência digna à saúde de todas as pessoas."	Primeira aparição no texto já fazendo referencia aos princípios do SUS
2- "Acesso físico e social e qualidade de vida a todos."	Questão da equidade do acesso e do atendimento aos usuários do SUS
3- "Efetivar a integração entre a saúde, a assistência social e a previdência social, melhorando o acesso às informações."	O acesso à saúde não fica desvinculado de outras políticas, ele aparece interligado. Nesse caso aparece ligado por conta do tripé da seguridade social

4- “Saúde pública gratuita, de qualidade e de acesso integral a todos os cidadãos.”	A saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado prover serviços de qualidade e que atinjam a todas as camadas da população, independente de raça, cor, religião ou condição financeira ou social.
5- “Garantindo à população o acesso a todos os programas de atenção integral à saúde”	O acesso aos serviços de saúde pode ser através de todos os níveis, desde a atenção primária ate a internação hospitalar.
6- “Implantar um Sistema Nacional de Regulação do SUS, que garanta a ampliação do acesso para todos...”.	Aumento da oferta de serviços de qualidade, com base no principio da equidade, através de uma ferramenta de marcação.
7- “Repudiar quaisquer iniciativas, em qualquer esfera de gestão, de gerar “dupla-porta” – acesso diferenciado para usuários com e sem planos de saúde privados – ao Sistema Único de Saúde”.	O acesso tem de ser realizado de forma igualitária e de qualidade para toda a população, independente de condição física ou social que o usuário tenha.
8- “Instituir o apoio matricial na assistência e vigilância, tendo em vista projetos terapêuticos integrados e projetos de intervenção coletiva para qualificação de acesso e prevenção.”	A assistência á saúde deverá ser feita por diversos profissionais de diversas áreas e de boa qualificação para atendimento do publico em questão. Cada profissão com sua particularidade, mas todos trabalhando juntos para garantir um atendimento de qualidade para a população.
9- “Revisar o sistema de referência e contrarreferência do SUS, visando garantir o acesso e o retorno em tempo hábil para resolução dos casos, diminuição do tempo de espera para atendimento.”	As ações e serviços de saúde devem atender também aos princípios de ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência.
10- “Firmar parcerias com os Ministérios e órgãos afins, para desenvolver programas de educação no trânsito, estabelecer regras rígidas para acesso à habilitação de motociclistas e motoristas e estabelecer o ressarcimento ao SUS dos custos de acidentes considerados dolosos.”	Os serviços de saúde também vão agir na parte da educação no que diz respeito à prevenção de acidentes, pois se soubermos como nos precaver de determinadas situações não ocorrerem tantos acidentes.
11- “Articular e garantir junto ao Ministério dos Transportes a recuperação de rodovias federais para melhorar o acesso ao atendimento de saúde da população.”	O acesso à saúde universal está ligado ao ingresso de pacientes às unidades de saúde através da recuperação de rodovias federais, por meio de uma articulação junto ao Ministério dos transportes.
12- “Fortalecer o controle social autônomo, paritário, democrático e deliberativo em todas as agências de	O fortalecimento do controle social aparece como meio de promoção dos direitos de

<p>fiscalização para a defesa dos direitos da cidadania e do bem comum, legitimando os conselhos de saúde como espaços estratégicos de gestão participativa para pactuação e estabelecimento de compromissos entre a gestão pública, os trabalhadores e os usuários, visando ao desenvolvimento e à qualificação dos serviços e das políticas públicas de saúde, como política de governança, impactando na melhoria da qualidade de vida da população, com fiscalização dos prestadores de serviços contratados/conveniados quanto à efetiva disponibilização dos procedimentos, medicamentos e insumos necessários ao tratamento de usuários do SUS sob sua responsabilidade, com acesso irrestrito, nos termos da lei, a todas as informações necessárias sobre os serviços de saúde, incluindo média e alta complexidade e pesquisas de opinião pública com usuários e trabalhadores, dando publicidade adequada aos resultados.”</p>	<p>cidadania visando à melhoria da vida da população a partir da fiscalização dos serviços, procedimentos, medicamentos e outros insumos necessários aos tratamentos. Ao mesmo tempo em que conceder o acesso irrestrito às informações necessárias sobre os serviços de saúde, pesquisas de opinião pública com os usuários e trabalhadores do sistema de saúde, e posteriormente tornando público os resultados encontrados.</p>
<p>13- “Implementar o Plano de Saúde da Amazônia Legal com a garantia de que as ações e serviços de saúde sejam planejados, organizados e executados de forma ascendente, respeitando as especificidades geográficas locais e culturais e garantindo a acessibilidade aos usuários, incluindo a disponibilidade de transportes especiais (aéreo, ambulâncias tracionadas, ambulanchas, barcos itinerantes de saúde) para remoção e atendimento de pacientes em estado grave em áreas de difícil acesso”.</p>	<p>A implementação de um plano de saúde para a Amazônia deve abranger todo um planejamento de ações e serviços de forma organizada que reconheça as demandas específicas dos usuários e os atendimentos devem garantir as particularidades geográficas, culturais e a acessibilidade com meios de transporte especiais.</p>

A XIV CNS trouxe como tema a Seguridade Social Pública voltada ao SUS e dentre seus elementos destacamos um ponto diferencial em relação às outras Conferências citando a criação de um sistema nacional de regulação de vagas que garantisse o acesso a todos os cidadãos. Esse ponto se sobressaiu, pois esse sistema de regulação foi decretado pela portaria nº1.559, datada de

01 de Agosto de 2008, e nessa CNS realizada em 2012 ainda foi discutida a sua implantação, mostrando que ainda não estava em vigor em todo o país mesmo que apresentasse uma demanda iminente de vagas.

Os delegados reforçaram a ideia de garantir um sistema de saúde público de qualidade e de ação integral que atenda a todas as demandas da população, sem distinção entre os cidadãos. Ao mesmo passo em que trouxeram à discussão o repúdio ao atendimento diferenciado aos usuários com planos de saúde privados, dos cidadãos sem planos em qualquer instância de gestão.

