

SAÚDE 2.0: TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TICS) E REGULAÇÃO PARALELA DE LEITOS DE UTI NA ERA DA INTERAÇÃO

FÁBIO CAMPOS AGUIAR

Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Pós Graduação em Administração, Brasil.
fabioaguiar.mkt@gmail.com

VERA LÚCIA PEIXOTO SANTOS MENDES

Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Pós Graduação em Administração, Brasil.
verapeixoto09@gmail.com

RESUMO

O desenvolvimento das TICs e da internet fez surgir o conceito de Saúde 2.0 (VAN DE BELT et al, 2010), o qual propõe que as TICs atuem na melhoria da segurança, eficiência e qualidade da atenção à saúde. Com a internet móvel e a conectividade oferecida pelos *smartphones*, e sob a justificativa das barreiras de acesso, profissionais de saúde têm buscado meios paralelos de regulação visando garantir o acesso a leitos de UTI. Embora a apropriação destes meios seja uma inovação de processo (SUNDBO; GALLOUJ, 2000), é questionável se tal efetividade não compromete o protocolo, possibilitando que os leitos disponíveis sejam regulados por critérios clientelistas. Este trabalho objetiva identificar as barreiras de acesso a leitos de UTI; verificar a utilização e a efetividade de ferramentas tecnológicas não oficiais na regulação de leitos de UTI, discutindo os impactos desta inovação no processo formal de regulação. É um estudo exploratório de natureza qualitativa e quantitativa, realizado em 20 municípios na Macrorregião Leste do Estado da Bahia. Foram realizadas entrevistas e aplicados questionários com técnicos de regulação, gestores de hospitais e Secretários Municipais de Saúde. Os resultados indicam como principal barreira de acesso o quantitativo de leitos disponíveis para o SUS, e que 43% dos entrevistados afirmam fazer uso do aplicativo *WhatsApp* para regulação, sendo esta considerada por alguns sujeitos como “a melhor ferramenta de regulação”. Entretanto, há entrevistados resistentes a tal prática, entendendo que isto fere os princípios constitucionais e a ética médica, enfraquecendo a credibilidade e a operabilidade dos sistemas oficiais. Conclui-se que a incorporação TICs, alheias ao processo oficial de regulação de leitos de UTI, é uma realidade na região, e que se, por um lado, tal prática possibilita maior celeridade, por outro penaliza usuários submetidos ao processo oficial, por vezes ocasionando medidas judiciais.

INTRODUÇÃO

Nos serviços de saúde de alta complexidade, a exemplo das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), observa-se que o crescimento da demanda é desproporcional à capacidade de oferta, o que gera ineficiência do sistema, além de insatisfações de gestores e de usuários, esta expressa no aumento de ações judiciais para garantir o acesso de usuários a estes serviços.

Ao estudar os processos regulatórios na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) foi identificado que esta opera os Complexos Reguladores, que são órgãos destinados a regular o fluxo de pacientes entre as organizações hospitalares mediante critérios técnicos de priorização de acesso, instituídos para garantir os princípios da Equidade e da Integralidade no acesso aos serviços de saúde, os quais fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008). Tais órgãos operam uma série de Sistemas de Informação (SIs), notadamente o *SuremWeb*, por meio do qual é possível gerenciar os leitos disponíveis.

Conforme Rocco, Soares e Gago (2006) há insuficiência na oferta de leitos de terapia intensiva para atender a demanda da população brasileira. Além disso, verifica-se a iniquidade na distribuição destes leitos no território nacional (BARBOSA, 2004). De acordo com parâmetros de cobertura assistencial da Portaria GM/MS nº 1.101/2012, o número necessário de leitos de UTI é de 4% a 10% do total de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes (BRASIL, 2002). No Estado da Bahia, com população estimada de 15 milhões de habitantes (IBGE, 2013) estão disponíveis para o SUS 815 leitos de UTI (CNES, 2013), existindo, portanto, um déficit superior a 70%.

Dentre as nove macrorregiões de saúde que compõem o Estado da Bahia, o maior déficit encontra-se na Macrorregião Nordeste (89%) e o menor na Macrorregião Leste (39%), onde se situa o Município de Salvador. Muito embora a Macro Leste possua o menor déficit de leitos de UTI, esta parece apresentar os maiores problemas de acesso a este tipo de serviço na Bahia, pois atende Salvador que é o terceiro município mais populoso do Brasil, com 2.902.927 habs. (IBGE, 2013), e tem as dificuldades próprias de uma região metropolitana, possui grande parte dos serviços de maior complexidade tecnológica, para os quais são encaminhadas as demandas dos outros municípios.

A Macrorregião Leste é responsável por cerca de 65% da produção de diárias de UTI no estado (DATASUS, 2013). A referência de diárias de UTI para a Macro Leste apresentou discreta queda entre os anos de 2010 e 2012, fato que pode estar associado à abertura destes serviços em municípios baianos e/ou encaminhamentos para outras Macrorregiões. A análise da utilização das diárias de UTI pela população residente na Macrorregião Leste, tomando como base o fluxo entre as microrregiões que a compõe, indica que embora todas as quatro microrregiões que integram a Macro Leste possuam serviços com UTI, 96% das diárias de UTI da macrorregião Leste são produzidas por serviços instalados em Salvador.

