

Clayton Neves Camargos<sup>1</sup>  
Clementina Corah Lucas Prado<sup>2</sup>  
Walquíria Freitas Assis<sup>3</sup>  
Juliana Ramos Merçon<sup>4</sup>

- <sup>1</sup> Coordenadoria de Promoção da Saúde da Diretoria de Serviços aos Clientes/Diretoria Executiva/Fundação de Seguridade Social, Brasília, Brasil. Coordenação Nacional do
- <sup>2</sup> Sistema do Orçamento Público em Saúde da Coordenação-Geral de Economia da Saúde/ Departamento de Economia da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ Ministério da Saúde, Brasília, Brasil. Programa de Pós-Graduação em
- <sup>3</sup> Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação da Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil. Assessoria técnica da
- <sup>4</sup> Coordenação-Geral de Economia da Saúde do Departamento de Economia da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

#### Correspondência

Clayton Neves Camargos  
SHS 6 conj. A It. 1 Bl. F Apto 402  
Brasília, Distrito Federal, Brasil  
70031-600  
claytonc@geap.com.br

Recebido em 24/agosto/2006  
Aprovado em 4/dezembro/2006

#### Resumo

A “sociedade do conhecimento” estabeleceu a diferença entre a informação e o conhecimento, a primeira é subsídio para o segundo e este é essencial à ação, gera riqueza e move a nova sociedade. A gestão do conhecimento aplicada ao contexto das centrais de regulação do acesso aos serviços de saúde, pela importância do acesso equitativo, chancela uma nova perspectiva para a administração dos sistemas e serviços de saúde. O objetivo deste trabalho é analisar o modo como a regulação assistencial, enquanto parte integrante da gestão pública, ofereceu ao sistema de saúde distrital mais uma ferramenta para garantir a atenção integral à saúde de sua população.

**Palavras-chave:** regulação e fiscalização em saúde, gestão em saúde, conhecimento, acesso aos serviços de saúde

#### Abstract

The “knowledge society” established the difference between the information and the knowledge, the first is subsidy for the second and it's essential to the action, generates wealth and moves this new society. The knowledge management applied to the context of the regulation center, for the importance of the equitable access, it seals a new perspective to the administration of the systems and health services. In this direction, the net of Distrito Federal public health can be the catalyser of these changes. The objective of this study is to show as health regulation, while has left integrant of government management, offered to the district system plus a tool to guarantee the integral health attention of its population.

**Key words:** health regulation and fiscalization, health management, knowledge, health services accessibility

## Introdução

Atualmente, o crescimento e o sucesso das organizações estão diretamente relacionados à capacidade de manter uma infraestrutura de tecnologia da informação e comunicação (TIC) segura e confiável. Isto exige que as organizações passem a considerar a necessidade de melhorar o gerenciamento das questões relacionadas à tecnologia.

Diante deste novo cenário, o conhecimento é a fonte elementar da criação de valor em uma organização. Na sociedade do conhecimento, este não é apenas mais um recurso dentre outros, mas o recurso capaz de distinguir as organizações<sup>1</sup>. Produtos podem ser considerados manifestações físicas do conhecimento e o seu valor depende do valor do conhecimento utilizado em sua confecção<sup>2</sup>.

O conhecimento, entretanto, está freqüentemente disperso na organização de forma irregular<sup>3</sup>. Para que a organização possa realizar todo o potencial de seu conhecimento, dentre outros fatores, devem ser criadas as condições para que ele seja organizado e transferido aos seus membros, que o utilizarão em seu trabalho diário<sup>4</sup>.

A transferência de conhecimento está sujeita a uma série de barreiras nas organizações, que podem ser organizacionais ou individuais. Um dos objetivos da gestão do conhecimento<sup>5</sup> é superar essas barreiras, formando um ambiente propício à criação e compartilhamento de conhecimento.