Por fim, essa Conferência também trouxe para o debate a questão de populações residentes em locais de difícil acesso, distantes das unidades de saúde, necessitando de transportes específicos para receber atendimento domiciliar e leva-los às unidades de tratamento. Para isso é necessário o uso de transportes especiais: aéreo, ambulâncias tracionadas, ambulanchas, barcos itinerantes de saúde.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO CONCEITO DE ACESSO À SAÚDE PELOS DELEGADOS PARTICIPANTES DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE INVESTIGADAS

Em nossa análise dos documentos investigados observamos que os delegados participantes das conferencias nacionais de saúde atribuem ao conceito de acesso ao sistema significados mais amplos do que o atendimento médico em si. Para os delegados o acesso à saúde remete ao: acesso universal, acesso a programas de ação integral, acesso ao acolhimento, acesso a medicamentos, acesso a ações educativas, acesso aos usuários de drogas lícitas e ilícitas, acesso ao planejamento familiar, acesso a informações relativas à saúde da população e por fim acesso ao sistema de referencia e contra referencia. A seguir trataremos mais minuciosamente cada um dos significados acima citados.

1- Acesso universal

O SUS é referido como um grande passo para a cidadania brasileira sendo uma política universal sendo afirmado como o direito à garantia do atendimento de excelência, abrangendo transplantes, tratamentos oncológicos e entrega de medicamento para a AIDS e ao mesmo tempo há uma lacuna nos serviços basilares de urgência e consultas.

Segundo os delegados das CNS, os princípios do SUS, se postos em prática, são capazes de garantir o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços e reconhecem que o sistema ainda pode ser melhorado quanto a essas dimensões. Logo, a estrutura que norteia os atendimentos é suficiente para a sua concretização, acreditando-se então que os embates encontrados estão em outras instâncias.

A falta de investimentos na alta complexidade da saúde e o privilégio do setor privado nessa área induz os usuários a pagarem por esses serviços quando necessitam, sendo limitados ao acesso à saúde quanto a sua renda.

Foram levantados alguns desafios para a efetivação do direito humano à saúde, dentre eles:

- A construção de uma rede intersetorial de apoio à saúde e à justiça socioambiental com o objetivo de mapear os determinantes da saúde e ao mesmo tempo conferir a lei que incide sobre a saúde e o meio ambiente por meio de programas a serem pensados através da articulação, a níveis estaduais e municipais, da educação, saúde e meio ambiente, utilizando recursos financeiros e técnicos do Governo Federal. Assim, a proposta abrange a saúde determinante de condições de melhora na atenção ao meio ambiente a partir da responsabilização e penalização dos infratores da legislação, de modo que passe a destinar recursos à população imigrante das fronteiras agrícolas através da implementação da Rede Integrada de Desenvolvimento de Entorno (RIDE/ Saúde).
- Promover a intersetorialidade na implantação da Política Nacional de morbimortalidade por Trauma e Violência de modo que promova na rede

pública o registro por meio de protocolos *de atenção contra todos os tipos de violência e para todos os cidadãos e cidadãs, considerando as diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, de orientação sexual, geracionais, sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, como parte do atendimento integral a todas as vítimas de quaisquer tipos de violências*¹³.

Sobre a alimentação enquanto parte do conjunto constitutivo da saúde, foi citada a geração de emprego e renda mínima para garantir o *acesso ao atendimento às necessidades de subsistência* em conjunto com a promoção de uma política alimentar com redução dos preços da cesta básica reduzindo os impostos sobre os produtos.

Por meio da promoção de ações de educação sanitária com a comunidade e controle social devem fazer-se cumprir as normas da vigilância sanitária de modo que garanta o acesso da população a serviços e produtos ligados à saúde, como alimentos, medicamentos fitoterápicos, cosméticos, saneantes e etc. Estes precisam ser analisados em laboratório e acompanhados atendendo atividades programadas, denúncias e surtos.

A população carcerária precisa receber ações de saúde integral assegurando seu direito à saúde como responsabilidade estatal nas três esferas de governo, de modo a viabilizar a elaboração e implementação de ensino profissionalizante não restrito à unidade carcerária. Dessa forma, poder abranger detentos, ex-detentos e familiares visando maiores possibilidades de sociabilidade, acesso ao trabalho e novas oportunidades dignas de vida e direitos humanos.

Sobre o atendimento sensibilizado dos profissionais da saúde precisa ser dada a devida importância quanto à garantia de atendimentos respeitosos, não excludentes, à diversidade humana, diversidades culturais, antropológica e às escolhas religiosas, principalmente as culturas afrodescendentes e indígenas, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção à saúde.

¹³ Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008, pag 20.

“Garantir investimento para a construção, abertura, recuperação e conservação de estradas e pontes que facilitem o acesso da população aos serviços de saúde”¹⁴, este trecho, encontrado no relatório da XIII CNS, demonstra o quanto o acesso à saúde se abrange e não se limita ao atendimento de saúde dentro das instituições, mas inclui o ingresso da população às unidades. Neste contexto, a XIV CNS reafirmou a recuperação de estradas como importante ferramenta de acesso à saúde.

2- Acesso a programas de ação integral

Sobre o respeito à proteção a família, essa deve incluir todos os níveis e instâncias em que a família faz parte. O serviço de proteção integral à família é um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função de proteção das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos por meio do fortalecimento dos laços, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e promoção do acesso a benefícios.

Muitas famílias se encontram em situação de vulnerabilidade e essas demandam maior suporte e acompanhamento. Para essas é necessária a formulação de ações a serem ministradas nas diversas instâncias e que impactem a realidade social de forma imediata e significativa, não de forma imediatista e paliativa. A ação integral, então, se objetiva prioritariamente em alcançar as diversas instâncias da vida dos usuários de forma que contribua para a promoção da saúde e desenvolvimento das famílias.

“Suas ações são desenvolvidas por meio do trabalho social com famílias, apreendendo as origens, os significados atribuídos e as possibilidades de enfrentamento das situações de vulnerabilidade vivenciadas, contribuindo para sua proteção de forma integral”. (Ministério do Desenvolvimento Social)

¹⁴ Idem, pag 18.

3- Acesso ao acolhimento

Pudemos perceber que o acolhimento trata-se da postura que os profissionais da saúde têm ao receber os usuários dentro dos serviços de saúde. O amparo desses profissionais leva em consideração uma relação de confiança e compromisso que a equipe tem com os usuários, que chegam fragilizados aos serviços de saúde.