Sob as justificativas das barreiras de acesso, da insuficiência de vagas e da morosidade do protocolo institucional, verifica-se que os profissionais de saúde, principalmente os Secretários Municipais de Saúde, têm buscado meios paralelos de regulação visando à garantia de acesso a leitos de UTI, utilizando aplicativos de mensagens instantâneas para dispositivos móveis (*WhatsApp*). Tal ferramenta têm se mostrado mais útil na articulação dos atores na busca por leitos do que as ferramentas tecnológicas institucionalizadas, no caso, o SI *SuremWeb*.

Embora a apropriação destes meios possa ser compreendida como uma inovação de processo (SUNDBO; GALLOUJ, 2000), é questionável se tal efetividade não implica subverter o protocolo oficial de regulação, comprometendo tais princípios, possibilitando que os leitos disponíveis sejam regulados por critérios clientelistas e fora do controle dos órgãos

públicos oficiais. Deste modo, ainda que com vistas à celeridade indispensável aos cuidados intensivos, tal conduta promoveria um retorno de antigas práticas patrimonialistas ao Estado Gerencial, na medida em que privilegiaria usuários sob cuidados de profissionais melhor relacionados, e, portanto, capazes de se articular eficientemente na busca por uma vaga em UTI, de forma paralela ao processo regulatório normalizado pelo governo.

Face ao exposto, a pesquisa¹ que aqui se apresenta objetiva identificar as barreiras e estratégias de acesso aos leitos de UTI; verificar a utilização e a efetividade de ferramentas tecnológicas não oficiais na regulação de leitos de UTI, discutindo os impactos desta inovação no processo formal de regulação.

1 O SUS E A SAÚDE 2.0: COMPREENDENDO AS TICS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Com desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), e em especial da internet, e a consequente apropriação destas ferramentas pelos serviços assistenciais, surge o conceito de Saúde 2.0 (VAN DE BELT et al, 2010), o qual pressupõe que os profissionais de saúde necessitam observar a relação custo/benefício das TICs na melhoria da segurança, eficiência e qualidade da atenção a saúde. De acordo com estes autores, a apropriação das ferramentas digitais no gerenciamento dos serviços de saúde permite a melhoria da comunicação entre usuários, profissionais e gestores, possibilitando o compartilhamento de informações e contribuindo positivamente para a melhoria da assistência.

Com o advento da internet móvel e as facilidades de acesso e conectividade oferecidas pelos *smartphones*, hoje é possível que médicos e gestores tenham acesso instantâneo a inúmeras informações dos pacientes. Deste modo, conforme Cybis e colaboradores (2010) surge um novo modelo de interação usuário/sistema: a interação móvel, no qual os usuários podem interagir entre si, por meio das plataformas digitais em qualquer lugar, a qualquer tempo.

Naturalmente, dentro da perspectiva da Saúde 2.0, tais processos interativos também vêm sendo incorporados à gestão do cuidado mediante utilização de uma série de Sistemas de Informação (SIs) e outras plataformas de comunicação. Com o propósito de otimizar a gestão da informação e da comunicação, descentralizando os processos e agilizando a tomada de decisão, é visível o crescimento da utilização de TICs no âmbito da saúde que se propõem a encurtar distâncias entre usuários, médicos e gestores.

De acordo com Barbosa, Faria e Pinto (2007), o êxito do modelo gerencialista de gestão pública depende em boa medida do uso estratégico de TICs, argumentando que, embora a ideia de governo eletrônico seja frequentemente associada ao uso de TICs para a entrega de serviços, os conceitos subjacentes incluem melhoria nos processos, aumento da eficiência, melhor governança, formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas.

Complementando este entendimento, Capuano (2008) afirma que de forma a impulsionar, efetivamente, a modernização dos serviços públicos e atender aos requisitos de seus usuários e da população em geral, o modelo gerencial deve buscar o fortalecimento do

¹ Este artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa realizada pela Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH/UFBA) aprovada em edital da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), dentro do Programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS) denominada: “Estratégias de regulação e barreiras de acesso aos leitos de UTI: estudo na Macrorregião Leste do Estado da Bahia”.

tripé composto por: a) conceitos de arquitetura da informação², b) experiências de gestão da informação, apoiada pelo uso intensivo de TICs, e c) gestão de pessoas (ou de capital intelectual), com foco na valorização do aprendizado dos membros de organizações do serviço público.

Entretanto, o que se verifica na realidade das organizações públicas brasileiras de uma forma geral, e nas prestadoras de serviços de saúde em particular, é uma ênfase de investimentos em TIC, mas não em conhecimento e capacitação, conservando-se os mesmos processos de trabalho e continuando as práticas, características de um estilo feudal de governança na gestão de dados, informação, conhecimento e TICs, no qual as organizações públicas se apropriam ou se distanciam das TICs em razão de necessidades próprias. Dessa forma, promove-se o desuso de certas ferramentas e apropriam-se de outras com base em critérios subjetivos. Isso não só compromete o aparato tecnológico proposto pelo Estado para atender às suas finalidades (CAPUANO, 2008) como induz a iniquidade do acesso aos serviços de saúde, inviabilizando a operacionalização dos princípios do SUS.

