

REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SUS

EXPERIÊNCIA DE UMA REGIÃO DE SAÚDE
REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS EM SÃO PAULO

**Domenico Feliciello
Juliana Pasti Villalba
(Organizadores)**

Núcleo de Estudos em Políticas Públicas da Unicamp
Agência Metropolitana de Campinas



Coordenação NEPP / UNICAMP
Carmen Cecília de Campos Lavras

Organização Geral
Domenico Feliciello
Juliana Pasti Villalba

Pesquisadores
Carmen Tella
Domenico Feliciello
Juliana Pasti Villalba
Kátia Santos Araújo

CIP – Brasil – Catalogação na fonte

Regulação da saúde no SUS / Organizadores Domenico Feliciello,
Juliana Pasti Villalba. - Campinas, SP: UNICAMP/NEPP/
AGEMCAP, 2016
165 p.

ISBN 978-85-65275-02-6

Regulação em saúde. 2. Política de regulação. 3. Complexo
Regulador. 4. Instrumentos de Regulação. I. Feliciello,
Domenico (Org.) II. Villalba, Juliana Pasti (Org.)

SUMÁRIO

Apresentação	03
Regulação em Saúde no Brasil: uma reflexão acerca desse processo. Domenico Feliciello e Juliana Pasti Villalba	06
Evolução da Regulação no Sistema Único de Saúde Domenico Feliciello	23
As Centrais de Regulação do Acesso em Âmbito Regional e Estadual em São Paulo Domenico Feliciello, Carmen Tella e Kátia Santos Araújo	68
Regulação em Saúde na Região Metropolitana de Campinas Domenico Feliciello, Carmen Tella e Kátia Santos Araújo	90
Construção de Instrumentos como Modelo de Suporte à Elaboração da Programação Regional de Atenção à Saúde Domenico Feliciello e Juliana Pasti Villalba	106
Avaliação Preliminar da Experiência de Apoio à Organização das Ações de Regulação em Saúde na Região de Saúde da RMC – SP Domenico Feliciello e Juliana Pasti Villalba	128

APRESENTAÇÃO

Neste volume estão expostos, através de artigos e textos, conjuntos de informações, reflexões e avaliações elaborados no âmbito do Projeto: Organização das Ações de Regulação em Saúde na Região Metropolitana de Campinas (RMC); que se constituiu em uma das prioridades eleitas quando da elaboração do Plano Metropolitano de Saúde da RMC em 2009.

Esse plano foi resultante de um conjunto de análises e diagnósticos do setor saúde na região, por demanda dos gestores municipais de saúde, sendo elaborado pela Câmara Temática de Saúde do Conselho de Desenvolvimento Metropolitano da RMC, com o apoio dos pesquisadores do NEPP UNICAMP, na perspectiva de Organização de Redes de Atenção à Saúde na região.

Para o desenvolvimento do Projeto de Organização das Ações de Regulação em Saúde foi elaborado inicialmente um estudo e sistematização sobre o assunto e, realizada oficina de trabalho com a referida Câmara Temática de Saúde da RMC, com objetivo de realizar o alinhamento conceitual dos gestores, bem como definir que modelo de regulação em saúde buscava-se, considerando a legislação do SUS sobre o assunto, a finalidade de ofertar ações de saúde contínuas, permanentes, de acesso universal e de caráter integral, de acordo com as necessidades reais de saúde de uma comunidade, bem como as experiências em curso nos 19 municípios da região.

No decorrer desta discussão inicial, concluiu-se pela necessidade em organizar Complexos Reguladores municipais e regionais, integrando os processos de planejamento, contratualização, regulação, monitoramento, avaliação e auditoria de serviços de saúde, com as ações de regulação do acesso propriamente ditas. Esta opção orientou tanto o Diagnóstico da área de Regulação em Saúde na RMC, quanto o desenho de estratégias de enfrentamento das fragilidades e obstáculos identificados e, as ações de melhoria e reorganização das ações nas SMS e no DRS Campinas.

Nesta perspectiva o primeiro artigo apresentado a seguir, Regulação em Saúde no Brasil: uma Reflexão Acerca desse Processo, traduz as questões conceituais discutidas à época, assim como demonstra a complexidade do assunto que não pode ser resumido apenas à regulação do acesso à

procedimentos para os usuários de um Sistema Público de Saúde, devendo ser abordada de modo mais amplo, considerando os inúmeros elementos que influenciam na organização e prestação de serviços de saúde. Neste contexto refletiu-se sobre as dificuldades vividas pelos usuários dos serviços de saúde, para se orientarem na busca das ações mais adequadas para seus problemas de saúde, assim como nos obstáculos e gargalos existentes.

No segundo capítulo, Evolução da Regulação no Sistema Único de Saúde, objetivou-se sistematizar a progresso da legislação, dos planos e das ações de regulação no sistema público de saúde no Brasil, visando detectar seu sentido, os avanços e as fragilidades e, detectar os principais entraves e desafios a serem enfrentados de modo mais sistêmico. Foi possível perceber como as legislações e as ações propostas e implementadas no SUS levaram a implantação de ações isoladas e pouco efetivas, uma vez que não consideraram a necessidade de qualificação dos gestores de saúde, e nem os complexos desafios presentes na organização de Redes de Atenção à Saúde.

Na sequência, em As Centrais de Regulação do Acesso em Âmbito Regional e Estadual em São Paulo, buscou-se caracterizar a evolução e organização dos Complexos Reguladores na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e no Departamento Regional de Saúde de Campinas, focando os progressos, as limitações e os desafios presentes, refletindo as fragilidades do próprio SUS Estadual e, que repercutem diretamente na Região de Saúde da RMC.

O quarto capítulo, Regulação em Saúde na Região Metropolitana de Campinas, expõe de forma sintética o extenso diagnóstico realizado nos 19 municípios da região, em 2012, quando foram avaliados processos, estruturas e atividades de regulação em saúde das Secretarias Municipais de Saúde, como base para a definição de um plano de ação visando sua qualificação. Ressaltam-se as fragilidades apresentadas pelos gestores municipais de saúde, no que se refere à regulação em saúde e, como elas se caracterizam.

Finalmente, em Construção de Instrumentos como Modelo de Suporte à Elaboração da Programação Regional de Atenção à Saúde pretendeu-se relatar parte da experiência desenvolvida na implantação do plano de ação para organização das Ações de Regulação em Saúde, focalizando especialmente a construção e implantação de instrumentos de suporte ao processo de levantamento das necessidades de saúde das comunidades municipais, que se constitui em elemento fundamental para a oferta de

ações de saúde e a organização dos serviços. Além disso, o conhecimento dessas necessidades deve balizar a contratualização de ações, o acompanhamento e a avaliação da oferta de serviços, bem como dos avanços obtidos no que se refere à melhoria das condições de saúde. Nessa experiência foi possível conhecer de forma aprofundada as questões envolvidas com a fraca organização dos gestores municipais de saúde, que impedem avanços mais efetivos da regulação em saúde e da própria assistência à saúde.

Por fim, ressalta-se que no conjunto os artigos e textos buscam integrar diferentes visões sobre a organização e gestão do SUS, nos três níveis governamentais, tendo como fio condutor os processos de organização das ações de regulação em saúde, o que possibilitou observar diversas limitações e fragilidades que não podem ser equacionadas apenas com normas mais adequadas ou mais recursos, uma vez que dizem respeito principalmente ao monitoramento, avaliação e qualificação dos técnicos, das equipes de saúde e dos processos gerenciais e assistenciais em saúde, que requerem estratégias adequadas, mais complexas e de longo prazo.

REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

UMA REFLEXÃO ACERCA DESSE PROCESSO.

HEALTH REGULATION IN BRAZIL

A REFLECTION ABOUT THIS PROCESS.

Domenico Feliciello

Juliana Pasti Villalba

RESUMO

O presente artigo objetiva realizar uma reflexão de como os diversos elementos que caracterizam as formas de organização da sociedade brasileira e o processo de implantação do Sistema Único de Saúde influenciam na criação de inadequações, presentes tanto na formulação de políticas públicas de regulação em saúde, assim como na sua implantação. Na medida em que as fragilidades estruturais e conjunturais existentes não possuem um equacionamento adequado, no âmbito dessas políticas, resultam ações de regulação em saúde extremamente desarticuladas e pouco efetivas, principalmente do ponto de vista dos cuidados de saúde aos cidadãos usuários do Sistema Público de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde. Regulação em Saúde. Reforma do Estado.

ABSTRACT

This article aims reflect how the various elements characterizing the forms of organization of Brazilian society and the process of implementation of the Public Health System influence in creating inadequacies presents both in the formulation of public policies of health regulation, as well as in its implementation. Since the existing structural and cyclical fragilities do not have an appropriate equation, under such policies, the actions of healthcare regulation are characterized as extremely disarticulated and ineffective, especially from the point of view of health care to citizens users of the Public Health System.

KEYWORDS: Health Policy. Health Regulation. State Reform.