Ao tratar do acolhimento imediatamente nos remetemos ao tratamento humanizado desejável e imprescindível na relação dos profissionais das unidades de saúde entre si e de que forma se passa o cuidado com os pacientes. Para isso, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) que vai trazer para o cenário da saúde as questões mais importantes em relação ao tratamento que deve ser dado aos usuários e profissionais de saúde para que o SUS possa crescer progressivamente e com qualidade.

“Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS”. (Política Nacional de Humanização, 2004)

As questões referentes ao acolhimento e a humanização são temas de extrema importância, pois ambas estão atreladas ao fato de muitas vezes os usuários se sentirem desconectados com os serviços, sem saber como acessá-los e como podem contribuir para seu melhoramento. Um dos pontos citados na PNH fala sobre a desqualificação dos profissionais em relação ao trabalho em equipe. Isso afeta diretamente o serviço ofertado, pois a saúde é um organismo que integra diversas áreas de conhecimento. Ela não aparece desvinculada de outros saberes e muito menos de outras esferas da vida cotidiana dos usuários. A saúde dos trabalhadores passa pela questão do transporte, do trabalho, da alimentação e de muitas outras instâncias e isso tem de ser levado em consideração pelos profissionais de saúde das unidades. Esse deve ser o ponto central do atendimento aos usuários pela equipe

multidisciplinar. Cada profissional de sua área deve contribuir um pouco para que possa dar resolutividade aos anseios daquele usuário que chega ao seu consultório demandando amparo.

Em suma, o acolhimento engloba a forma como o usuário é recebido no local de atendimento, a dignidade no tratamento recebido, a qualidade no atendimento livre de julgamentos e preconceitos sobre a vida e as escolhas dos usuários. É preciso abraçar esse usuário para que ele se sinta parte dessa instituição, que ele ali possa encontrar um lugar ao qual ele possa recorrer em diversas ocasiões.

4- Acesso a medicamentos

Por meio da reformulação do Programa Nacional de Medicamentos Excepcionais, com foco na disciplina do acesso a medicamentos de alto custo, excepcionais e estratégicos, deve ser buscada a garantia da revisão a padronização de medicamentos do SUS, por meio do comitê científico. Para isso é necessário basear-se em protocolos clínicos, com a aprovação do Ministério da Saúde, e adequar a distribuição de medicamentos a partir de estudos epidemiológicos.

Como estratégia de ampliação de acesso e redução de preços de medicamentos, o governo federal deveria determinar a quebra de patentes junto ao investimento local para a produção de genéricos para que por meio de políticas públicas, baseadas nas leis vigentes, possa fortalecer o acesso a medicamentos especiais e excepcionais evitando a comercialização da saúde.

Como diretriz aprovada na 14ª CNS foi apontada a ampliação dos recursos para a assistência farmacêutica para a garantia de atendimento humanizado aos usuários de medicamentos inclusive fitoterápicos. Da mesma forma como a isenção do recolhimento do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) para compra de medicamentos nas unidades de saúde que atendam integralmente o SUS.

O estabelecimento do programa de Assistência Farmacêutica, junto ao acompanhamento farmacoterapêutico no SUS, visa o uso racional de medicamentos por meio de acompanhamento e avaliação terapêutica pelo farmacêutico, principalmente em grupos de atenção especial à saúde, “como idosos, crianças, pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, infectocontagiosas e transtornos mentais, visando ao uso racional de medicamentos”¹⁵.

As secretarias de saúde devem permitir o acesso aos medicamentos de uso contínuo aos que deles necessitarem se não puderem adquiri-los se não pelo SUS.

A limitação de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos e equipamentos adequados aos atendimentos provocam a diminuição da quantidade dos serviços prestados pelas equipes de saúde.

Por meio da implantação de Programas de Fitoterapia descentralizada, com fiscalização da Vigilância Sanitária Estadual em conjunto com a Assistência Farmacêutica, poderiam ser criadas hortas medicinais nos municípios com apoio dos gestores do SUS. A partir disso, viabilizar o acesso a medicamentos homeopáticos na rede de saúde pública.

5- Ações educativas

A promoção de ações educativas tem como objetivo a prevenção da saúde, não apenas como o tratamento e acompanhamento de doenças, mas como a percepção da totalidade das condições que propiciem a qualidade de vida da população.

Levantou-se a questão da importância da garantia da saúde por meio de políticas de segurança alimentar e nutricional garantindo o acesso a alimentos de qualidade e quantidade adequadas somadas através de políticas de

¹⁵ 14ª CNS página 37

geração de emprego e renda. O conceito de saúde apontado na VIII CNS foi reafirmado pelas CNS seguintes entendendo que

“a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde”. (Brasil, 1986: 4)

Essa promoção da saúde precisa ser levada às diversas camadas sociais, inclusive a assistência às camadas socialmente discriminadas. De tal modo, o acesso à equidade em referida atenção soma-se à redução das desigualdades regionais, ampliação da oferta de ações de saúde que garantam a universalidade do acesso sem distinção de gênero, raça, etnias, geração, populações itinerantes e vulneráveis; e são tomados como desafios à integração do cotidiano da vida dos cidadãos.

Um item quanto às propostas de políticas públicas para a saúde e qualidade de vida refere à ampliação das atividades de esporte e lazer propondo as três instâncias do governo (municipal, estadual e federal) por meio, por exemplo, de academias de ginástica comunitárias para garantir o acesso à atividade física de boa qualidade às pessoas de baixa renda. Esse estímulo à prática de exercícios foi apontada como parte de um conjunto de ações educativas à prevenção de doenças e desenvolvimento da saúde.

A educação de base também precisa ser vista como ferramenta fundamental para o acompanhamento de saúde, desde a alfabetização até o ensino superior, de dever do Estado. Ao mesmo tempo em que devem ser criados cursos profissionalizantes para os servidores da rede SUS de modo que fortaleça as Escolas Técnicas de Saúde visando torná-las referências regionais/estaduais unificando as informações estratégicas para a atuação profissional.

A elaboração de folhetos, realização de palestras, entrevistas e debates sobre o uso correto de medicamentos e fitoterápicos, faz parte da busca pela garantia do acesso à saúde, instruindo usuários e profissionais da saúde,

quanto à aquisição e informação sobre medicamentos do SUS e onde encontrá-los.