Os serviços de saúde representam um setor crucial da economia, no qual a produtividade, a eficiência e a qualidade são questões centrais (JBILOU et al., 2009). Neste sentido, devido a alta complexidade das organizações hospitalares e da necessidade de integrar informações advindas dos mais diversos departamentos, Gomes e colaboradores (2011) defendem a incorporação das TICs aos processos destas organizações como ferramentas gerenciais, uma vez que as tecnologias disponibilizam informações confiáveis e em tempo hábil para que as decisões sejam assertivas e oportunas.

De acordo com Jbilou e colaboradores (2009), a utilização das TICs nos serviços de saúde traz transformações gerenciais e assistenciais, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados não só por facilitar a comunicação, mas também por facilitar o acesso a informações diversas e a resultados de pesquisas. Estes autores observam que a utilização das TICs nos serviços de assistência está, em grande medida, relacionada a plataformas de telemedicina³, mas que essas tecnologias estão assumindo papéis cada vez mais importantes no suporte aos prestadores de atenção à saúde.

O trabalho realizado por Jbilou e colaboradores (2009) revela que a literatura em gestão analisa o fenômeno das TICs nos serviços de saúde basicamente nas seguintes perspectivas: a) econômica, sendo esta relacionada à produtividade e ao desempenho; b) tecnológica, na qual as abordagens concentram-se nas capacidades individuais e organizacionais; e c) inovação, na qual as TICs desafiam o processo tradicional de tomada de decisão, modificando o papel do gestor na organização, à medida que lhe é oferecida uma base de conhecimentos robusta para orientá-lo em suas atividades e decisões.

No que se refere à inovação, de acordo com Syvajarvi e Stenvall (2005), o uso das TICs têm impacto direto sobre o comportamento individual na organização, modificando práticas organizacionais tradicionais, motivando os indivíduos a revelararem suas próprias capacidades, estimulando assim, a capacidade inovadora da equipe como um todo.

Desse modo, a utilização intensiva de TICs nos serviços de saúde está diretamente ligada à promoção da inovação organizacional, bem como sua utilização pelos tomadores de decisão nesta área, está modificando o perfil destes agentes, aumentando o desempenho

² Ribeiro (2012) define Arquitetura da Informação como o conjunto de recursos utilizados não apenas para dispor o conteúdo de determinado SI da forma mais lógica e acessível possível, mas também para dar suporte a requisitos de segurança, conservação e restauração deste conteúdo.

³ Telemedicina é a convergência da medicina com as telecomunicações, cujos frutos são as ferramentas tecnológicas que permitem aos médicos o monitoramento constante dos pacientes, a partir de suas residências, sem a necessidade de deslocamento – muitas vezes contraindicado – até o hospital, bem como atuam tanto no auxílio ao diagnóstico, por meio de interconsultas com profissionais geograficamente distantes entre si, quanto como em apoio à medicina preventiva (BOLZANI, 2004).

organizacional e possibilitando o acesso imediato a informações de natureza diversa (JBILOU et al., 2009).

Há uma diferença entre o emprego das TICs nos serviços de saúde no âmbito dos serviços da atenção e da gestão administrativa. No primeiro caso, muito se discute na literatura sob o ponto de vista dos profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.), em contraponto a pouca investigação disponível direcionada à perspectiva dos gestores e tomadores de decisão e, menos ainda, quando se considera, nas abordagens, a confluências entre estes dois grupos (SPAGNOL, 2002; JBILOU et al., 2009). O emprego das TICs é entendido como decisivo para o desenvolvimento, adoção, implementação e difusão das inovações entre os gestores destas organizações (JBILOU et al., 2009).

No Brasil, buscando alinhar os serviços de saúde a este novo paradigma tecnológico, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) definiu a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) o que representa um grande marco na história da saúde pública, ao estabelecer as diretrizes para uma significativa reestruturação do setor.

A PNIIS tem o objetivo de integrar a agenda estratégica do Ministério da Saúde ao contexto internacional. Para tanto, recomenda a adoção de políticas e estratégias em comunicação e informação em saúde, no intuito de gerar novos processos e produtos, bem como de promover mudanças nos modelos de gestão organizacional. O foco da PNIIS recai sobre o uso e a disseminação das TICs entre os profissionais de saúde, com o objetivo de integrar os profissionais em torno da informação através da tecnologia da informação. Neste cenário, as TICs configuram-se como ferramentas capazes de modificar a organização do processo produtivo nas organizações hospitalares.

Os SIS em saúde brasileiros foram elaborados de forma a atender às necessidades imediatas de gestão ou geração de conhecimento do setor pelos órgãos centrais do Estado, embora ainda representem iniciativas isoladas que não viabilizam ações concretas para a tomada de decisão, principalmente pelo próprio Estado e pelos microníveis organizacionais. Muito embora esses sistemas sirvam de exemplos a outros países, na prática, ainda não correspondem às disposições legais, nem atendem às demandas de usuários, gestores, funcionários, pesquisadores e à rede de controle social.