INTRODUÇÃO

As concepções sobre regulação possuem origem e entendimentos variados, entretanto no que se refere a sua aplicação, no período mais recente das sociedades ocidentais, especialmente como uma função do Estado Moderno, podem ser identificados alguns elementos centrais para sua abordagem.

Di Pietro (2009.p.20) salienta que, as ideias básicas para definir a atividade de regulação, originadas primordialmente na área econômica, incluem três elementos:

- a) estabelecimento de regras de condutas, característica presente em todos os conceitos; b) controle da atividade privada pelo Estado, que equivale à ideia de polícia administrativa; e, c) finalidade pública, que seria de estabelecer o funcionamento equilibrado do mercado.

Além da regulação econômica, entendida como atividade econômica tanto pública quanto privada, a regulação pode ocorrer com relação a serviços prestados nas áreas sociais e, neste sentido além dos elementos acima assinalados, deve-se ampliar a finalidade da regulação incorporando a proteção do interesse público e dos usuários dos serviços públicos exclusivos e não exclusivos do Estado. Desta forma, segundo Di Pietro (2009, p.20), é possível sintetizar uma definição segundo a qual “a regulação constitui-se como um conjunto de regras de conduta e de controle da atividade econômica pública e privada e das atividades sociais não exclusivas do Estado, com a finalidade de proteger o interesse público”.

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a regulação em saúde passa a figurar como um dos seus elementos constitutivos, junto com a avaliação, o controle e a auditoria, podendo ser detectada em todo o arcabouço jurídico do sistema. Com a Lei 8080/90, a regulação é definida como atribuição comum das três esferas de governo, estabelecendo ainda a cooperação técnica entre os três gestores públicos (BRASIL, 1990). Posteriormente a legislação de suporte à implantação do SUS - Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991 a 1996, Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002 e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde - define com maiores detalhes as competências de cada esfera de

governo, bem como os instrumentos e processos de apoio à regulação em saúde, culminando com a Portaria GM Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; BRASIL, 2008).

Com a NOAS / 2002, os diferentes níveis gestores do SUS passam a implantar experiências de Regulação em Saúde, especialmente no que se refere à Regulação do Acesso, buscando prover o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, visando à atenção integral (BRASIL, 2002).

Entretanto, para Feliciello e alguns colaboradores (2012) estas experiências mostraram-se, na maioria das vezes, incipientes e pouco efetivas devido a um conjunto de fragilidades e inadequações, que se referem à legislação, processos e instrumentos e, principalmente, à ausência de mecanismos maduros de regulação sistêmica.

Com o avanço da regionalização estes desajustes mostram-se limitantes para a organização de Redes de Atenção à Saúde, para o processo de regionalização cooperativa e, principalmente para garantir um cuidado contínuo e de qualidade aos usuários do SUS (FELICIELLO; TELLA; ARAUJO, 2012).

Assim, visando lançar luz sobre esses questionamentos, este artigo teve como objetivo fazer uma reflexão do processo de regulação em saúde no Brasil a partir de publicações e documentos oficiais, focando especialmente a complexidade do processo de regulação em saúde e as políticas nacionais para esta área.

I. REGULAÇÃO E REFORMA DO ESTADO

Historicamente no Brasil ações de regulação econômica são detectadas desde a Primeira República através da regulação da produção de café, posteriormente estendida a diversos outros setores, principalmente a partir de 1930 incluindo: Correios e Telégrafos, Açúcar e Alcool; Petróleo, Energia Elétrica, Siderurgia, entre inúmeros outros. Nas décadas seguintes a criação e a diferenciação institucionais de órgãos com funções reguladoras continuaram chegando aos dias atuais (RAMALHO, 2009).

A partir da década de 1990, com a aprovação da nova Constituição de 1988, é possível detectar uma onda de reformas com a criação de novas estruturas e contornos na regulação estatal da economia e de setores sociais. Neste período além da intensificação da discussão sobre o papel do Estado Regulador criam-se as Organizações Sociais (OS) e as Agências Reguladoras, estas últimas configurando-se como autarquias com maior independência e autonomia (BRASIL, 1988).

No que se refere ao Estado Regulador buscou-se uma nova forma de atuação estatal a partir do processo de privatização que permitiu também a oferta de serviços públicos por empresas não estatais

possibilitando a concessão à iniciativa privada de diversos ‘monopólios naturais’, ou ‘quase monopólios’ que antes se encontravam sob a égide das empresas estatais (...) dos mercados de gás canalizado; água; transportes aéreo, aquático e terrestre; telecomunicações; e petróleo e gás natural (BRASIL, 2003, p. 10).

Nesta perspectiva buscava-se, à época, solucionar a “crise do Estado” entendida como decorrente do tamanho do estado, do descontrole fiscal, da redução das taxas de crescimento econômico, do desemprego e dos elevados índices de inflação. O plano apresentado pelo governo visava, entre várias propostas, substituir a administração pública burocrática por uma administração pública gerencial mais flexível e eficiente e, voltada para atendimento ao cidadão. Para tanto, o plano propôs limitar a ação estatal às funções que lhe seriam próprias, como as funções estratégicas e exclusivas,

que abrangeriam: as ações do judiciário, legislativo, ministério público, a Presidência e a cúpula dos Ministérios; e, as atividades de regulamentação, fiscalização, segurança pública e social, entre outras.

As demais atividades estatais, compreendendo a produção de serviços públicos exclusivos voltados para o mercado e, os serviços públicos não exclusivos prestados na área social seriam tratados de forma diferenciada. Os primeiros, por se tratarem de concessão, permissão ou autorização a empresas privadas (energia elétrica, telecomunicação, transportes, etc.) seriam privatizados e submetidos à regulação econômica estatal através de agências reguladoras (RAMALHO, 2009).

No segundo caso, foi proposta a publicização destes serviços sociais não exclusivos através da criação de novas formas institucionais, as OS, que se caracterizam como:

uma qualificação que certas entidades de direito privado (fundações ou associações) podem receber do Estado para desempenhar uma certa atividade não exclusiva de Estado (quer esta tenha sido ou não transferida de uma organização estatal) mediante o estabelecimento de uma parceria, a ser regulada por intermédio de um contrato de gestão, entre Estado e sociedade civil (MARTINS, 1998, p. 9).

Além disso, foram criadas as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e também Agências Reguladoras visando garantir o interesse público nestas atividades estatais não exclusivas.

Em resumo, para a implantação da reforma do Estado da década de 1990 foram criados organismos para normatizar, aplicar normas regulamentares e contratuais, fiscalizar os serviços concedidos e decidir conflitos, através da criação de agências reguladoras, além de novas organizações que passariam a ofertar e gerenciar serviços públicos não exclusivos do estado.

É preciso ainda considerar que a nova Constituição de 1988 criou um modelo federativo cooperativo, segundo o qual os três entes - União, Estados e Municípios - possuem assegurado o mesmo grau de autonomia, requerendo mecanismos de coordenação adequados.

Além disso, o modelo federativo brasileiro demanda o equacionamento de

grandes desafios como: a constituição de um sólido pacto nacional, o ataque às desigualdades regionais, a criação de um ambiente contrário à competição predatória entre os entes governamentais, a montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional e a democratização dos governos locais (ABRUCIO, 2002; ABRUCIO, 2010).

Por outro lado, o modelo federativo implantado apresenta graves distorções como: o federalismo compartimentalizado; o padrão de colaboração não cooperativa entre os estados e desses com o governo federal; a lógica da carreira política e os caciques regionais para drenagem de recursos às suas regiões; a estrutura tributária baseada em transferências intergovernamentais; a falta de equacionamento de mecanismos adequados à metropolitização; o municipalismo autárquico; entre outros (ABRUCIO, 2002).

Nesse contexto se insere um conjunto de ações que ocorrem no âmbito do SUS, abrangendo inicialmente os processos de descentralização, municipalização e regionalização do sistema público de saúde, implantados pela Lei Orgânica da Saúde, as NOB/1991 a 1996, a NOAS / 2002, o Pacto pela Saúde de 2006 e, o atual Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que buscaram aprofundar a regionalização solidária e cooperativa entre os entes federativos (BRASIL, 1990; BRASIL, 1996; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011), além de estabelecer os processos da regulação no sistema público de saúde.

Além disso, visando o aprofundamento do caráter regulador do Estado Brasileiro foram criadas inúmeras OS e OSCIP como auxiliares na prestação e gestão de serviços de saúde, nas diferentes esferas de governo (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008; GERSCHMAN, 2012).

No que tange à regulação mais ampla do setor da saúde, foram instaladas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e a Agência Nacional de Saúde (ANS) com atuação junto ao setor de planos privados de saúde.

Nesses movimentos a legislação sobre a regulação da saúde será mais bem definida no que se refere às responsabilidades e competências de cada nível

de governo, bem como no que diz respeito aos processos e instrumentos necessários para seu efetivo funcionamento.

Entretanto, como será discutida, a seguir, a regulação do setor saúde caminhou de forma fragmentada nos âmbitos público e privado e, refletindo o conjunto de inadequações resultantes do modelo federativo implementado, não se conseguindo implantar um projeto integrado, consistente e efetivo, devido principalmente às características dos órgãos gestores e da legislação em saúde.