Por meio de campanhas faz-se necessário o desenvolvimento e ações que perpassem os diversos setores da educação em direitos humanos quanto ao respeito à diversidade nas quais abordem os direitos sociais, a garantia do controle social, o acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais e o enfrentamento às discriminações em diversos âmbitos - por gênero, por orientação sexual, por raça, por etnia e por necessidades especiais - e os Estatutos da Criança e do Adolescente (ECA).

6- Acesso a usuários de drogas lícitas e ilícitas

A atenção do acesso à saúde por usuários de drogas lícitas e ilícitas, segundo os delegados, precisa ser reconhecida como importante desde o ingresso a unidades de saúde até o acesso a projetos de inclusão desses casos de dependência química. Assim, o acesso deve permear-se com a implantação de programas de atenção à saúde desses usuários nas instituições especializadas de atenção à dependência química através das secretarias municipais e estaduais de saúde.

A implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente faz-se necessária a partir de um estudo com o objetivo de perceber as necessidades das regiões quanto a ações, juntamente da participação dos jovens, de elaboração e acompanhamento de casos de dependência química e às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) AIDS. Desta forma visa-se a facilitação da atenção e ingresso a esses tratamentos e internação enquanto soropositivos e/ou dependentes químicos.

Ao mesmo tempo, a atenção não deve se limitar ao ingresso de usuários, mas prolongar-se quanto ao acompanhamento de casos e a percepção de violação de direitos quanto às situações de risco, abuso sexual, violência e a ênfase nas ações preventivas quanto à gravidez na adolescência.

Sobre políticas públicas para a promoção da saúde e qualidade de vida voltada aos serviços de atenção aos dependentes químicos, levantou-se a importância da implantação de projetos de inclusão social nas Clínicas Especializadas e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD). Da mesma forma com a promoção do controle sanitário sobre a veiculação de propagandas de bebidas alcoólicas na mídia com a criação de premiações ou bônus para os municípios que apresentem melhora nos indicadores.

A atenção aos usuários de drogas lícitas e ilícitas precisa estender-se, por meio das secretarias estaduais e municipais de saúde asseguradas pelo Ministério da Saúde, à inclusão de terapia familiar e de casal na rede de atenção básica buscando uma maior aproximação quanto ao processo de tratamento do usuário com a família. Esses recursos terapêuticos devem abranger também à convivência de família de pessoas com deficiências, idosos e/ou com patologias crônicas.

A conscientização sobre a promoção da saúde voltada ao trabalho de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas que causam dependência química e psíquica, precisa ser efetivado, em busca da garantia da conscientização e comprometimento das instituições, por meio de ações intersetoriais junto às instituições formadoras, *recuperadoras* (grifo nosso) e promotoras sociais (sistema educacional, prisional, entre outros) em busca da garantia da conscientização e comprometimento das instituições

7- Acesso ao planejamento familiar

Ao olhar para a atenção à saúde sobre o planejamento familiar foram propostas ações educativas e informativas oferecidas pelos serviços de saúde que abrangessem as temáticas sobre a reprodução humana e métodos contraceptivos temporários e definitivos, femininos e masculinos, com atenção aos adolescentes quanto à gravidez precoce. Assim como a contratação de ginecologistas e cirurgiões como o objetivo de promover e facilitar o acesso às novas tecnologias de métodos cirúrgicos de contracepção, como laqueaduras e vasectomias, e métodos de reprodução humana como a inseminação artificial.

Detectou-se a importância da retomada da liberação de anticoncepcionais e a inclusão da população indígena no programa de planejamento familiar, assim como adolescentes, jovens, idosas, indígenas, negras, profissionais do sexo e mulheres no sistema prisional nos projetos de planejamento familiar e à chamada ao debate por seus parceiros incentivando a paternidade e maternidade conscientes, realização do pré-natal e a prevenção de DST's.

8- Informações relativas à saúde da população

Foi levantada a questão da falta de informação sobre o funcionamento dos programas do SUS e a diferenciação do acesso aos atendimentos. Assim, diz-se que as causas são a desorganização e desvinculação dos serviços, ficando sujeitos à vontade de gestores para conseguir vagas, de uma forma desordenada ao mesmo tempo em que grande parte da população precisa enfrentar muitas dificuldades para conseguir o atendimento, seja em longas filas de espera ou tendo que recorrer à rede privada de saúde. A existência do Programa Saúde da Família (PSF), existente em grande parte dos municípios, tem grande importância como aliado na viabilização dos atendimentos na atenção secundária e terciária.

Os Conselhos Municipais de Saúde proporcionaram aumento significativo do Controle Social no SUS por meio de lutas e intensas mobilizações contribuindo para melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde. Ao mesmo tempo em que a busca por maior efetividade do trabalho dos Conselhos é impedida por falta de recursos como controle sobre a central de marcação, acesso escasso aos dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) como orientador de prioridades e planejamento e falta de repasse de informações aos usuários do SUS quanto à importância de sua participação efetiva nos conselhos. Parte da falta de participação foi justificada pela falta de informações sobre a dinâmica dos Conselhos e pela dificuldade de acesso a essas pelo não domínio das tecnologias e compreensão dos métodos de análise e interpretação dos termos

utilizados, limitando assim, a percepção do dimensionamento das ações em saúde mantendo a má qualidade e as dificuldades no acesso a essa.

A garantia do acesso e da equidade perpassa pelo reconhecimento da rede regional das parcerias regionais e intergestores, dependendo ainda da informação em saúde como principal meio de apropriação sobre as demandas locais.

A falta de acesso à informação estende-se, ainda, pelo acesso aos mecanismos de poderes judiciário e executivo, que deveriam representar e aproximar-se da população para garantir e propiciar seus direitos, a lacuna de conhecimento específico da legislação básica e específica da saúde, por substituição constante de promotores, localização de fóruns e dos mecanismos jurídicos em geral.

9- Reorganização do sistema de referência e contrarreferência

O sistema de referência e contra referência aos quais os delegados das CNS abordam alude ao nível de hierarquização do sistema público em todos os seus níveis de complexidade:

- Baixa complexidade são as unidades básicas de saúde e clínicas da família;
- Média complexidade é formada pelos hospitais e os ambulatórios especializados;
- Alta complexidade é formada pelos hospitais terciários que atendem as maiores urgências.