O panorama brasileiro apresenta fragmentação na coleta de dados, que são obtidos, em grande medida, unicamente para atender às exigências legais dos órgãos financiadores ou da administração das organizações de saúde, sem uma vinculação à PNIIS, de forma a facilitar o planejamento e a tomada de decisão. As coletas e as transferências dos dados acontecem de forma exaustiva (quase manual), gerando retrabalho e descrédito dos usuários, não proporcionando, assim, efetividade na gestão da informação, e, conseqüentemente, não promovendo ações condizentes com a realidade dos serviços e as necessidades de usuários, profissionais e gestores (BRASIL, 2004).

Desta forma, considerando a Portaria nº 2.072 (BRASIL, 2011a), no mesmo dia 31 de agosto de 2011 foi publicada a Portaria nº 2.073 (BRASIL, 2011b), a qual regulamenta o uso de padrões de informação em saúde e de interoperabilidade entre os sistemas de informação do SUS, em níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e de saúde suplementar.

A referida Portaria entende que os padrões de interoperabilidade e de informação em saúde são:

[...] o conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que disciplinam o intercâmbio de informações entre os sistemas de saúde Municipais, Distrital, Estaduais e Federal, estabelecendo condições de interação com os entes federativos e a sociedade (BRASIL, 2011b, Art. 1º, § único).

A publicação destas Portarias (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b) se dá em momento oportuno, uma vez que se apresenta crescente a presença de questões relacionadas à dinâmica da troca e armazenagem de informações, por meio das TICS, na centralidade das discussões no âmbito da gestão em serviços de saúde. Uma vez que o contexto da informação e da comunicação em serviços de saúde indica que a fragmentação e a dispersão das informações são fortes limitações à integração dos processos, com sérias implicações na qualidade da assistência prestada, tais iniciativas revelam-se valiosas contribuições do poder público à padronização dos sistemas de coleta e difusão de informações.

Assim, são favorecidos não só os processos comunicacionais nestas organizações, e também entre elas, como principalmente a formação de um banco de dados único. Este, ao reunir informações diversas sobre os usuários, as terapias adotadas na assistência e as informações epidemiológicas e administrativas das unidades assistenciais, traçaria um perfil da saúde brasileira que permitiria a gestão mais eficiente de todo o sistema.

2 REGULAÇÃO DE LEITOS DE UTI

A regulação do acesso à assistência também é chamada de regulação de acesso ou de regulação assistencial (BRASIL, 2008). Em perspectiva ampliada, a regulação assistencial pode ser compreendida como “intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde [...]” (SANTOS; MERHY, 2006, p. 27). O Pacto pela Saúde define regulação assistencial como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles” (CONASS, 2007, p. 31). Esta definição permite compreender que o processo de regulação envolve conhecimento técnico, tanto em administração quanto no serviço de saúde prestado (SANTOS et al, 2008).

A operacionalização da regulação é estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Abrange a regulação médica, exercendo o profissional a autoridade sanitária para a garantia do acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Os complexos reguladores são formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação (BRASIL, 2008).

No desenho do sistema, os complexos reguladores contariam com uma série de ferramentas para operacionalizar esta mediação. Com relação à oferta, os principais instrumentos são o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Com relação à demanda, o principal instrumento seria o Cartão Nacional de Saúde. Todo o aparato de sistematização de informações, de estabelecimento de fluxos assistenciais, pactuação intergestores, planejamento da oferta e controle de qualidade colocam a regulação assistencial no centro de um movimento maior de reorganização do sistema de saúde. A efetivação da regulação assistencial depende do adequado funcionamento desse complexo arsenal de instrumentos de gestão.

Conforme Magalhães (2002 apud SANTOS; MERHY, 2006), em um sistema regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema. Dessa forma, na regulação do acesso por meio das centrais de regulação, restringe-se o direito de escolha do usuário e, em troca, é oferecida a promessa de garantia de acesso. No entanto, para alguns gestores, corre-se o risco de que a regulação assistencial transforme-se em apenas mais um mecanismo de racionalização do uso de recursos disponíveis, no lugar de contribuir para efetivar os princípios da integralidade e da equidade (IBANHES et al, 2007).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de natureza qualitativa e quantitativa. Este estudo se desenvolve na Macrorregião Leste do Estado da Bahia, cuja sede é Salvador. A Macro Leste é composta por quatro Microrregiões, cujos municípios sede são: Camaçari, Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus e Salvador. A Macro Leste foi selecionada para estudo por possuir a maior capacidade instalada de leitos de UTI do Estado da Bahia (64%) e por sediar a capital do estado, Salvador, onde historicamente concentra-se a maior demanda por acesso a leitos de UTI.

A Central Estadual de Regulação (CER) do Estado da Bahia foi implantada em fevereiro de 2003, como Projeto Piloto do Sistema Estadual de Urgências e Emergências, com o objetivo inicial de melhorar as emergências dos três hospitais gerais da rede própria, regular o paciente para os leitos do SUS nas unidades de retaguarda e garantir o acesso dos pacientes das Unidades de Pronto Atendimento.

Considera-se o universo deste estudo os 48 municípios que compõem a Macrorregião Leste. A amostra deste estudo é composta pelos municípios, classificados em: a) que possuem hospital com UTI; b) que possuem hospital sem UTI; c) não possuem hospital. Nos seis municípios que possuem hospitais com UTI foi selecionada uma amostra não aleatória de hospitais, considerando-se os seguintes critérios: a) Modelo de gestão; b) Número de leitos de UTI ofertados ao SUS; c) Distribuição geográfica na Macrorregião Leste.