Para entender o conceito de “sociedade do conhecimento” é preciso analisar, inclusive historicamente, as transformações sociais e tecnológicas que remetem a ele. O termo *learning organizations* faz referência a um conceito discutido inicialmente por Senge<sup>6</sup>, a partir de um conjunto de idéias e observações decorrentes de seu trabalho no *Massachusetts Institute of Technology* (MIT). Ele defende que a capacidade e a velocidade do aprendizado coletivo das pessoas numa organização formam a verdadeira vantagem sustentável.

Senge<sup>6</sup> defende a organização do aprendizado de diversas formas, coerentes entre si, um sistema

capaz de se aperfeiçoar com o passar do tempo e a experiência; uma organização que continuamente desenvolve e antecipa as habilidades necessárias para o sucesso futuro; uma organização que maximiza suas oportunidades de aprendizado por meio do conjunto de sua força de trabalho; uma organização onde as pessoas espontaneamente estão sempre aprendendo e aplicando o que aprenderam na melhoria da qualidade dos bens, do trabalho, serviços e produtos; um ambiente onde aprender é um valor cultural encarado como a melhor vantagem sustentável; e um lugar onde aprender se tornou finalmente sinônimo de trabalhar.

O objetivo deste artigo é realizar uma análise, tendo como base inicial de discussão a “sociedade do conhecimento”, de como a efetivação do processo de regulação do acesso assistencial pode permitir a consolidação da noção do quão importante são os saberes científicos que balizam os métodos de tomada de decisões nas diversas esferas de gestão pública em saúde. Para tal, apresenta-se o contexto inicial de implantação de uma central de marcação de consultas no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), além de tratar de como a adoção das tecnologias de regulação assistencial pode potencializar a capacidade de resposta estatal em atender às necessidades dos usuários, trabalhadores de saúde e corporações técnico-científicas.

## A sociedade do conhecimento

Ao analisar o contexto da internet fica evidente o movimento de migração de algumas atividades humanas do real para o virtual, do físico para o digital, da execução para o planejamento. Esses movimentos são a essência da “sociedade do conhecimento” e obriga os indivíduos a participarem dela seguindo suas regras e mecanismos. É necessário, mais do que entender, participar da “sociedade do conhecimento”, e isto implica competir segundo as suas regras.

Em razão disso, este trabalho discute como a gestão em saúde no Distrito Federal possibilitou, por meio da implantação, ainda que incipiente, da

regulação assistencial, o compartilhamento de informações e conhecimentos a respeito da disponibilidade da agenda das suas unidades de atendimento e a respeito do trajeto assistencial do usuário, ou seja: desde o momento em que sente a necessidade de atenção, gera a demanda, busca o atendimento por meio da marcação de consulta, até o acesso à assistência e a repercussão sobre seu estado de saúde, de forma a criar uma cooperação e integração articulada entre todas as unidades de saúde, evitando assim dispersão de esforços.

Como definiu Sveiby<sup>7</sup>, “conhecimento é a capacidade de agir” e a transformação da informação disponível em conhecimento, no contexto do sistema público de saúde do Distrito Federal, pode ser traduzida na prestação da atenção qualificada com baixo custo (eficiência); no alcance das metas planejadas (eficácia); na satisfação dos usuários e dos prestadores de serviços (efetividade).

### **Panorama federal: uma contextualizaÁ,,o**

No Brasil, o conceito de regulação do acesso à saúde é relativamente novo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em 1999, por meio da extinta Coordenação-Geral de Organização e Regulação da Assistência foi quem iniciou o movimento de gestão federal das ações de regulação assistencial, tendo como objeto a padronização do Sistema de Regulação (Sisreg), desenvolvido e preconizado pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) do Ministério da Saúde (MS) para as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Em 2001, a regulação assistencial tomou uma dimensão nacional e o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2.309/01 do Gabinete do Ministro (GM)/MS<sup>8</sup>, instituindo a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC).

A organização programática e estratégica da CNRAC ocorreu em decorrência da importância de garantir o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) aos serviços ambulatoriais e hospitalares de “alta complexidade”, nem sempre disponíveis em todo o território nacional.