Esse sistema vai fazer conecta o paciente a todos os níveis de acordo com a necessidade de atendimento que seu quadro clínico demandar. Um exemplo bem simples disso é quando um paciente faz uma consulta com um médico e descobre que precisa realizar algum tipo de cirurgia. Ele então é encaminhado a um hospital para a realização do procedimento e depois esse

paciente irá retornar ao médico para fazer sua avaliação e continuação do tratamento.

A referência, nesse caso, foi percebida quando a análise do médico sobre o paciente resultou na necessidade de um procedimento não realizado naquela unidade, o médico então encaminha o caso a outro hospital. A contrarreferência acontece após o paciente ser submetido aos procedimentos hospitalares e precisa retornar ao médico que fez sua primeira avaliação.

O modelo SUS de hierarquização do sistema 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 do tratamento.

4 O ACESSO NA FERRAMENTA DE MARCAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DA SAÚDE: O SISREG

Neste capítulo apresentaremos o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) quanto à sua funcionalidade, de modo a apresentar a legislação existente, citar os procedimentos necessários para acesso a esse sistema e a organização da saúde por níveis de atenção à saúde atualmente.

O SISREG é a ferramenta desenvolvida pelo DATASUS de marcação de consultas médicas, exames e internações hospitalares utilizadas pelas unidades de saúde do SUS, associado ao Cartão Nacional de Saúde (CNS).

O SISREG foi criado pelo Ministério da Saúde, a partir do projeto Barramento SOA-SUS, em obediência à portaria nº 1.559, 01 de Agosto de 2008, que em seu artigo 1º decreta a necessidade de "Instituir a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo."

Assim, a concepção do SISREG tem como objetivo aperfeiçoar os recursos e aprimorar o acesso aos serviços do SUS, sendo a ferramenta de consolidação do processo de regulação na saúde. Quanto à consolidação e aprimoramento do acesso, busca-se a eficácia do atendimento, ao entender a deficiência de vagas próximas às residências dos usuários. O sistema visa propiciar esses atendimentos com maior comodidade e agilidade na marcação de consultas e internações criando condições para acompanhar, verificar e quantificar os atendimentos, por especialidade, a serem realizados.

A utilização do cartão CNS segue a portaria nº763, 20 de Julho de 2011, na qual consta que todos os cidadãos devem ser cadastrados, sendo estes usuários da rede pública, complementar do SUS ou suplementar. O nº de registro do cartão serve como o prontuário online do paciente— através do site do Portal de Saúde do Cidadão abrangendo toda a rede SUS do país— e inclui informações sobre os atendimentos anteriores, os profissionais atendentes, os

medicamentos indicados e ministrados, o motivo do atendimento, o diagnóstico, os exames solicitados e efetuados. “O cartão CNS não substitui a obrigação de manutenção do prontuário médico ou de saúde do usuário.” (Art. 6º - Portaria nº940, 28 de abril de 2011).

A junção do Cartão de Saúde ao SISREG foi pensada com o objetivo de garantir a qualidade e agilidade ao processo de regulação nacional da saúde, através de um maior controle sobre os atendimentos dos pacientes. O Cartão foi pensado juntamente à Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS), em 1996, que estabeleceu que os municípios deveriam instituir um cartão municipal do SUS com número único válido nacional para identificar os cidadãos. Assim, a identificação pelo número “possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o país” (NOB-SUS 1996).

Para que o usuário tenha acesso às vagas de procedimentos, esse precisa ser cadastrado através de um formulário online a partir de um requerimento médico, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) — Posto de saúde, Clínica de Saúde da Família (CSF), Posto de Atendimento Médico (PAM) ou Centro Municipal de Saúde (CMS) — mais próxima a sua residência para solicitar a vaga munido de seu Cartão de Saúde. Nesse formulário devem constar os dados pessoais do paciente, além dos dados do procedimento a ser realizado de acordo com a urgência, prescrito por um médico. Todas as unidades de saúde devem ter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que regulamenta as unidades de saúde visando à disponibilidade das informações atuais do funcionamento dessas em todas as esferas – municipal, estadual e federal.

As UBS são organizadas por territorialidade de modo a complementar a rede de saúde por meio de atendimentos ambulatoriais e acompanhamento das famílias através da Estratégia Saúde da Família na qual é estabelecida uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser

acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

À atenção básica de saúde cabe o atendimento de saúde em níveis de primeiro atendimento ambulatorial e acompanhamento das famílias em situações de saúde nas quais não são necessárias grandes especialidades médicas. Mesmo assim, a atenção básica, através da ferramenta SISREG, deve promover os casos referentes à média e alta complexidade em saúde aos hospitais federais proporcionando a distribuição da atenção em saúde de acordo com sua complexidade.

Quanto ao primeiro registro no SISREG, o paciente deve informar ao operador seus dados pessoais (ANEXO I), o nº do cartão CNS, filiação, sexo, UF de nascimento e as informações do pedido médico quanto ao motivo da solicitação, os dados do profissional solicitante e a identificação da UBS referente ao paciente. A ausência do cartão, desconhecimento do nº CNS pelo usuário ou estabelecimento de saúde, impossibilidade de realizar o cadastramento ou consulta ao DATASUS não pode ser impedimento à realização do atendimento; as atividades de identificação e cadastramento podem ser efetuadas após o atendimento.

Para solicitar a vaga de procedimento, o profissional irá inserir as informações de laudos ambulatoriais e de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no sistema para a realização de solicitações ambulatoriais ou de internação hospitalar.

Para a opção ambulatorial o profissional deverá preencher as lacunas com o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), o nome do paciente, o nome da mãe do paciente, a data de nascimento, o Código Internacional de Doenças (CID), o procedimento ambulatorial a ser solicitado e a identificação do profissional solicitante, sendo estas as informações necessárias para tal solicitação. O sistema então analisará a disponibilidade de vagas e responderá com as unidades, profissionais e horários ao atendimento necessário. Mais alguns dados então são necessários para a continuidade da solicitação, como dados do paciente e dados residenciais. É necessário então ratificar todos os

dados introduzidos na solicitação até agora gerando um nº de chave para confirmação da execução do procedimento e descreve as instruções para o preparo do procedimento e alguns avisos referentes a cada município (ANEXO II).

Se o sistema confirmar a resposta CNS ou SISREG sem vaga surge, uma nova lacuna referente ao laudo técnico e justificativa do procedimento, o qual deve ser respondida como regulação ou fila de espera. Também outras informações como observações, a situação atual do agendamento, a assinatura do médico solicitante, o registro do Conselho Regional de Medicina (CRM) do profissional solicitante e a data da solicitação devem ser acrescentadas (ANEXO III).