Dentre os 33 municípios que possuem hospitais sem UTI selecionou-se uma amostra de conveniência, composta de cinco hospitais com modelos de gestão diferenciados, levando-se em conta a sua distribuição geográfica. Dos nove municípios que não possuem hospital a amostra é de 100%. O Quando 1 apresenta as características da amostra de Municípios/Hospitais pesquisados.

Quadro 1 - Caracterização da amostra de hospitais.

MUNICÍPIOS QUE POSSUEM HOSPITAIS COM LEITOS DE UTI			MUNICÍPIOS QUE POSSUEM HOSPITAIS SEM LEITOS DE UTI				MUNICÍPIOS SEM HOSPITAL
	Município	Modelo de Gestão		Município	Micro Região	Modelo de Gestão	
							Aratuípe
Hospital 1	Santo Antonio de Jesus	Adm. Direta	Hospital 11	Itaparica	Salvador	OS	Cabaceiras do Paraguaçu
Hospital 2	São Felix	Filantrópico					Dom Macedo
Hospital 3	Cruz das Almas	Adm. Direta	Hospital 12	Sapeaçu	Cruz das Almas	Adm. Direta	Governador Mangabeira
Hospital 4	Camaçari	Adm. Direta					
Hospital 5	Lauro de Freitas	Adm. Direta	Hospital 13	Conceição do Almeida	Santo Antônio de Jesus	Adm. Direta	Maragojipe
Hospital 6	Salvador	PPP					Muniz Ferreira
Hospital 7	Salvador	OS	Hospital 14	Amargosa	Santo Antônio de Jesus	Adm. Direta	Saubara
Hospital 8	Salvador	Filantrópico					Tancredo Neves
Hospital 9	Salvador	Adm. Direta	Hospital 15	São Miguel das Matas	Santo Antônio de Jesus	Privado (contratualizado com o Estado)	Varzedo
Hospital 10	Salvador	Adm. Direta					

Fonte: Projeto FAPESB (2014)

De forma a possibilitar um entendimento ainda mais fundamentado sobre o objeto de estudo, também compõem a amostra desta pesquisa as Secretarias Estadual e Municipais e a Central Estadual de Regulação (CER). Os sujeitos da pesquisa são: secretário estadual de saúde; secretários de saúde dos municípios que compõem a amostra (21 sujeitos) e profissionais dos hospitais. Em cada hospital estudado foram entrevistados: a) os diretores clínicos, b) coordenadores de UTI e c) técnicos de regulação (31 sujeitos). Na CER, foram entrevistados quatro sujeitos: a diretora geral do órgão, a coordenadora médica e dois técnicos. No total, foram entrevistados 56 sujeitos.

Os dados primários foram levantados mediante técnicas de observação direta, entrevista e aplicação de questionários aos técnicos de regulação, gestores de hospitais e Secretários de Saúde. Em função da diversidade da amostra, foram concebidos três instrumentos diferenciados, os quais foram aplicados junto aos grupos específicos de indivíduos, observando a natureza do envolvimento destes com o processo.

Os dados secundários foram coletados a partir de pesquisa documental, utilizando-se das seguintes fontes de dados: CNES, Política de Regulação (BRASIL, 2008), fluxos, protocolos, normas e rotinas.

Os dados foram analisados considerando-se as seguintes dimensões: barreiras e estratégias de acesso aos leitos de UTI; utilização e efetividade de ferramentas tecnológicas na

regulação de leitos de UTI. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, com apoio do software SPSS. Já os dados qualitativos foram tratados mediante de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2002), com o suporte do software NVIVO. Conforme propõem Unglert, Rosenberg e Junqueira (1987), as barreiras de acesso são categorizadas em geográficas, econômicas, culturais e funcionais. Neste trabalho as estratégias de regulação são categorizadas como técnicas (CER e protocolos), políticas e judiciais.

O desenvolvimento desta pesquisa considerou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos em saúde, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, a coleta foi autorizada mediante parecer número 666.477/14.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados considerando-se as seguintes dimensões: barreiras e estratégias de acesso aos leitos de UTI; utilização e efetividade de ferramentas tecnológicas na regulação de leitos de UTI.

4.1 Barreiras e estratégias de acesso aos leitos de UTI

O acesso aos leitos de UTI é considerado ruim ou péssimo por 48% dos entrevistados, sendo que destes, 84% consideram que os leitos disponíveis são insuficientes para atender às demandas locais. Coadunando com o levantamento inicial, o déficit de leitos de UTI na Macro Leste é indicado como causa preponderante deste cenário por 30% dos sujeitos (observando especificamente o grupo de gestores municipais, este índice é de 75%), indicando assim que esta é a principal barreira de acesso. Como outras barreiras de acesso estão: redes de relacionamentos determinando o acesso aos leitos (27%) e descumprimento do pactuado na PPI (22%).