II. REGULAÇÃO E AS ESPECIFICIDADES DO SETOR SAÚDE

Apesar de o setor saúde poder ser focado do ponto de vista de um mercado econômico, o fato de a saúde ser considerada um direito, e muitas vezes um dever do Estado, em inúmeras sociedades ocidentais, levou ao surgimento de sistemas públicos de saúde ao lado de mercados privados, elevando a complexidade de regulação do setor.

Segundo o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2008), a regulação é uma intervenção do governo, por meio de regras, leis e normas no mercado de prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde, que visa:

- Mercados eficientes, boa governança e assegurar o Estado de Direito;
- Manter e aumentar a proteção regulatória, para corrigir falhas de mercado;
- Beneficiar os consumidores quanto à qualidade, escolha, custos e preços;
- Demarcar os mercados para o setor privado; e,

- Melhorar a transparência e a responsabilização e, aumentar a confiança no governo.

No entanto, considerando os sistemas públicos de saúde os fatores que justificam a necessidade de regulação estatal no setor estariam relacionados a:

- Organizar um modelo de atenção à saúde que seja mais eficiente e resolutivo;
- Planejar a oferta de bens e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população e não em função de interesses individuais ou pressões de determinados grupos e provedores de serviços;
- Garantir padrões de qualidade dos serviços prestados à população;
- Corrigir ou atenuar as falhas de mercado na produção e distribuição de bens e serviços de saúde, garantindo o acesso do usuário às ações mais adequadas às suas necessidades;
- Equacionar e resolver problemas do uso inadequado de exames, insumos e medicamentos, ou da introdução de novas tecnologias sem critério no sistema de saúde.

Neste aspecto, a regulação do setor saúde compreende ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção e distribuição de bens e serviços de saúde, tendo como alvo um conjunto de elementos complexos que inclui, principalmente:

- Exercício das profissões de saúde;
- Atuação dos estabelecimentos de saúde;
- Condições de trabalho e ambientes relativos ao setor saúde;
- Oferta e demanda por serviços;
- Relações contratuais;

- Controle e avaliação dos custos e gastos com saúde;
- Qualidade da atenção;
- Fluxos de atendimento;
- Produção, venda, incorporação e uso de insumos, medicamentos e outras tecnologias de saúde.

Assim, a regulação em saúde envolve um conjunto de sujeitos sociais como órgãos do Estado, segmentos do complexo produtivo da saúde, associações profissionais, usuários organizados, entidades de defesa do consumidor, entre outros.

Ou seja, a regulação em saúde para que seja efetiva deve não só focar as relações econômicas e de mercado, mas também as políticas setoriais formuladas e implementadas, as formas de financiamento, a organização de serviços de saúde, a organização e oferta de práticas profissionais, o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação, e o acesso aos serviços.

Analizando estes aspectos, é possível avaliar que a regulação em saúde no Brasil vem sendo organizada de modo pulverizado levando à emergência de um conjunto de organismos e instituições que focam partes destes objetos da regulação, acarretando muitas vezes equívocos e falhas dada a ausência de uma visão mais ampla e integradora. A figura a seguir (figura 1) demonstra parte das inúmeras relações e ações regulatórias existentes no setor saúde no Brasil e os numerosos órgãos e atores envolvidos.

Nessa ilustração buscou-se indicar a existência de vários mecanismos reguladores no campo da saúde que incidem sobre profissionais, prestadores, seguradoras, complexos industriais e usuários, e que são realizados por diferentes órgãos, como os gestores das três esferas de governo (Governo), ANS, ANVISA e os Conselhos Profissionais, no âmbito do Sistema Público de Saúde (SUS) e da Medicina Complementar (privada). As relações demarcadas por linhas pontilhadas indicam a ausência de ações regulatórias.

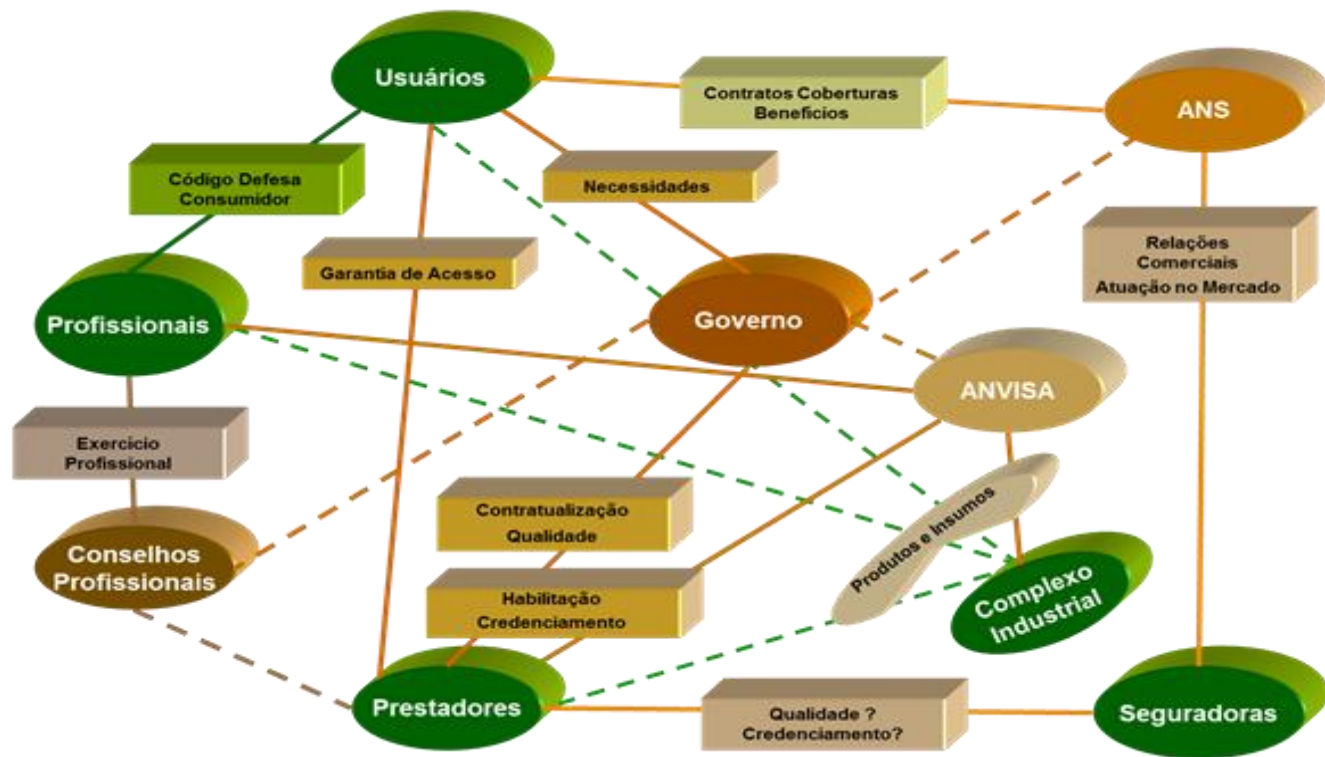


FIGURA 1 - Ilustração das relações de regulação entre diferentes entes no Setor Saúde do Brasil

Fonte: PESS, NEPP, UNICAMP – elaboração própria.

Considerando o usuário do sistema de saúde é possível facilmente perceber a fragilidade a que está submetido, tendo em vista não só a complexidade de relações do setor, mas principalmente o volume de informação que deveria ter acesso para tomar decisões adequadas para conduzir seus problemas de saúde. É preciso ponderar ainda que as decisões dos usuários se baseiam em grande parte no aconselhamento dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, que nem sempre possuem uma visão global da saúde de seus pacientes, visto que sua atuação se tem caracterizado, cada vez mais, por enfoques especializados e parciais do indivíduo.

Outro aspecto a ser avaliado é o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL,1990), que apesar de se constituir no instrumento jurídico a favor do consumidor de serviços de saúde, os procedimentos nesta área são pouco organizados e quando as reclamações são dirigidas aos órgãos de proteção, acabam sendo direcionados para os outros entes do setor saúde em busca de respostas, geralmente morosas. Não é por acaso que a judicialização da saúde vem tornando-se uma regra na medida em que as respostas dos demais entes são inadequadas (VENTURA; SIMAS; PEPE; SCHRAMM, 2010).

Além disso, tendo em vista que o SUS busca se organizar a partir de pactos interfederativos das três esferas de governo (Federal, Estaduais e Municipais), em termos de regulação em saúde os âmbitos de atuação dessas esferas são assimétricos e muitas vezes não coordenados, fazendo com que os gestores municipais em saúde se caracterizem como um dos elos mais frágeis desta rede, uma vez que não possuem ingerência sobre muitos dos elementos do setor saúde e, muitas vezes encontram-se “capturados” pelos prestadores de serviços ou pela categoria médica (CRUZ, 2009).