No laudo técnico e justificativa do procedimento, a opção regulação refere-se ao campo com indicação se o pedido será encaminhado para a regulação (se houve Programação Pactuada e Integrada(PPI) intermunicipal, uma lista com os nomes dos municípios credenciados surgirá mostrando onde o procedimento poderá ser realizado). A opção fila de espera indica se o procedimento será encaminhado para a fila de espera, essa opção estará inativa se o procedimento for regulado ou se não houver fila de espera.

Ao selecionar a opção *internação* o profissional deverá preencher as lacunas para solicitar a AIH (ANEXO IV). Este deverá completar os campos com o CNS, o Código do Sistema de Informações Hospitalar (SIH), conferir o código, verificar a descrição do procedimento, selecionar o CID, a clínica, o nome do profissional solicitante e o caráter da solicitação, verificar a descrição do caráter e a prioridade da solicitação e então confirmar a operação. Ao conferir as informações inseridas, o paciente recebe a solicitação autorizada para a internação (ANEXO V).

Os profissionais das unidades de saúde, necessariamente precisam passar por um treinamento para acessar o sistema online através de um navegador instalado aos computadores com acesso à internet, denominado ambiente de treinamento de forma que estes profissionais, gestores estaduais, municipais e profissionais da informática tenham facilidade ao navegar no sistema e se apropriar das funcionalidades do mesmo. Após a realização do

treinamento é necessário que seja encaminhado um ofício para a Coordenação Geral de Regulação e Avaliação - CGRA, a qual gerará um login e senha de acesso. Esse software é a ferramenta responsável pelo gerenciamento do complexo regulatório, desde a rede básica à internação hospitalar, com objetivo de humanizar os serviços, aumentar o controle do fluxo, otimizar a utilização dos recursos e unificar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

A Superintendência de Serviços Especializados e Regulação é responsável por oferecer os cursos de capacitação aos profissionais por regiões através das Secretarias e Saúde buscando firmar o uso do sistema SISREG.

Atualmente o sistema está presente em 1600 municípios, 204 centrais de regulação ambulatorial e 19 centrais de regulação hospitalar no país.¹⁶

¹⁶ Dados colhidos no acesso à Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde/CGAM Departamento de Informática do SUS em, 04/01/2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar o modo como vem se constituindo a política de saúde no Brasil e o formato que foi assumindo, desde os primeiros modelos de assistência médica, com o surgimento das Conferências até chegar ao modelo de saúde pública, estabelecido na Constituição Federal de 1988, nos trouxe novos esclarecimentos sobre os avanços e os impasses que esse sistema apresenta:

É inegável a evolução do sistema de saúde brasileiro, inicialmente exclusivo para os trabalhadores formais, sindicalizados, contribuintes da previdência, limitadas a algumas profissões.

As Conferências vêm se constituindo como um passo importante para a construção dos saberes e das normas técnicas, na esfera da saúde, mas ainda existe um longo caminho para que todos os pontos abordados sejam realmente concretizados, de forma a garantir que os serviços públicos de saúde melhorem o padrão de qualidade e que atinjam a toda a população respeitando as particularidades dos usuários.

Portanto, podemos afirmar que o sistema público de saúde brasileiro passou por diversas transformações com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento à população, mas que ainda apresenta diversas barreiras que o impedem de se concretizar em sua plenitude.

O SISREG foi criado com o objetivo de promover um maior controle da marcação de vagas ao qual pudesse ser acessado por diferentes profissionais em todas as unidades de saúde. Percebemos diversas limitações para efetivação desse sistema atualmente, dentre elas destacamos a insuficiência de informações passadas aos profissionais atuantes no sistema, escassez de vagas para o grande contingente de usuários e a quantidade de recursos humanos e estruturais não é proporcional às demandas.

Após nos debruçarmos sobre o tema finalizamos a nossa análise respondendo a pergunta que levantamos inicialmente “O sistema de regulação de vagas do SUS: garantia de acesso ou burocratização dos serviços?”.

Acreditamos que a ferramenta não se configura como mais um obstáculo burocrático que atrapalhe o acesso aos serviços, ao mesmo tempo em que sozinha não garante o acesso às vagas.

Apesar dos avanços existentes, nos utilizamos do exemplo de quantitativo de vagas para tratamento de câncer no Brasil, que é feito de forma generalizada ao invés de mostrar as vagas proporcionais aos tipos específicos de câncer.

O SISREG foi sem dúvida um avanço para a regulação das vagas nas diferentes unidades de saúde, mas esse sistema precisa de uma maior estrutura que dê um suporte à grande demanda de atendimento à população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996)

Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde/CGAM
Departamento de Informática do SUS

-Manual do Regulador / Autorizador, SISREG III, Brasília Setembro/2008

SCOREL, Sara e TEIXEIRA, Antônio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963**. In: Giovanella, Lígia. (Org). Política e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F., 1986. (Im)**Previdência Social - 60 Anos de História da Previdência**. Petrópolis: Editora Vozes.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. **A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil**: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et. al. (orgs.). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005Scorel,1999

NERY JUNIOR, Nelson. **Princípios do processo civil na constituição federal**. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Um Novo Paradigma Sanitário**: a produção social da saúde. In. Por Uma Agenda para a Saúde. São Paulo. Hucitec. ARASCO. 1999.

BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez. Ed. UFRJ, 1996.

<http://www.saude.mt.gov.br/coreg/pagina/232/sisreg-3> (acessado em 12/12/2014)

<http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg> (Acessado em 3/01/2015)

<http://www.saude.mt.gov.br/coreg/pagina/232/sisreg-3> (Acessado em 03/01/2015)

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html
(Acessado em 12/12/2014)

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/se/2011/prt0763_20_07_2011.html
(Acessado em 12/12/2014)

-(<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/3115>- - acessado em 01 de abril de 2014).