A CER é a estratégia institucional de regulação, contudo consideram que é acionada quando há necessidade de um leito de UTI (59%). Apesar destas respostas e de todo o aparato tecnológico disponibilizado pelo governo para facilitar o gerenciamento destes leitos, as entrevistas revelam que o padrão único adotado pelos gestores para centralizar este processo nem sempre é observado. Em muitos casos as unidades prestadoras de serviços de saúde observam primeiramente suas demandas internas e requisições de terceiros, e só depois os leitos restantes são disponibilizados à CER:

A prioridade é oferecida aos pacientes que já estão internados na Emergência, que é a porta de entrada. Também acolhemos pedidos de colegas de municípios vizinhos [...]. A CER encaminha as demandas, mas precisamos observar se não há demandas internas e o perfil da vaga antes de aceitar ou não (Profissional de Regulação, Hospital 6).

Todos os dias informamos à CER o número de leitos disponíveis, mas sempre há divergência entre a central estadual e a municipal [...]. O médico plantonista é quem decide, e buscamos também sempre atender solicitações diretas de parceiros, pois muitas vezes também precisamos da ajuda deles (Coordenador UTI, Hospital 3).

Observa-se desde já que as relações de colaboração surgem como importantes variáveis no processo, uma vez que existe uma prática de regulação “solidária”, na qual gestores e médicos buscam compartilhar alternativas entre si, de forma a minimizar a escassez de leitos em seus territórios.

Dentre as barreiras de acesso categorizadas conforme a literatura, observa-se que as de natureza funcional são as que mais se destacam, estando estas fundamentalmente relacionadas à pouca quantidade de leitos de UTI ofertados ao SUS na região em relação à alta demanda, e também ao ambiente informacional fragmentado e esvaziado. É possível questionar se tais barreiras funcionais não têm origem em aspectos econômicos, uma vez que é de amplo conhecimento público a escassez de recursos financeiros disponibilizados ao SUS, e a iniquidade na distribuição destes no território nacional, levando à reduzida oferta de leitos de terapia intensiva.

4.2 Utilização e efetividade de ferramentas tecnológicas na regulação de leitos de UTI

A comunicação entre as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde com a CER é entendida como: conflituosa e com interferência de terceiros (42%); clara, com interferência de terceiros (28%) e clara e sem interferência de terceiros (17%). Assim, é possível inferir que terceiros interferem neste processo de comunicação, enfraquecendo os fluxos comunicacionais e plataformas tecnológicas institucionais.

No que se refere à forma como é processada a comunicação, consideram que esta tem facilitado a busca por leitos de UTI (21%); consideram que os processos comunicacionais e as ferramentas tecnológicas institucionais dificultam o trabalho de regulação (57%). Entretanto, para os profissionais da CER, os processos comunicacionais e as ferramentas tecnológicas institucionais dificultam o trabalho de regulação (87%). Isso significa que os próprios profissionais da CER entendem os processos comunicacionais como dificultadores do seu trabalho, sem observar os determinantes das dificuldades.

As tecnologias de comunicação utilizadas e mais citadas foram o telefone, fax, e-mail e o *SuremWeb*. Entretanto, 43% dos entrevistados admitem o uso do aplicativo *WhatsApp* nos processos de comunicação para esta finalidade. A justificativa da celeridade proporcionada pelo *WhatsApp* foi apresentada por 100% dos gestores municipais.

A efetividade foi medida pelo Tempo Médio de Espera para transferência de um paciente para um leito de UTI e, no que se refere a este indicador, tem-se que é de até três dias (33%); pode chegar a até oito dias (25%). Isso revela a falta de efetividade das ferramentas tecnológicas na regulação de leitos de UTI e seus efeitos, pois tal demora pode levar o usuário a óbito, e o receio de perder o paciente é indicado como o determinante da busca de leitos por meios paralelos de regulação:

Muitas vezes, o médico tem medo de perder o paciente. Sabemos da dificuldade do acesso às vagas (em UTI) [...] mas o médico é treinado para salvar vidas. Acredito que esse seja o fator mais importante nessa discussão (regulação paralela), pois o processo é muito burocrático e demorado, então temos que usar de todas as formas possíveis para garantir a internação dos pacientes (Técnico de Regulação, Hospital 14).

Os relatos dão conta da existência de grupos neste aplicativo, nos quais gestores municipais e de hospitais trocam informações sobre pacientes e leitos disponíveis. Para uma das secretárias de saúde entrevistadas “esta é a melhor ferramenta de regulação que existe”.

No que diz respeito ao principal veículo de informação utilizado por médicos e gestores para conhecimento sobre o uso dos leitos de UTI, tem-se o banco de dados da CER (81%). Afirmam que o uso de TICs para fins de regulação facilita a comunicação, proporcionando agilidade ao processo (73%). Entretanto, reconhece-se que as ferramentas tecnológicas institucionais apresentam baixa efetividade, uma vez que nem sempre os leitos disponíveis exibidos pelo *SuremWeb* estão, de fato, vagos. Esta assimetria se deve, de acordo

com os entrevistados, ao fato de parte dos leitos serem regulados por meios paralelos, tendo a ocupação lançada no sistema apenas após a internação do paciente, o que leva a um viés nas informações, dificultando o processo regulatório institucional.