Por outro lado, chama a atenção um conjunto de fragilidades decorrente deste modelo, das quais é possível ressaltar:

- A regulação sobre a atuação dos profissionais de saúde está a cargo dos conselhos profissionais, que não são considerados órgãos reguladores (FERNANDES, 2012), mas que na realidade realizam a regulação dos respectivos profissionais com enfoque corporativo, não estando integrados numa rede de regulação em saúde. Neste sentido, a conduta ética do

profissional, a autonomia profissional, as condições de trabalho e a remuneração constituem-se nos focos principais de atuação. O sistema de saúde interessa na medida em que cria impactos positivos ou negativos na categoria profissional e problemas de erros de conduta somente são reconhecidos a partir de denúncia dos usuários de serviços médicos;

– Do mesmo modo, a regulação dos planos de saúde, realizada pela ANS, encontra-se a parte e isolada do todo, focando apenas a relação dos dois principais atores do setor privado em saúde, os usuários de planos e as seguradoras, deixando de regular uma série de elementos, entre os quais a qualidade e o acesso aos serviços prestados. Não é por acaso que muitos detentores de planos de saúde também utilizam o sistema público como alternativa ou nos casos de procedimentos mais caros não cobertos pelos planos;

- No que se refere à regulação da vigilância sanitária, a ANVISA surgiu com a finalidade institucional de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços e, dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como fazer o controle de portos, aeroportos e fronteiras. Neste sentido suas ações possuem reflexos econômicos importantes, o que muitas vezes causa o descumprimento das normas reguladoras, além de contar com equipes restritas que não conseguem dar conta do universo de questões sob sua responsabilidade. Também não é desprezível, nesta área, a “captura” dos gestores públicos de saúde, impedindo uma ação mais efetiva das respectivas áreas de vigilância sanitária (GERSCHMAN; UGA; PORTELA; LIMA, 2012).

– A relação entre governo, agências reguladoras e conselhos profissionais não é claramente definida, dificultando a formulação e implantação de políticas públicas, na medida em que estes órgãos externos ao governo encontram-se extremamente “insulados” devido à sua autonomia, além de muitas vezes estarem “capturados” por interesses conflitantes (RAMALHO, 2009).

Vale salientar ainda, que o subfinanciamento do sistema público de saúde

acaba se constituindo num imenso obstáculo ao acesso da população e à oferta de serviços com qualidade, o que, contraditoriamente, leva ao consumo inadequado de procedimentos e gastos de recurso (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da complexidade do conjunto de atores e setores envolvidos com ações de regulação em saúde, as diretrizes e políticas do SUS apresentam-se limitadas, descoordenadas e de pouco alcance.

Além disso, as poucas iniciativas implantadas mostram-se inadequadas na sua concretização e operacionalização, na medida em que os diferentes interesses do conjunto de atores e setores envolvidos buscam “capturar” os gestores públicos de saúde e os serviços de atenção médico – sanitários.

Nesse quadro, os gestores públicos do SUS acabam ofertando, na sua maioria, ações e serviços de atenção à saúde segundo os seus interesses políticos ou segundo os interesses dos diferentes atores sociais envolvidos, mas longe das necessidades de saúde das comunidades. Assim, ofertam serviços inadequados, de baixa qualidade, desintegrados e com altos custos, uma vez que se encontram assentados na especialização médica crescente, na atuação isolada dos diferentes especialistas e na utilização intensiva de tecnologia.

Por seu turno, os usuários do SUS buscam construir suas estratégias de utilização de serviços de saúde, de acordo com suas necessidades sentidas, nem sempre contando com as orientações adequadas dos profissionais e serviços públicos de saúde, ficando a mercê dos interesses desses diferentes atores, muitas vezes dos interesses políticos dos gestores públicos de saúde.

Nesse aspecto, é possível afirmar que ações e processos de regulação em saúde no SUS enfrentam grandes dificuldades para serem efetivados, uma vez que podem contrariar os vários interesses dos diferentes atores sociais,

especialmente do bloco hegemônico na área de saúde, que integra gestores públicos, certos grupos locais de profissionais de saúde, provedores de serviços e dos setores produtivos da saúde.

A municipalização autônoma do SUS mostra-se extremamente inadequada para regulação em saúde, já que os processos de “captura” em nível das administrações municipais é uma realidade brasileira.

Por outro lado, a atuação dos gestores estaduais e federal tem-se mostrado muito débil na construção da regionalização e de mecanismos regionais potentes de regulação em saúde, com raríssimas exceções.

Em resumo é necessário apontar que qualquer processo ou mecanismo de regulação em saúde somente poderá ter sucesso se embasado na atenção com qualidade às necessidades de saúde da população e, numa conduta autônoma e ética para tratar os diferentes conflitos em jogo.

Uma estrutura institucional que observe estas diretrizes ainda está para ser construída na sociedade brasileira, especialmente no setor saúde que evolui através da colaboração e pactuação interfederativa, é atravessado por diferentes dinâmicas políticas, competências e interesses e, com mecanismos institucionais frágeis.

Finalmente, é preciso considerar que a regulação em saúde, com a intenção de proteger um interesse público, constitui-se em um conjunto de processos com grande complexidade que não pode ser relegado a autonomia dos diferentes setores e atores envolvidos, na medida em que visam finalidades restritas. Será necessário contar com a presença e a coordenação firme por parte de instituições públicas, não necessariamente estatais, com capacidade específica, atribuições e autonomia apropriados.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Descentralização e Coordenação Federativa no Brasil: Lições dos anos FHC. In: ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria

Rita G. (Orgs.). O Estado numa era de reformas: os anos FHC - parte 2. Brasília: 2002.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: LEVY, Evelyn; MEDEIROS, Paulo César. (Orgs.). Construindo uma Nova Gestão Pública. NATAL: SEARHH/RN, 2010, v. 1, p. 23-51.

BRASIL. Análise e avaliação do papel das agências reguladoras no atual arranjo institucional brasileiro. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial. Brasília: Casa Civil, 2003, p. 10. Mimeo.

BRASIL. Código De Defesa do Consumidor. Lei 8.078 de 11/09/90. Brasília, Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, Brasília 2011.

BRASIL. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOB - SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002; Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. DOU de 23 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

CRUZ, V. Estado e regulação: fundamentos teóricos. In: RAMALHO, Pedro Ivo Sebba. (Org.). Regulação e Agências. Reguladoras: governança e análise de impacto regulatório. Brasília: Anvisa, 2009

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Limites da função das Agências diante do princípio da legalidade. In: DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. (Org.). Direito regulatório: Temas Polêmicos. Belo Horizonte: Fórum; 2009. 2ª Ed. rev. e ampl. reimpressão. pag. 20.

FELICIELLO, Domenico. TELLA, Carmen; ARAUJO, Kátia. S. Regulação em saúde na Região Metropolitana de Campinas. In: VI JORNADA NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 2012, Brasília-Df. Disponível em: http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/trabalho_33.pdf. Acesso em 04/02/2013.

FERNANDES, Felipe. Nogueira. A criação de conselhos profissionais e a delegação da atividade de fiscalização de profissões regulamentadas. Jus Navigandi, Teresina, ano 17, n. 3212, 17 abr. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/21519>>. Acesso em: 5 dez. 2014.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: Representações e Práticas de Profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação Physis. 2012, vol.22, n.1, pp. 119-140

GERSCHMAN, Silvia; UGA, Maria. Alicia. D.; PORTELA, Margareth; LIMA, Sheyla. Maria Lemos. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre as empresas de planos de saúde e prestadores de serviços. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2012, vol.22, n. 2.

OECD- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO- OPERATION AND DEVELOPMENT. JACOBZONE, S. The challenges of public regulation in Brazil. The OECD Review on Regulatory Reform. Regulatory Policy Division Directorate for Public Governance and Territorial Development.

Apresentação realizada no International Seminar Regulation of Private Health Insurance in Brazil, 10 years of Law 9.656/98, Rio 2 June 2008. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/memoriaeventos/II%20Seminario%20Internacional_junho_08/Stephane%20Jacobzone.pdf. Acesso em 07/05/2014.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João. Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis*. 2008, vol.18, n.4, pp. 767-783.

RAMALHO, Pedro.Ivo Sebba. Regulação e agências reguladoras: reforma regulatória da década de 1990 e desenho institucional das agências no Brasil. In: RAMALHO, Pedro. I. S. (org.) Regulação e agências reguladoras: Governança e análise de impacto regulatório. Brasília: ANVISA, 2009.p 125-159.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana. PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin. Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010, vol.20, n.1, pp. 77-100.

EVOLUÇÃO DA REGULAÇÃO NO SUS

Domenico Feliciello

Com a implantação do Sistema Único de Saúde as funções de regulação em saúde foram definidas no âmbito da Constituição de 1988 e das Leis 8.080 e 8.142 de 1990. Anteriormente, ações e atividades de regulação vinham sendo realizadas pelo INAMPS, entendidas como controle, avaliação e auditoria de contratos e faturas dos serviços contratados e, controle assistencial de prontuários médicos dos hospitais. Data deste período a implantação da AIH e do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que foi substituído pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH), vigente até hoje.