Em 2003, com a Portaria 2.048/03 GM/MS<sup>9</sup>, foi regulamentado o atendimento das urgências por meio de centrais de regulação. Seu produto mais impressionante é o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu) que é a forma pela qual a regulação assistencial organiza a assistência pré-hospitalar no âmbito do SUS.

Segundo a Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, o atendimento pré-hospitalar pode ser compreendido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, ou seja, se caracteriza como a chamada atenção extramuros<sup>10</sup>.

Desde 2002, o desenho da regulação passa por um melhor acabamento normativo. Isto é especificamente expresso na Portaria 423/02 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS<sup>11</sup> que trata das ações de controle, regulação e avaliação no campo do SUS.

Atualmente o tratamento técnico da regulação assistencial, na modalidade eletiva, é de responsabilidade da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação e na modalidade de urgência/emergência fica a cargo da Coordenação Geral de Urgência e Emergência, ambas as coordenações pertencem a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

### **A importância da Central de RegulaÁ,,o Assistencial para o desenvolvimento social do Distrito Federal**

A decisão de implantar a regulação do acesso assistencial no Distrito Federal baseou-se na consideração de que o DF não possui municípios e é constituído por 26 regiões administrativas, sem descentralização financeira, sendo caracterizado como uma cidade-estado, e apresenta uma rede de assistência à saúde ascendente, hierarquizada e descentralizada.

Percebe-se também a dificuldade de ingresso à alta complexidade, com a formação de extensas filas

de espera para as especialidades médicas, sendo o preenchimento das vagas disponíveis baseado no critério de chegada à fila e não o de necessidade e emergência do caso. Em paralelo, observa-se a ausência de controle do gestor distrital sobre a capacidade instalada e o total domínio dos profissionais de saúde sobre suas agendas, ocasionando a não adequação dos serviços aos recursos humanos disponíveis e ao preconizado pelos parâmetros assistenciais nacionais.

Por fim, notam-se dificuldades crescentes na obtenção de recursos financeiros em decorrência da rede ser predominantemente pública (cerca de 80% da capacidade instalada), portanto, sem restrições de acesso por ausência de teto financeiro. Outro ponto, não menos importante, é o faturamento inadequado das prestações de serviços, em parte devido ao desconhecimento dos servidores distritais quanto à forma de financiamento do SUS. Com efeito, ocorre a subnotificação de dados com comprometimento da série histórica e do teto orçamentário global.

Esta conjuntura foi ocasionada por já existir uma rede pública de saúde no DF muito antes da criação do SUS, o que gerou dificuldade de amadurecimento da gestão para adaptação às regras e instrumentos de gestão preconizados pelo Ministério da Saúde. Nessa direção, ocorreu a necessidade de estruturação do complexo regulador do acesso assistencial no âmbito do DF.

### **Estratégias utilizadas para o gerenciamento da regulação da marcação de consultas no âmbito distrital**

Segundo informações obtidas por meio do conjunto de técnicos da Coordenação Geral de Gestão da Regulação das Redes Assistenciais (CGGRR) da Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde (Suplan) da SES-DF, o início das atividades de regulação assistencial, no âmbito distrital, se deu por meio do estabelecimento de um grupo de trabalho, no nível central da SES-DF, e também de ações descentralizadas por meio das macro-regiões de saúde apresentadas, no ano

de 2004, pelo Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal (PDR-DF).

Não obstante, para o desenvolvimento das estratégias de trabalho foram utilizados os aspectos teóricos da gestão e de regulação requeridos pelo SUS, além do diagnóstico da demanda reprimida das especialidades ambulatoriais (tendo como referência o ano de 2004) e a definição do sistema informacional a ser utilizado pela Central de Marcação de Consultas (CMC), que foi o Sistema de Regulação do Ministério da Saúde.

Nesse contexto, com base em documentações obtidas por meio dos registros manuais das marcações nas agendas dos serviços de saúde da SES-DF, obteve-se o panorama de números de atendimentos em espera apresentado na tabela 1.

Tabela 1

Demanda reprimida de consultas, segundo especialidade, SES-DF, 2004.