Diante deste cenário, as estratégias de regulação adotadas pelos gestores e médicos indicam que as redes de contatos pessoais são a alternativa mais viável para se conseguir a internação de pacientes em UTI. Para os entrevistados, não basta apenas “[...] rezar e ter paciência” (Secretário Municipal de Saúde X). De acordo com os sujeitos, é necessário buscar meios relacionais para obter acesso aos leitos: “Tentar articular com colegas nos hospitais da região e atuar junto à CER para informação e negociação” (Secretário Municipal de Saúde Y), “É necessário buscar leitos extraoficialmente, através de conhecidos em outras cidades” (Técnico de Regulação, Hospital 14), “[...] em último caso, fazemos pedido político a um deputado para intervenção” (Secretário Municipal de Saúde Z). Isso revela a presença de interferências de natureza política junto ao processo, evidenciando uso de práticas patrimonialistas pelos agentes públicos e a existência de relações de troca de favores e interesses, numa situação em que o usuário tem o direito à saúde constitucionalmente assegurado, mas de fato, quando está entre a vida e a morte, a sua condição é moeda de troca entre agentes do poder executivo e legislativo.

A interoperabilidade e o redesenho dos sistemas oficiais são indicados pelos sujeitos como alternativas ao cenário de fragmentação das informações e de utilização de tecnologias paralelas de regulação, conforme:

São muitos sistemas, e a estrutura (da secretaria) é pequena, uma só tem pessoa tem que dar conta de tudo às vezes o trabalho se perde mesmo [...] por isso o *WhatsApp* é mais fácil, ele acompanha a gente. Acho que você devia poder alimentar um sistema só com as todas as informações, facilitaria muito [...] (Secretária de Saúde W).

Nem sempre o profissional tem intimidade com tecnologia [...] é necessário treinamento [...]. Às vezes o ambiente é complexo, talvez os sistemas pudessem ser mais simples, aproximaria esse profissional [...] eu acho que isso também favorece o uso de *WhatsApp*, que é uma coisa muito comum (Secretário de Saúde S).

Entretanto, ainda que com ampla adesão, existem gestores e profissionais de saúde que discordam dessa prática e são resistentes ao uso de tecnologias não oficiais. Para esses indivíduos, a regulação paralela penaliza o usuário e favorece a ocorrência de ações judiciais, conforme exemplificam:

É algo que não deveria acontecer (uso de *WhatsApp*). Sou contra, não só porque trabalho na regulação, mas porque eu acho que isso acaba prejudicando os pacientes mais do que ajudando, já que existe um critério de priorização [...]. Então pacientes que são mais crônicos ou que têm melhores perspectivas de cura acabam não se internando porque alguém furou a fila (Coordenadora de Regulação, CER).

Eu sei que é bem comum, mas nunca usei (*WhatsApp*). Primeiro porque fere a ética médica [...], aí depois o sujeito não consegue vaga e acaba indo pra justiça. Como não sabe como funciona o sistema, muitas vezes acaba acionando o Hospital, o que nos causa todo um transtorno porque quando chega a liminar, a sentença do juiz é sempre “cumpra-se” [...] e você tem que criar uma vaga (Coordenador de UTI, Hospital 7).

Diante do exposto, é possível afirmar que a adoção de meios paralelos de regulação, notadamente representados pelo uso de uma TIC não oficial (*WhatsApp*), embora favoreça o acesso dos usuários aos escassos leitos de UTI, oferece risco ao processo institucional de regulação normatizado pelo SUS, à medida que possibilita que os leitos disponíveis sejam regulados por critérios clientelistas e fora do controle institucionalizado – a quem cabe a

gestão dos leitos públicos de terapia intensiva. Desse modo, entende-se que a interação via WhatsApp para fins de regulação oferece tanto aspectos facilitadores quanto dificultadores (muitas vezes impeditivos) a este processo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário apresentado revela que, na região estudada, a incorporação de TICs alheias ao processo oficial de regulação de leitos de UTI é uma realidade no cotidiano de médicos e gestores do sistema público de saúde. Entende-se que a alta demanda e a escassez de leitos são fatores que propiciam a burla do sistema oficial, entretanto existem também aspectos de natureza política e relacional que contribuem para o uso de meios paralelos de regulação.

Em que pese a existência da PNIIS e de instrumentos institucionais de planejamento, avaliação e regulação como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Programação Pactuada e Integrada (PPI); o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), Cartão Nacional de Saúde, Centrais Estaduais de Regulação (CER), fluxos e e protocolos, observa-se que a existência de mecanismos paralelos de regulação, que para uns é a solução e para outros serve para desorganizar ainda mais o Sistema Único de Saúde, perpetuando práticas patrimonialistas e clientelistas, características do Estado Burocrático, duramente criticadas e incorporadas às novas TICs no cerne do Estado Gerencial.

No que se refere às barreiras de acesso, observa-se que o sistema oficial de regulação da CER (*SuremWeb*) mostra-se pouco efetivo em razão da complexidade do processo oficial, o que leva os profissionais a buscarem meios paralelos de regulação visando à celeridade no trâmite e à garantia do acesso.

Observam-se que as barreiras funcionais e econômicas estão relacionadas. Estudos futuros poderiam observar especificamente este fenômeno, buscando maior compreensão sobre os impactos da falta de recursos financeiros na gestão dos leitos públicos de UTI no Brasil.