ANEXOS

ANEXO I - SOLICITAÇÃO AMBULATORIAL

1. Cartão Nacional de Saúde – Campo para a inserção do código CNS com 15 dígitos;
2. Nome – Campo para a inserção do nome completo do paciente;
3. Nome da Mãe – Campo para a inserção do nome completo da mãe do paciente
4. Data de Nascimento – Campo para a inserção da data de nascimento do paciente
5. CID – Campo para a inserção do Código Internacional de Doenças, como diagnostico inicial do profissional solicitante;
6. Escolha o Procedimento – Campo para a seleção do procedimento ambulatorial a ser solicitado;
7. Profissional Solicitante – Campo para a identificação do profissional que assinou a solicitação do procedimento;
8. Retorno – Campo para a identificação se a solicitação é um retorno ou não;
9. OK – Botão para a confirmação dos dados inseridos.

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Nº Chave: 36255 ← 1

UNIDADE SOLICITANTE

Nome: USF DO PEQUI PSF 01 ← 2 CNES: 2771144 ← 3 Op.Solicitante: DATASUS-SOL ← 4 Op.Autorizador: DATASUS-SOL ← 5 Videofonista: ← 6

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS ← 7 CNES: 3417573 ← 8
 Logradouro,Endereço, nº , complemento, bairro: RUA MANOEL CARNEIRO-1--CENTRO-45820110-(73)32814191 ← 9 Município: EUNAPOLIS ← 10
 Profissional Executante: ANDERSON ALVES DUTRA ← 11 Data e Horário Atendimento: SEG-28.07.2008-13:00:00h ← 12

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: JOSE LEONCIO DA SILVA ← 13 CNES: 801434368139580 ← 14
 Nome do Responsável: JOAQUINA MARIA DA CONCEICAO ← 15 UF: SP ← 16
 Logradouro,Endereço, nº , complemento, bairro: RUA GERMANIA - 40 -- PQ. NOVO ORATORIO ← 17
 Município: SANTO ANDRE ← 18 Telefone: 44753601 ← 20 Data Nascimento: 08.03.1929 ← 21 Sexo: Masculino ← 22
 CEP: 92.602-50 ← 19 Unidade de Referência: U S F MOVEI ESPIRITO SANTO

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código Solicitação: 864596 ← 23 Data da Solicitação: 23.07.2008 ← 24 Tipo da Consulta: 1ª Vez ← 25
 CPF do Profissional Solicitante: 02799560610 ← 26 Nome Profissional Solicitante: FABIO CESAR ABALEM GRAMA ← 27
 Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS ← 28 CID: R68 ← 29
 Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM CARDIOLOGIA ← 30 Código: 0301010072 ← 31

PREPARO DO PROCEDIMENTO(S)

Descrição do Preparo: ← 32

AVISOS DO MUNICÍPIO

- AVISO DE FICHA EUNAPOLIS - BA ← 33

Imprimir Autorização ← 34 Exibir Ficha Reduzida ← 35 Nova Solicitação ← 36

1. Nº Chave – Apresentação do número de chave para confirmação da execução do procedimento;

UNIDADE SOLICITANTE

2. Nome – Nome de identificação da unidade de saúde responsável pela solicitação do procedimento;

3. CNES – Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de identificação da unidade responsável pela solicitação do procedimento;

4. Operador Solicitante – Login para identificação do operador responsável pela inserção dos dados da solicitação no sistema;

5. Operador Autorizador – Login para identificação do operador responsável pela autorização do procedimento, em caso de procedimento livre o mesmo login do solicitante, em caso de procedimento regulado, o login do médico regulador/autorizador;

6. Videofonista – Login para identificação do videofonista, operador que recebeu as informações da solicitação via telefone;

UNIDADE EXECUTANTE

7. Nome – Nome de Identificação da unidade executante para o procedimento autorizado;

8. CNES – Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos para identificação da Unidade Executante;

9. Logradouro, Endereço, nº, Complemento e Bairro – Conjunto de dados de localização da unidade de saúde;

10. Município – Identificação do município de localização da unidade de saúde executante;

11. Profissional Executante – Identificação do profissional que executará o procedimento autorizado;

12. Data e Horário Atendimento – Data e horário para o atendimento do paciente pelo profissional executante;

DADOS DO PACIENTE

13. Nome do Paciente – Nome do paciente (Usuário SUS) que teve sua solicitação de procedimento aprovada;

14. CNS – Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente (Usuário SUS) que teve sua solicitação de procedimento aprovada;

15. Nome do responsável – Nome para identificação do responsável legal ou acompanhante que será o contato do paciente (Usuário SUS);

16. UF – Identificação da Unidade Federativa (Estado) de residência do paciente (Usuário SUS);

17. Logradouro, Endereço, nº, Complemento, Bairro – Conjunto de Dados de Localização da residência do paciente (Usuário SUS) dentro do município;

18. Município – Identificação do município residencial do paciente (Usuário SUS);

19. CEP – Código de Endereçamento Postal residencial do paciente (Usuário SUS);

20. Telefone – Campo para a exibição do número de telefone de contato do paciente (Usuário SUS);

21. Data Nascimento – Campo para a identificação da data de nascimento do paciente (Usuário SUS);

22. Sexo – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);

DADOS DA SOLICITAÇÃO

- 23. Código Solicitação – Código de identificação do formulário de solicitação de procedimentos;
- 24. Data da Solicitação – Data da inserção dos dados da solicitação de procedimentos no sistema;
- 25. Tipo da Consulta – Tipo da vaga utilizada para o agendamento (1ª Vez, Retorno ou Reserva);
- 26. CPF do Profissional Solicitante – Número do CPF do profissional de saúde responsável pela solicitação do procedimento;
- 27. Nome Profissional Solicitante – Nome do profissional de saúde responsável pela solicitação do procedimento;
- 28. Diagnostico Inicial – Descrição do diagnóstico inicial ou diagnóstico de suspeita, sugerido pelo profissional médico solicitante;
- 29. CID – Código Internacional de Doenças referente ao diagnóstico inicial;
- 30. Procedimentos Solicitados – Relação dos procedimentos solicitados num mesmo formulário;
- 31. Código – Código Unificado do procedimento ou procedimentos solicitados;

PREPARO DO PROCEDIMENTO

- 32. Descrição do Preparo – Descrição de rotinas a serem realizadas pelo paciente anterior a execução de determinados procedimentos;

AVISOS DO MUNICÍPIO

- 33. Avisos do Município – Avisos variados inseridos pelo município;
- 34. Imprimir Autorização – Botão para a solicitação da impressão do formulário visível na tela;
- 35. Exibir Ficha Reduzida – Botão para a exibição de um formulário mais simplificado contendo apenas dados básicos;
- 36. Nova Solicitação – Botão para retornar a tela de solicitação.