Segundo a legislação do SUS, a regulação é compreendida como competência comum dos gestores Federal, Estadual e Municipal cabendo a cada um definir os mecanismos e instâncias de atuação.

“Entre as competências comuns dos três níveis de governo a lei define a elaboração de normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública; e atribui ao Gestor Federal do SUS, a competência para normatizar a regulação das relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde”¹.

No entender de vários estudiosos, embora a nova legislação estabelecesse

“competências quanto à regulação, controle, avaliação e auditoria, o (fazia) de forma genérica, remetendo sempre ao ‘fiscalizar’, ‘controlar’, ‘avaliar’, ‘acompanhar’, ‘elaborar normas’, ‘regular’, não definindo o que significa cada uma

¹ Ministério da Saúde. Portaria SAS nº. 423 de 09 de julho de 2002. Acessada in <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-423re.htm>, em 01 de junho de 2012.

destas ações e nem especificando os seus procedimentos e como (seria) a sua operacionalização”².

Com a edição das primeiras Normas Operacionais Básicas (1991 a 1993), mantiveram-se inicialmente as mesmas ações realizadas pelo INAMPS, até a sua extinção em 1993 e criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) no mesmo ano, regulamentado apenas em 1995. Apesar desses importantes movimentos as competências do novo sistema ainda se definiam no âmbito do controle, avaliação e auditoria³.

As NOB deram suporte ao processo de descentralização e municipalização do SUS, e especialmente a NOB 96⁴ detalha diretrizes para a organização dos processos de programação das atividades de atenção à saúde de caráter ascendente e integrado (PPI – Programação Pactuada e Integrada) entre esferas de governo e, para controle, avaliação e auditoria, especialmente com relação aos serviços contratados / conveniados. No entanto, apesar do avanço no detalhamento, questões operacionais, como instrumentos e procedimentos, continuavam relegadas a segundo plano, prevalecendo a cultura “inampsiana” de controle, avaliação e auditoria, uma vez que com a extinção do INAMPS os técnicos haviam sido incorporados ao MS e ao SNA e não ocorreu o desenvolvimento de novos conceitos, processos e procedimentos.

Segundo Machado (2002) até esse período, a política de regulação exercida pelo Ministério da Saúde sobre o SUS baseava-se

“acentuadamente em dois eixos articulados: a edição de normas federais, associada a variados mecanismos financeiros de indução ou inibição de políticas e práticas pelos administradores estaduais, municipais e prestadores de serviços ao SUS. A esses eixos se agregam outras formas de atuação do administrador federal do SUS que configuram estratégias de regulação da política, como: apoio e capacidade técnica dos gerentes capacidade de recursos

² Mendonça, C. S., Reis, A. T., Moraes, J. C. (orgs.). A política regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12), pag. 19.

³ Brasil. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

⁴ Ministério da Saúde. NOB - SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996. Brasília, 1997.

humanos para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, criação de estruturas de regulação da rede de serviços, entre outros”⁵.

No final da década de 90 e início de 2000, no bojo do processo da reforma do estado, são criadas as agências reguladoras no setor saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 1999 e a Agência Nacional de Saúde em 2000, para atuarem na regulação de áreas específicas, mas que passam a formular também as políticas para esses respectivos setores.

Entretanto, em 2000, com a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento ⁶, no seu Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal – previam-se dois conjunto de ações:

“a) criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e b) financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos”⁷.

Neste aspecto o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, indicava a necessidade de integrar protocolos clínicos, Centrais de Regulação, sistemas móveis de atendimento e contratualização de serviços.

⁵ Machado, C. V. Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências. In Negri, B. e Vianna, A. L. A. O sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. SP CEALAG, 2002.

⁶ Brasil. Portaria n.º 569 / GM, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com os seguintes componentes: a) Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal; b) Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; c) Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto.

⁷ Idem Nota Anterior, artigo 3º, § 2º.

A Portaria nº 571/GM de 01 de junho de 2000 institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa portaria além de estabelecer a necessidade de viabilizar parcerias com as Secretarias de Saúde de Estados, Municípios e do Distrito Federal com as unidades hospitalares, propõe a implantação de Centrais Estaduais e Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal, além de sistemas móveis de atendimento à gestante.

Neste mesmo período já se delineavam os limites do processo de municipalização do SUS, caracterizado por muitos como autárquico, uma vez que cada município estava focado na organização do SUS em seu território de modo isolado, mostrando-se incapaz de ofertar todo o conjunto de ações de saúde necessárias para a atenção integral, universal e equânime. Neste contexto, retomam-se as discussões sobre a necessidade de instituir um processo mais efetivo de regionalização como uma possibilidade de avanço do SUS. Nesta perspectiva se inscrevem as Portarias nº. 2.309 GM/MS, de 19 de dezembro de 2001 e nº. 589 SAS, de 27 de dezembro de 2001 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02.

As referidas portarias instituem e implementam a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, com objetivo de organizar a referência interestadual de pacientes que necessitassem de assistência hospitalar de alta complexidade, já indicando a interdependência dos sistemas municipais e estaduais de saúde.

A partir da NOAS e da Portaria SAS nº. 423 de 09 de julho de 2002 buscaram-se detalhar as atribuições básicas inerentes a cada nível de governo, no que se refere à programação da assistência, ao controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde, à garantia do acesso e, à regulação da assistência, no âmbito da regionalização da assistência, frente à municipalização extremamente autônoma criada pelas NOB ⁸.

⁸ Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Série normas e manuais técnicos. Brasília, DF, 2002. A NOAS – SUS 01/02 indica no Art. 1º resolve: “Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o

Com respeito à programação em saúde (PPI), na NOAS definem-se processos de formulação ascendente e as responsabilidades de cada esfera governamental, estabelecendo que a alocação dos recursos federais, pelos gestores estaduais a seus municípios, deve-se nortear por essa programação, devendo ainda estabelecer recursos destinados à população própria dos municípios e recursos destinados à população referenciada, de acordo com a PPI.

No que diz respeito ao controle e avaliação de serviços a NOAS considera que devem ocorrer nas seguintes dimensões: a) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; b) relação com os prestadores de serviços; c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários; e d) resultados e impacto sobre a saúde da população.

Incluía nesta atribuição um conjunto de processos relacionados à: cadastramento dos serviços e dos usuários; processo de compra de serviços à rede privada complementar; autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade; estabelecimento de mecanismos de controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde; aplicação de portarias e normas técnicas e operacionais do Sistema Único de Saúde; e, controle e acompanhamento da relação entre programação, produção e faturamento.

Para a garantia de acesso, a NOAS propõe a implantação do Compromisso de Garantia do Acesso, como instrumento de pactuação entre Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, visando estabelecer as metas físicas e orçamentárias a serem ofertadas pelo município polo aos demais municípios da região, sob garantia da SES e de acordo com a PPI.

Quanto à regulação assistencial, passa a ser considerada como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, reconhecendo no poder público a capacidade em responder às demandas de saúde, em diversos níveis e etapas do processo de assistência.

“Neste sentido, o processo regulatório – ao atuar no sentido de intervir positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços – atua também sobre a oferta dos mesmos, exercendo o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a

fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios”.

oferta programada para que seja cumprida a sua função. Deste modo, a regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional”⁹.

Ainda segundo a NOAS, a

“regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe: a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência; b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede; c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais; e, d) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação”¹⁰.

Em termos operacionais, a NOAS propõe que estados e municípios devem elaborar seus respectivos planos de controle, regulação e avaliação, abrangendo o planejamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão, incluindo:

- *Programar e regular os serviços e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia de acesso;*

⁹ Idem nota nº. 21

¹⁰ Idem nota nº. 21, pag. 26.

- *Implantar complexos reguladores* que reúnem unidades responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos, exames, etc.

Na sequência, a Portaria SAS nº 423 de 09 de Julho de 2002 aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS e, determina aos Departamentos de Controle e Avaliação de Sistemas e de Descentralização da Gestão da Assistência, do MS, que apresentem estudos para a criação de incentivos financeiros destinados à co-participação deste Ministério no aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos gestores do SUS, em especial, para a reorganização das atividades de controle, regulação e avaliação assistencial.

No texto anexo à portaria apontam-se as fragilidades com relação aos processos de planejamento, controle, avaliação e regulação, inclusive quanto à ausência de integração entre os três níveis de governo e em cada uma das esferas de gestão, predominando as preocupações sobre a gerência das unidades de saúde, negligenciando os processos para articulação e organização dos Sistemas Regionais de Saúde ¹¹. A partir desse diagnóstico são indicadas as atribuições, de cada esfera de governo, para as áreas de controle, regulação e avaliação.

Quadro de competências das três esferas de governo quanto ao controle, regulação e avaliação no SUS. Portaria SAS N.º 423 de 09/07/2002.