Desse modo, questiona-se se os benefícios sugeridos pela proposta inovadora e interativa da Saúde 2.0 têm aderência à realidade da utilização das TICs nos serviços de saúde brasileiros, observando os princípios de Equidade e Integralidade no acesso aos serviços, uma vez que a apropriação de TICs não oficiais representa claro enfraquecimento do poder do governo de atuar na gestão dos leitos e contribui para um acesso pouco equitativo. O descompasso entre a evolução das TICs oficiais e as de ampla utilização pela sociedade civil revela um hiato que favorece os meios paralelos de regulação, à medida que as tecnologias institucionais não acompanham as demandas dos usuários em termos de mobilidade e interatividade – que se revelam cruciais na gestão da terapia intensiva.

Em relação às estratégias de regulação, embora se observe que a judicialização é o caminho adotado em último caso, notadamente os sujeitos recorrem a táticas relacionais para garantir o acesso aos leitos de UTI de forma corriqueira, e que o *WhatsApp* surge como ferramenta de ativação da rede de relacionamentos e de articulação entre os sujeitos. Nesse sentido, entende-se que ao mesmo tempo em que este aplicativo se apresenta como uma estratégia para a viabilização dos internamentos, representa também uma barreira ao acesso equitativo dos cidadãos, uma vez que oferece a possibilidade de regulação por meio de critérios que desfavorecem pacientes elegíveis aos leitos mediante critérios técnicos de alocação.

Portanto, em uma perspectiva ampliada, espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para uma reflexão sobre a efetividade dos sistemas e processos oficiais de regulação de leitos de UTI, assim como para possíveis inovações nos mesmos, que podem

considerar a adoção de dispositivos móveis para fins de regulação. Da mesma forma, pretende-se contribuir para o fortalecimento das políticas públicas de acesso aos serviços de saúde e para a promoção da Equidade e da Integralidade no acesso aos serviços de saúde, preservando o Estado Gerencial do clientelismo e do fisiologismo que contribuíram para o esgotamento do modelo burocrático de administração pública.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Arnaldo P. (2004), Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *Jornal de Pediatria*, 80(6), 437-438.
- BARBOSA, Alexandre F.; FARIA, Fernando I. e PINTO, Solon L. (2007), Governança eletrônica no setor público. IN: *E-desenvolvimento no Brasil e no mundo: subsídios e programa e-Brasil*, pp. 512-537. São Caetano do Sul: Yendis.
- BARDIN, L. (2004), *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- BOLZANI, C. A. M. (2004), *Residências Inteligentes: um curso de domótica*. São Paulo: Editora Livraria da Física.
- BRASIL (2008), Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF.
- ____ (2011), Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS): proposta versão 2.0, inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF.
- ____ (2011a), Ministério da Saúde. Portaria 2072: Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF.
- ____ (2011b), Ministério da Saúde. Portaria 2073: Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília, DF.
- CAPUANO, Ethel A. (2008), Construtos para modelagem de organizações fundamentadas na informação e no conhecimento no serviço público brasileiro. *Brasília. Rev. Ci. Inf.*, 37(3), 18-37.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS) (2007), *Regulação em Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS*. Brasília: Conass.
- CYBIS, W.; BETIOL, A. e FAUST, R. (2010), *Ergonomia e Usabilidade: conhecimentos, métodos e aplicações*. São Paulo: Novatec.
- IBANHES, Lauro C. et al. (2007), Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 575-584.
- JBILOU, J. et al. (2009), Combining Communication Technology Utilization and Organizational Innovation: Evidence from Canadian Healthcare Decision Makers. *J Med Syst.*, 33(1), 275-286.
- RIBEIRO, Claudio J. S. (2012), Serviços para gestão documental com uso de abordagem SOA (arquitetura orientada a serviços). *João Pessoa. Informação & Sociedade: Estudos*. 22(3), 152 – 162.
- ROCCO, José R.; SOARES, Marcio e GAGO, Maria de F. (2006), Pacientes Clínicos Referenciados, mas não Internados na Unidade de Terapia Intensiva: Prevalência, Características Clínicas e Prognóstico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(2), 114-120.



SANTOS, Fausto P. e MERHY, Emerson E. (2006), A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. Botucatu. Interface, 10(19), 25-41.

SANTOS, J. S. et al. (2008), Protocolo clínico e de regulação para o tratamento de icterícia no adulto e idoso: subsídio para as redes assistenciais e o complexo regulador. Acta Cir. Bras., 23(1.1), 133-142. Scielo database [22 jun 2013].

SPAGNOL, C. A. (2002), Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. Porto Alegre. Revista Gaúcha de Enfermagem, 23(1), 114-131.

SUNDBO, J. e GALLOUJ, F. (2000), Innovation as a loosely coupled system in services. International Journal of Services Technology and Management, 1(1), 15-36.

SYVAJARVI, A. e STENVALL, J. (2005), The impact of information technology on human capacity, interprofessional practice and management. Probl. Perspectives Manag., 1(3), 82-95.

UNGLERT, Carmen V. S; ROSENBERG, Cornélio P. e JUNQUEIRA, Claudette B. (1987), Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. São Paulo. Rev. Saúde Pública, 21(4), 39-46.

VAN DE BELT, T. H. et al. (2010), Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. J Med Internet Res., 2(2).