ANEXO III. LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)

The screenshot shows a web interface with the following elements:

- LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)**: Header section with two radio buttons: "Regulação" (27) and "Fila de Espera" (28).
- OBSERVAÇÕES:**: A text area for notes with a scroll bar (29).
- Situação Atual: PENDENTE**: Status indicator.
- Assinatura do Médico solicitante (examinador):**: Text input field (30).
- CRM**: Text input field (31).
- Data**: Text input field showing "28/07/2008" (32).
- AVISOS DO MUNICÍPIO**: Section header with a list item "- AVISO DE FICHA EUNAPOLIS - BA" (33).
- SOLICITAR** and **CANCELAR**: Buttons at the bottom (34 and 35 respectively).

27. Regulação – Campo para a indicação se a solicitação será encaminhada para a regulação (No caso de existência de PPI intermunicipal surgirá uma lista contendo os nomes dos municípios que estarão habilitados a realizar o procedimento solicitado);

28. Fila de Espera – Campo para a indicação se o referido procedimento será encaminhado para a fila de espera, (este item não estará ativo caso o procedimento seja regulado ou o percentual para fila seja igual a zero);

29. Observações – Campo obrigatório apenas para envio de solicitações para a regulação;

30. Assinatura do Médico Solicitante (examinador) – Campo para a assinatura do profissional solicitante em caso de impressão do formulário para arquivamento;

31. CRM – Campo para a inserção do código do Conselho Regional de Medicina do profissional solicitante;

32. Data – Campo para a visualização da data de inserção da solicitação no sistema;

33. Avisos do Município – Campo para visualização de avisos inseridos no sistema pelo município executante de serviços;

34. Solicitar – Botão para a confirmação dos dados inseridos no formulário;

35. Cancelar – Botão para uso em caso de desistência da solicitação.

ANEXO IV SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

The image shows a web form titled "Solicitação" with two main sections: "Solicitação" and "Informações da Solicitação".

Solicitação Section:

- Buttons for "Solicitar": Ambulatorial, Internação
- Field 1: "Cartão Nacional de Saúde" (text input)
- Field 2: "Nome" (text input)
- Field 3: "Nome da Mãe" (text input)
- Field 4: "Data de Nascimento" (date picker)

Informações da Solicitação Section:

- Field 5: "Código SIH" (text input)
- Field 6: "Checar" (button)
- Field 7: "Descrição:" (text input)
- Field 8: "CID" (dropdown menu)
- Field 9: "Clínica" (dropdown menu with "Selecione a Clínica" text)
- Field 10: "Profissional Solicitante" (dropdown menu with "Selecione o Profissional" text)
- Field 11: "Caráter" (dropdown menu with "Selecione o Caráter" text)
- Field 12: "Descrição:" (text input)
- Field 13: "Prioridade" (dropdown menu with "Eletiva" text)
- Field 14: "OK" (button)

1. Cartão Nacional de Saúde – Campo para a inserção do código CNS com 15 dígitos;
2. Nome – Campo para a inserção do nome completo do paciente;
3. Nome da Mãe – Campo para a inserção do nome completo da mãe do paciente;
4. Data de Nascimento – Campo para a inserção da data de nascimento do paciente;
5. Código SIH – Campo para a inserção do código do procedimento do Sistema de Informações Hospitalares;
6. Checar – Botão para a verificação se, o código SIH é válido ou não;
7. Descrição – Campo para a apresentação da descrição do procedimentos SIH conforme validação do código;
8. CID – Campo para a seleção do Código Internacional de Doenças compatível com o procedimento valido;
9. Clínica – Campo para a seleção da clinica responsável pelo execução do procedimento válido;
10. Profissional Solicitante – Campo para a identificação do profissional médico responsável pela solicitação do procedimento;
11. Caráter – Campo para a seleção do caráter compatível com o procedimento e clínica;

12. Descrição – Área para a exibição da descrição do caráter conforme seleção anterior;
13. Prioridade: Campo para a exibição da prioridade conforme descrição do caráter;
14. OK – Botão para a confirmação dos dados (campos 1 a 13)

ANEXO V. PÁGINA DE CONFIRMAÇÃO DE LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE AIH

Código 864502

Identificação da Unidade			
Unidade Solicitante:	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA		CNES:
			2005050
Unidade Desejada:	HOSPITAL DO ACUCAR		CNES:
			2006448
Data Desejada	14.07.2008		
Dados do Paciente			
Unidade Referencia:	USF DO PEQUI PSF 01		CNES:
			2771144
Nome do Paciente	MARIA SATU		CNS:
			898000777027838
Data de Nascimento:	Sexo:	Telefone:	
01.01.1981	Feminino	0123456789012345678901234	
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro			UF
AVENIDA CONTORNO - LAGOA DOS VENTOS - 45 - PRAINHA - CENTRO			BA
Município	EUNAPOLIS		CEP
			4688000
Nome do Responsável	Não Informado		Telefone do Responsável
			Não Informado
Dados da Solicitação			
CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:		
06055545446	ANA TEREZA SOARES DONATO		
Diagnóstico Inicial:	CID:	Prioridade	
GRAVIDEZ DUPLA	Q300	Eletiva	
Caráter			
01 - Eletivo - A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão Emissor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão, exceto para as AIH com diagnóstico de Parto, emitida para gestantes, tem validade até a data do parto.			
Clínica:		Clínica Complementar:	
OBSTETRICO - OBSTETRICIA CIRURGICA		Nenhuma	
Procedimento Solicitado:		Código:	
PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO		0411010026	
Laudo Técnico e Justificativa da Internação			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos:			
Aproximadamente 37 semanas de gestação, circunferencia abdominal acima de 85 cm			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:			
USG apontando posicionamento de fetos não apropriado para nascimento espontâneo, Patológico (HEM + GLI + COL +) Normal, PA: 80x126			
Condições que Justificam a Internação:			
A cirurgia tem como finalidade manter integridade física da gestante, bem com dos futuros RNs reduzindo o risco de complicações			
Natureza da Lesão			
Parecer			
Situação:	Operador Solicitante:		
Pendente	DATASUS_SOL_ARAPI		
Motivo de Impedimento do Regulador			
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)	CRM	Data	
		09.07.2008 - 12:06:03	