Nível de Gestão	Competências
Federal	– Acompanhar, controlar, regular e avaliar o Sistema Nacional de Saúde incluindo a execução das ações e serviços de saúde no território nacional, respeitadas as competências estaduais e municipais; – Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e Municípios para o aperfeiçoamento de sua atuação institucional;

¹¹ SAS. Portaria nº 423 de 09 de Julho de 2002

Nível de Gestão	Competências
Estadual	– Controlar, regular e avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a execução das ações e serviços de saúde prestados em seu território, respeitadas as competências municipais; – Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;
Municipal	– Controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos e privados existentes em seu território, na garantia do atendimento de qualidade à população; – Efetuar o controle permanente, direto e sistemático sobre a execução das ações e serviços de saúde à população que estejam sob sua gestão.

Fonte: Portaria SAS nº 423 de 09 de Julho de 2002

Além disso, a portaria detalha, mas não de modo exaustivo, a necessidade de elaboração dos Planos de Controle, Regulação e Avaliação, já previstos na NOAS, passando a definir os instrumentos necessários para o Controle, Regulação e Avaliação.

Segundo Schilling (2006), neste período o cenário da saúde estaria

“marcado por diversas concepções e práticas de regulação. A NOAS e a Portaria nº 423 deixaram o legado de uma concepção restrita de regulação, voltada para a Regulação do Acesso dos usuários à assistência, sendo comum deparar-se com iniciativas de gestores que pretendem mais controlar o acesso, em uma perspectiva de restrição, de adequação à oferta ou mesmo para a aquisição de um certo ‘poder de controle’ (e consequentemente da possibilidade de barganha segundo interesses), do que de adequação das respostas às necessidades dos usuários”¹².

Posteriormente, a Portaria nº 729 de 14 de Outubro de 2002 estabeleceu os indicadores de avaliação, bem como os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da

¹² Schilling, C. M., Reis, A. T. e Moraes, J. C. A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).

Assistência, previsto na NOAS 01/2002, visando à implementação da organização e do funcionamento dos componentes de planejamento, controle, regulação e avaliação assistencial dos Estados e Municípios habilitados.

* * * * *

Considerando os aspectos acima apontados é possível afirmar que a regulação no SUS vinha sendo definida como um conjunto de competências e responsabilidades relacionadas ao controle, avaliação e auditoria dos serviços contratados e/ou conveniados, à avaliação da utilização dos recursos repassados pela esfera federal e, ao acesso da população.

A leitura atenta da legislação demonstra uma visão um pouco mais ampla, relacionada à precisão em articular essas ações com: diagnóstico das necessidades de saúde da população a ser atendida; planejamento das ações a serem ofertadas de modo complementar entre municípios de uma região (PPI); oferta de serviços próprios ou contratados; acesso da população; e, controle e avaliação. No entanto, tanto a legislação quanto a ação dos gestores públicos acaba por olhar de forma pulverizada para cada um desses elementos, levando a proposição de ações, processos e instrumentos isolados. Na realidade a regulação acaba sendo considerada apenas como instrumental, de modo que os planos Estaduais e Municipais de Saúde não incorporam estes elementos, assim como eles estão ausentes dos Relatórios de Gestão.

Além disso, ao não considerar a necessidade de contratualizar, controlar e avaliar os “serviços públicos”, a regulação de serviços e de acesso acaba se centrando apenas nos serviços privados contratados pelos diferentes gestores municipais e estaduais, pouco contribuindo para a integração da rede de serviços, para o acesso e mesmo com a regionalização. Ao não regular, controlar e avaliar os serviços próprios, várias distorções são geradas, especialmente no que se refere à duplicação de procedimentos, à qualidade dos serviços prestados levando também à duplicação de procedimentos, ao uso inadequado e em volume excessivo de exames e insumos, especialmente medicamentos, entre outras distorções.

Esta situação é agravada pelo processo de municipalização extremamente autônomo, ocorrido com a descentralização do SUS, uma vez que os gestores municipais acabam competindo por recursos do SUS de maneira isolada, dificultando a construção da regionalização e principalmente do seu caráter colaborativo intergestores, trazendo uma série de dificuldades para a organização de Redes de Atenção à Saúde e para a atenção integral e contínua da população. Essa ação isolada dos municípios também leva a superprodução de procedimentos, na medida em que o usuário é atendido em diferentes serviços, sob gestão de variados gestores municipais, na ausência de instrumentos de referência.

Schilling (2006) analisando este período indica que *“para além de um arranjo técnico e burocrático, a regulação estatal em saúde deve se inscrever em uma reformulação da regulação sobre a produção de bens e serviços que vá ao encontro de seus fundamentos públicos; uma regulação orientada em prol do bem comum, do direito à saúde dos indivíduos e da coletividade”* ¹³.

* * * * *

Na esteira das concepções difundidas a partir da NOAS 01/02 várias ações são desencadeadas pelo gestor federal que apesar de assumirem a regionalização como diretriz, deixa transparecer ainda uma abordagem fragmentada. Estas ações dizem respeito a:

- Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004 - Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.
- Portaria SAS nº. 39 de 06 de fevereiro de 2006 - Institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC.

¹³ Idem Op. Cit.

- Portaria nº 358, de 22 de fevereiro de 2006 - Institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A portaria que define as atribuições das centrais de regulação médica de urgência indica seu dimensionamento em termos de infraestrutura, seus instrumentos, as normas gerais e os fluxos de regulação, além de estabelecer o entendimento sobre o trabalho do Médico Regulador ¹⁴. Define ainda que as centrais podem ser de abrangência municipal, micro ou macrorregional, funcionando como “portas de entrada” que necessitam de “portas de saída” qualificadas e organizadas,

“que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias” ¹⁵.

Quanto à última portaria, publicada às vésperas do Pacto da Saúde, são estabelecidos os instrumentos a serem utilizados na contratualização entre diferentes entes e serviços: convênios entre setor público e entidade filantrópica; contrato de gestão com Organizações Sociais; Termo de Cooperação entre entes públicos quando houver cooperação entre órgãos públicos de níveis de governo diferentes ¹⁶. No que se refere à regulação, a portaria indica que os serviços contratados devem estar sob regulação do gestor local e, que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem

¹⁴ A portaria estabelece que “A Regulação Médica das Urgências, operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que ocorrem à central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema” in Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, Anexo, A Regulação Médica das Urgências.

¹⁵ Ministério da Saúde. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, Anexo, A Regulação Médica das Urgências

¹⁶ Ministério da Saúde. Portaria nº 358, de 22 de fevereiro de 2006. Artigos 3º e 4º.

adotar instrumentos para controle dos contratos e convênios visando garantir o acesso da população aos serviços contratados ¹⁷.

REGULAÇÃO E O PACTO DA SAÚDE

Com o Pacto da Saúde (2006) ¹⁸ a regulação no SUS foi aprimorada passando a abarcar a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação Assistencial, incluindo todas as ações relacionadas à: contratação de serviços; Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial; Controle Assistencial; Avaliação da Atenção à Saúde; Auditoria Assistencial; e, as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, embora focada ainda na realização de procedimentos ¹⁹.

Para a Regulação Assistencial, ou do Acesso à Assistência retoma a proposta da NOAS de organização de Complexos Reguladores como uma das estratégias

“consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções

¹⁷ Idem nota anterior. Artigos 12 e 13.

¹⁸ Ministério da Saúde. Portaria Nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. DOU de 23 de fevereiro de 2006.

¹⁹ Segundo a Portaria do Pacto da Saúde os conceitos adotados incluem: **Regulação da Atenção à Saúde** - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária. **Contratação** - o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica. **Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial** - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. **Auditoria Assistencial ou Clínica** – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades. Idem nota Nº. 6, pag. 47.

da gestão como programação e regionalização”²⁰. Neste aspecto indica ainda que os “complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS”.

Posteriormente, a Portaria Nº 699/GM de 30 de março de 2006 regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas. Estabelece ainda os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e Federal, que contêm as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento (Quadro adiante).

Quadro indicando os princípios orientadores do processo de regulação, segundo Pacto de Saúde, 2006

- 1. Cada prestador responde apenas a um gestor;**
- 2. A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município** conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
 - Da descentralização, municipalização e comando único;
 - Da busca da escala adequada e da qualidade;
 - Considerar a complexidade da rede de serviços locais;
 - Considerar a efetiva capacidade de regulação;
 - Considerar o desenho da rede estadual da assistência;
 - A primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- 3. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual,** expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;

²⁰ Idem nota Nº. 26, pag. 47.

4. **A operação dos complexos reguladores no que se refere a referencia intermunicipal deve ser pactuada na CIB**, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - a. Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
 - b. Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.
 - c. Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;
 - d. Modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.
5. **São metas para este Pacto, no prazo de um ano:**
 - Contratualização de todos os prestadores de serviço;
 - Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;
 - Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7

Nesta perspectiva, ao observar as responsabilidades de regulação, avaliação e auditoria bem como os indicadores de monitoramento e avaliação da referida portaria nota-se a concentração do foco sobre a regulação de serviços, especialmente na contratualização, regulação do uso de recursos financeiros, regulação de procedimentos e, regulação de acesso. Ao mesmo tempo, indica a necessidade de acompanhamento do planejamento municipal, do cumprimento da PPI, da avaliação, controle e auditoria da produção dos serviços, da organização de complexos reguladores, entre outros, especialmente pela esfera estadual (verificar Quadro no Anexo).