<b>Especialidade Médico-Assistencial</b>	<b>Demanda reprimida</b>	<b>%</b>
Dermatologia	34.580	21,7
Ortopedia	31.566	19,8
Otorrinolaringologia	22.744	14,2
Cardiologia	22.133	13,9
Neurologia	13.902	8,7
Oftalmologia	12.146	7,6
Urologia	11.583	7,2
Gastroenterologia	11.010	6,9
<b>Total</b>	<b>159.664</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CGGRR/Suplan/SES-DF

A área assistencial com maior demanda reprimida era, até dezembro de 2004, a dermatologia e, por conseguinte, foi a primeira especialidade médica inserida no processo de regulação assistencial.

Para a produção técnica da regulação foram identificados os parâmetros populacionais assistenciais, de acordo com a Portaria 1.101/02 GM/MS, que trata, dentre outros, do atendimento ambulatorial e de dermatologia. Nesse sentido, foram definidas as potenciais unidades solicitantes da CMC: 70 centros e postos urbanos de saúde

da rede distrital. Em paralelo, identificaram-se as 14 unidades executantes em dermatologia. Frente a esta conjuntura, discriminou-se a carga contratual, jornada de trabalho e o tipo de contrato (especialista ou clínico geral) dos profissionais da dermatologia, além de suas subespecialidades.

Com base no diagnóstico da situação contratual e de recursos humanos realizou-se a análise da capacidade ambulatorial instalada (estrutura física frente aos recursos humanos) e da oferta de serviços pelo perfil de cada unidade executante de acordo com o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Para efeito de planejamento, atualizou-se a lista dos profissionais de dermatologia e das unidades solicitantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diante deste quadro, foram elaboradas e publicadas as normas técnicas da CMC, com estabelecimento dos respectivos fluxos operacionais, além da distribuição dos protocolos de encaminhamento dos usuários da atenção básica para a atenção especializada. Ao todo, direta e indiretamente, ocorreu o envolvimento de 158 servidores das unidades solicitantes e 44 servidores das unidades executantes.

Após todo o processo de estruturação, que teve seu princípio em julho de 2004, em outubro de 2005 iniciou-se o agendamento de consultas de dermatologia. No transcurso do funcionamento da regulação, ocorreu a reavaliação das filas de espera pelas unidades básicas de saúde, visando ao preenchimento das vagas pelo critério da maior necessidade. A área técnica de regulação assistencial da SES-DF identificou a diminuição de 75% da fila de espera em dermatologia em 4 meses de implantação da regulação, com tempo de espera pela consulta inferior a 20 dias para casos não emergenciais.

Ressalta-se, no entanto, que a regulação assistencial não pode ser simplesmente resumida ao procedimento de autorização médica. Este é necessário, mas não consegue a ativação positiva

do sistema se não estiver adequadamente contextualizado, caso contrário se torna avulso, impotente e desarticulado da realidade assistencial, gerando iniquidades e prejuízos socioeconômicos importantes para todos os atores envolvidos direta ou indiretamente com a gestão em saúde.

A regulação pressupõe a identificação exata da necessidade do usuário, a análise da demanda, o dimensionamento coerente da oferta baseado no conjunto da rede prestadora, a adoção de procedimentos de saúde baseados em evidências e avaliações econômicas (custo-efetividade e custo-utilidade), o planejamento do trajeto assistencial, o acesso qualificado e resolutivo dos usuários aos serviços, o controle inteligente dos recursos físicos, financeiros e humanos, o monitoramento do pós-cuidado, e, por fim, chancela do ingresso, de modo articulado, de mecanismos ajustados de auditoria e ouvidoria.

Nesse sentido, a autorização do acesso é apenas um acessório, não necessariamente superior aos demais, entretanto, de acordo com a maneira como é estruturado poderá ser exitoso ou não e, caso seja meramente burocrático, prescindirá do conhecimento humano, tornando-se um ato estritamente autômato, sem capacidade reflexiva e de impacto desequilibrado.