Quanto a PPI, a Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006 ²¹ estabelece, no seu primeiro artigo, essa programação como um processo que visa à definição e quantificação das ações de saúde para a população residente em cada território, bem como para a realização dos pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

²¹ Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006, DOU de 23/05/2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No seu parágrafo único indica ainda que a PPI tem por objetivo *“organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios”*²².

Define como objetivos da PPI, no seu artigo terceiro, a busca de equidade de acesso às ações e serviços; a orientação na alocação de recursos financeiros segundo a lógica das necessidades de saúde; a definição de limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios; a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; o fornecimento de subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde; a contribuição na organização das redes de atenção à saúde; e, a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência.

A PPI seria considerada, portanto, um instrumento para o planejamento da alocação de recursos e de assistência em âmbito local e regional, contribuindo inclusive para a organização de redes de atenção à saúde.

Visando apoiar a elaboração da PPI, em novembro de 2006 a Secretaria de Atenção à Saúde e o DRAC lançam um manual de orientação²³ para preenchimento dos instrumentos divulgados pela referida portaria, anunciando o SISPPi para utilização pelos gestores. Esse sistema se constituía num conjunto de planilhas eletrônicas nas quais os gestores estaduais informavam os dados financeiros de seus municípios. Nesta perspectiva, as Secretarias de Estado da Saúde, desenvolveram programas próprios visando à elaboração e gestão das PPI dos municípios, das regiões de saúde e do estado, embora poucas Unidades Federadas tenham efetivamente construído sistemas e instrumentos adequados.

Assim, tanto o processo de elaboração da PPI quanto os instrumentos e sistemas de suporte mostraram-se muito acanhados face às expectativas anunciadas pela legislação, segundo a qual a PPI era

²² Idem nota anterior.

²³ Ministério da Saúde, SAS e DRAC. Manual de Preenchimento dos Quadros da Portaria GM 1097 de 22 de Maio de 2006.

considerada um verdadeiro instrumento de planejamento e gestão que, a partir das necessidades de saúde, permitisse definir as ações e serviços necessários, os recursos financeiros, os limites financeiros para a média e alta complexidade, a regulação do acesso aos serviços, a realização e o acompanhamento dos pactos intergestores e a organização de redes de atenção à saúde.

Conforme indicado por Marques e Mendes (2010), a *“gestão da PPI / MG não é um processo trivial, simples. Ao contrário, trata-se de um processo provido de complexidade, que necessita de mediação humana competente. É um processo coletivo de trabalho, que perpassa diversas instituições e entes de governo”*²⁴.

Na sequência, ainda no mesmo semestre em que é divulgado o Pacto, a SAS publica portaria que estabelece incentivo financeiro destinado à implantação de Complexos Reguladores, que será repassado às Secretarias de Saúde e destinado, exclusivamente, à finalidade de que trata este instrumento²⁵. Para a obtenção dos recursos requer a construção de projetos específicos, discutidos e aprovados junto à CIB e homologados pelo gestor federal. Para tanto indica que o DERAC deverá disponibilizar manual orientador, o que é efetivado ainda em julho de 2006²⁶.

O manual estabelece os eixos estruturantes da política de regulação, incluindo: 1. Recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores; 2. Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores; e 3. Programa de capacitação permanente de recursos humanos; e divulga regras para cálculo do dimensionamento dos complexos reguladores e seu custeio.

No quesito financiamento indica que objetiva a implantação de uma estrutura mínima dos complexos reguladores incluindo equipamentos e mobiliário, estrutura lógica, elétrica e de telefonia, além do treinamento de multiplicadores. Observa que os valores para custeio encontram-se em processo de pactuação. No quesito instrumentos apenas lista os

²⁴ Marques, A. J. S., Mendes, E. V. e Lima, H. O. (Org.) O Choque de gestão em Minas Gerais: Resultados na Saúde. Belo Horizonte. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

²⁵ Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 494, de 30 de julho de 2006.

²⁶ MS / SAS / DRAC Manual de Implantação de Complexos Reguladores. Julho de 2006.

instrumentos necessários à regulação e, quanto à capacitação indica a finalidade em estabelecer núcleos de educação permanente.

No restante do documento retoma a definição de complexo regulador e define a ação regulatória como:

“elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços. Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observado, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso”²⁷.

Exemplifica ainda os fluxos de autorização de procedimentos a serem implantados e caracteriza os perfis dos profissionais que devem constituir o complexo regulador, bem como a infraestrutura física e tecnológica. Finalizando apresenta regras e indicadores para o dimensionamento dos complexos reguladores e orientações para a elaboração do projeto, além de cópia da legislação de suporte.

Neste período, um estudo organizado pela OPAS em colaboração com Ministério da Saúde ²⁸ busca avaliar a política de regulação no SUS, indicando resultados alcançados no período de 2003 a 2006. Nesta perspectiva, levantamento realizado junto aos municípios com mais de 100 mil habitantes em agosto de 2005 pela Coordenação de Regulação e Avaliação do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação do Ministério da Saúde (Gráfico 1), mostrava que apenas 38% desses municípios possuíam processos de regulação do acesso em estruturação e, na maioria dos casos, restritos as centrais de busca ativa de vagas.

A abordagem da OPAS considerava que *“ao analisarmos a evolução das experiências de regulação nestes dez anos, constatamos ainda uma*

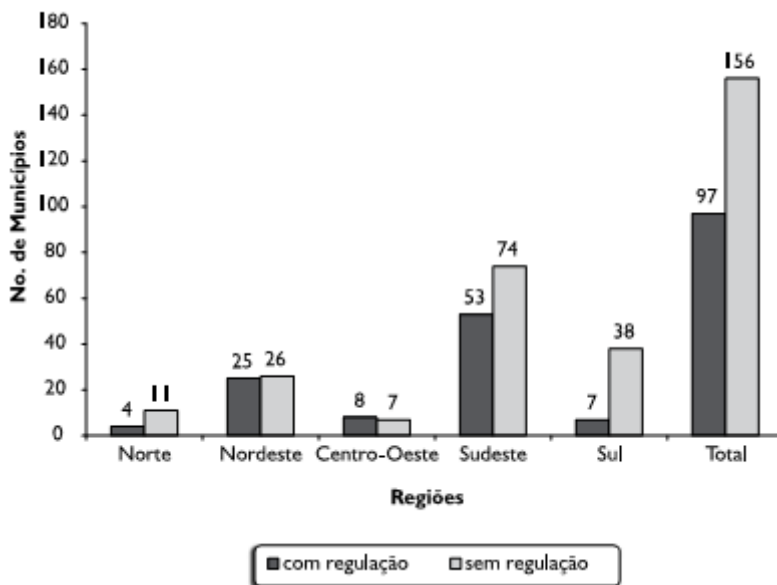
²⁷ Idem Op. Cit..

²⁸ Mendonça, C. S. e Moraes, J. C. (organizadores.). A política regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12)

insipiência do processo, mas as primeiras experiências estão se reproduzindo em todo o país, como podemos ver no gráfico abaixo”²⁹.

Na realidade os dados indicavam não só a heterogeneidade da realidade brasileira, mas também a fragilidade do processo de descentralização do SUS, na medida em que a legislação em saúde, a partir da NOAS 2002, mostrou-se pouca efetiva na implantação da regionalização e de processos de regulação em saúde. Neste cenário o estudo destaca as ações realizadas no estado de Minas Gerais voltadas para a regulação de consultas e exames e no de São Paulo, restritas às emergências.