Em suma, a utilização de ferramentas regulatórias que envolvam a racionalização da gestão pode se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde, de tal sorte que se consiga amortizar a desigualdade relacional corrente neste setor, especialmente no que toca a relação necessidade, demanda e oferta<sup>13</sup>.

## Conclusão

A regulação do acesso assistencial é uma ferramenta valiosa quando disponibilizada a quem possa usá-la no momento oportuno e de maneira adequada. Porém, é preciso criar mecanismos de captação, análise e disseminação da informação em saúde, pois esta só tem valor quando associada à ação que, por sua vez, está ligada ao contexto histórico,

geográfico, político, sociocultural, econômico e epidemiológico.

Curiosamente, a gestão em saúde do Distrito Federal apresenta a seguinte especificidade: tem a velocidade necessária para responder aos desafios se assim o desejar, entretanto, apresenta fragilidade estrutural que pode dificultar a sua sobrevivência de forma sustentável. É importante que se atente para esta peculiaridade e que sejam criados instrumentos de estímulo e proteção. Proteção não significa “protecionismo” e sim a maximização dos pontos fortes, ou seja, investir em conhecimento.

Nessa direção, a preocupação com a saúde pública distrital se justifica facilmente, pois contribui de maneira significativa para a modernização de seu parque produtivo, melhor distribuição dos frutos do progresso e elevação do padrão de longevidade e qualidade de vida de toda a sua população.

Nas palavras de Sengenberger<sup>14</sup>: “o principal problema das pequenas empresas não é o seu tamanho, mas a atuação solitária”. Esta metáfora quer dizer que as unidades de saúde, como entidades que atuam isoladamente por conta própria ficam em uma posição pouco eficiente e eficaz. Elas não têm os recursos e os ganhos de escala de outras unidades. Da mesma forma, não possuem a força política necessária para influenciar o ambiente social e econômico, em outras palavras elas perdem a possibilidade de agir.

Os instrumentos de gestão do conhecimento, como é o caso da regulação do acesso assistencial, aplicados à administração em saúde, podem melhorar o nível de atividade social dos serviços, evitar o gasto irracional de recursos e limitar a realização de atividades desnecessárias com um objetivo central: a satisfação do usuário<sup>10</sup>.

## Referências

1. Drucker PF. Inovação e espírito empreendedor. São Paulo: Pioneira; 1987.
2. Tanudjojo S, Braganza A. Overcoming Barriers To Knowledge Flow: Evidence-Based Attributes Enabling The Creation, Mobilization, and Diffusion of Knowledge. Proceedings of the 38th Hawaii International Conference on System Sciences, IEEE; 2005.
3. Jasimuddin S. Storage of Transferred Knowledge or Transfer of Stored Knowledge: Which Direction? If Both, Then How? Proceedings of the 38th Hawaii International Conference on System Science. IEEE; 2005.
4. Wiig K. Introducing Knowledge Management into the Enterprise. In: Liebowitz J. (ed), Knowledge Management Handbook. Florida: CRC Press; 1999.
5. Krogh G, Ichijo K, Nonaka I. Facilitando a Criação do Conhecimento. São Paulo: Editora Campus; 2001.
6. Senge P. A quinta disciplina. São Paulo: Best Seller; 1990.
7. Sveiby KE. A nova riqueza das nações. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.309 do Gabinete do Ministro. Dispõe sobre a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC. Diário Oficial da União. 2001; 19 dez.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.048 do Gabinete do Ministro. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências. Diário Oficial da União. 2003; 05 nov.
10. Albuquerque C. A transformação da Gestão de Hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 423 da Secretaria de Atenção à Saúde. Dispõe sobre os processos de Regulação, Controle e Avaliação. Diário Oficial da União. 2002; 09 jul.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.101 do Gabinete do Ministro. Dispõe sobre o atendimento ambulatorial e da dermatologia. Diário Oficial da União. 2002; 12 jun.
13. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. Ciência & Saúde Coletiva. 2002; 7(4): 641-657.
14. Sengenberger W, Loveman G, Piore MJ. The re-emergence of small enterprises: Industrial restructuring in industrialized countries. Geneva: Institute for Labour Studies; 1994.