Gráfico 01 - Municípios acima de 100 mil habitantes com estrutura de regulação do acesso, por Região. Brasil, agosto 2005



Além desses dados, o estudo da OPAS apresenta um levantamento mais recente de 2006 sobre complexos reguladores em 67 dos 74 municípios acima de 250 mil habitantes, indicando a necessidade de reforçar a integração das centrais de regulação com outras ações de programação,

²⁹ Idem Nota Anterior, pag. 73.

controle e avaliação. Analisando os principais aspectos do levantamento, destaca-se ³⁰:

1. *Planejamento de regulação a partir da existência de projetos específicos e das características dos mesmos* - 70,1% dos entrevistados possuem planos ou projetos de regulação voltados para consultas e exames especializados e 13,4% estão elaborando propostas neste sentido, chegando em ambos os casos a cobrir quase 85% do total, o que demonstra a importância atribuída aos processos regulatórios nesta área da atenção à saúde.
2. *Planos ou projetos voltados para a regulação das urgências e emergências* - 64,2% dos entrevistados declararam possuir, com 9,0% tendo declarado estar elaborando projetos para essa finalidade. Acredita-se, neste caso, que a política federal de incentivos para a organização do Serviço de Atendimento Médico de Urgências (SAMU) tenha peso decisivo no elevado nível de importância atribuído a essa modalidade.
3. *Planos ou projetos voltados à regulação para internações hospitalares* - 56,7% dos entrevistados responderam dispor de projetos e 43,3% de projetos voltados para regulação da atenção ao parto. Por outro lado, 38,8% dos municípios pesquisados declararam possuir projeto estruturado para a avaliação de serviços, enquanto 10,4% declaram estar elaborando tais projetos. Trata-se de proporção muito abaixo do esperado em vista das responsabilidades assumidas no processo de habilitação, especialmente em se tratando da GPSM, uma vez que desde a NOB nº 01/93 essa função é exigida como requisito, tendo sido reafirmada na NOB nº 01/96 e na NOAS 2001/2002.
4. *Projetos para implantação de protocolos assistenciais* - 35,8% afirmaram dispor de projetos, com 11,9% estando em fase de elaboração de projetos neste sentido. Essa questão, entretanto, poderia ser lida de outra forma: 49,3%, ou seja, cerca de metade dos municípios brasileiros, entre capitais estaduais e os de população acima de 250 mil habitantes, não possuem e nem

³⁰ As análises e dados listados a seguir foram retirados do estudo citado na nota 44.

estão elaborando projetos visando à padronização de condutas assistenciais. A análise sob esse ponto de vista aponta para a necessidade de políticas de capacitação e cooperação técnica que contribuam para racionalizar a demanda por procedimentos de maior complexidade.

5. *Coerência entre os parâmetros definidos para os planos ou projetos elaborados e a distribuição dos limites físicos e financeiros definidos na PPI* - como esperado, na grande maioria dos casos, ou seja, em 64,2%, os planos ou projetos de regulação foram elaborados em acordo com a PPI. Em 17,9% esse requerimento está pendente, visto que a PPI está sendo revisada, e em apenas 11,9% dos casos a PPI não foi levada em consideração. Neste último caso, é plausível suspeitar da qualidade do processo de regulação assistencial, uma vez que é na PPI que estão descritas as referências para os encaminhamentos de usuários entre municípios, bem como os limites para fazê-lo, ou seja, parâmetros essenciais para o acesso assistencial em sistemas regionalizados de saúde.
6. *Atividade regulatória prevista nos planos ou projetos existentes nos municípios* - a pesquisa aponta os seguintes resultados: em 70,1% dos projetos, as centrais propunham a realização de autorização e agendamento dos procedimentos autorizados; em 53,7% indicavam a busca de vagas para internação e em 43,3% a reserva de leitos para internações eletivas.
7. *Ordenamento da realização de procedimentos ambulatoriais ou abertura de leitos hospitalares a prestadores do SUS* - respectivamente previstos em 49,3% e 26,9% dos projetos, implica um exercício mais completo da função regulatória, uma vez que esta supõe intervenção na estrutura de oferta de serviços própria ou contratada para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada para atender as necessidades do cidadão.

Torna-se patente, portanto, que apesar dos esforços no âmbito jurídico e de gestão a implantação das diretrizes de regulação em saúde no SUS, mostrava-se incipiente nas capitais e nos municípios de maiores dimensões, indicando a inadequação dos processos interfederativos de pactuação e de apoio à sua implantação.

Em 2007, no primeiro semestre são publicadas duas portarias que se referem à regulamentação do financiamento e transferência dos recursos federais. Uma delas define blocos de financiamento para as ações e os serviços de saúde (Portaria nº 204 / GM de 29 de janeiro de 2007), incluindo recursos específicos para Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria e, a outra estabelece incentivo financeiro para implantação de Complexos Reguladores (Portaria Nº 1.571, de 29 de junho de 2007).

Na primeira portaria ³¹, no bloco referente à Gestão do SUS definem-se dois componentes de financiamento: I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde. Quanto ao componente para a Qualificação da Gestão do SUS inclui as ações de Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento, com recursos conforme definidos na tabela a seguir (Anexo II da Portaria).

AÇÃO	OBJETIVO	MONTANTE DE RECURSO ANUAL - 2007	PARCELA	CRITÉRIOS
Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	Apoiar funcionamento dos Complexos Reguladores	60 milhões	Única	Projeto de Regulação aprovado na CIB
			Mensal	A ser definido em portaria específica
	Apoiar os sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria	860 mil	Única	A ser definido em portaria específica
	Implantar ações de monitoramento e avaliação nos estados e municípios	02 milhões	Anual	A ser definido em portaria específica

Para o recebimento dos recursos exigia-se adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.

³¹ Ministério da Saúde. Portaria nº 204 / GM de 29 de janeiro de 2007.

Já a Portaria N.º 1.571, além de instituir incentivo financeiro específico, com os respectivos montantes de recursos para cada Unidade Federada, para implementação de Complexos Reguladores, comprometia-se a realizar estudos para definir valor de repasse financeiro para custeio desses complexos para estados e municípios. Estabelecia também que a distribuição dos recursos estivesse a cargo das CIB que deveriam priorizar: I - a estratégia de regionalização definida para a unidade federativa; II - regiões e municípios que abrangem maior concentração de oferta de serviços de saúde; e III - regiões e municípios que abrangem maior contingente populacional próprio e referenciado ³². Estabelecia ainda que a CIB deveria encaminhar resolução de aprovação dos projetos de implantação de Complexos Reguladores para homologação pelo Ministério da Saúde.

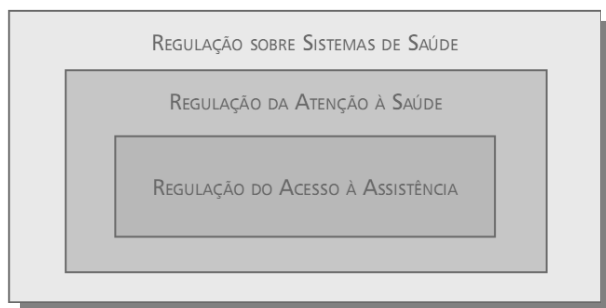
POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

Em 2008, com a edição da Portaria GM 1.559 de 1º de agosto de 2008, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde “a ser implantada 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” ³³.

A portaria propõe a organização das ações da Política Nacional em três dimensões, conforme indicado abaixo, mantendo a necessária integração.

³² Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.571, de 29 de junho de 2007.

³³ Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.



Definição dos Âmbitos de Atuação das Ações da Política Nacional de Regulação do SUS

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A portaria define ainda as ações que devem ser contempladas em cada âmbito e, respectivos responsáveis, resumidas no quadro a seguir.

Quadro – Âmbitos da Regulação em Saúde, Ações e Responsáveis.

Âmbitos da Regulação	Ações Contempladas	Responsáveis
Regulação de Sistemas de Saúde - efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão.	I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde; IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica; V - Regulação da Saúde Suplementar; VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e, VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.	Respectivos gestores públicos (autorregulação)
Regulação da Atenção à Saúde - efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial.	I - Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES; II - Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS; III - Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; IV - Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; V - Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; VI - Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI; VIII - Avaliação analítica da produção; IX - Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS; X - Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; XI - Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e XII - Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde.
Regulação do Acesso à Assistência - efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão	I - Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;	Respectivos gestores Públicos.

Âmbitos da Regulação	Ações Contempladas	Responsáveis
por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.	III - Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e, IV - O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.	

FONTE: Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Artigos 3º, 4º e 5º.

A partir destas definições, a portaria focaliza a implantação da Regulação do Acesso à Assistência, detalhando atribuições, estruturas e responsabilidades dos gestores, propondo que os seus processos de trabalho sejam *“implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo”* ³⁴. Nesta perspectiva a portaria delinea algumas ações a serem implantadas de modo integrado, descritas nos parágrafos do artigo 6º, incluindo:

- *As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.*
- *As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.*

³⁴ Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Artigo 6º.

- *Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra referência baseado nos processos de programação assistencial.*
- *As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão definidas pela área técnica da regulação do acesso.*

Ainda de acordo com a portaria, a área técnica da regulação do acesso deveria ser “estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração” ³⁵. Portanto, os Complexos Reguladores (CR) seriam as estruturas que operacionalizariam as ações de regulação com diferentes âmbitos de abrangência, podendo-se constituir CR Estadual, Regional e Municipal, com as seguintes características:

ÂMBITO DO CR	MODELO DE GESTÃO	RESPONSABILIDADES
I - Complexo Regulador Estadual	Gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde	▪ Regular o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual; ▪ Intermediar o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.
II - Complexo Regulador Regional	a) Gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde b) Gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais	▪ Regular o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediar o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; ▪ Regular o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão

³⁵ Artigo 7º, da portaria referida na nota acima.

ÂMBITO DO CR	MODELO DE GESTÃO	RESPONSABILIDADES
	de Saúde que compõem a região	estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado.
III - Complexo Regulador Municipal	Gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde	Regular o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

FONTE: Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Independente do modelo implantado, os CR devem ser organizados por Centrais de Regulação, incluindo:

- I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;
- II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e,
- III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.
- Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

Considerando estes dois aspectos, a regulação do acesso e os Complexos Reguladores, como suas estruturas operacionais, a portaria define ainda as atribuições de ambos, quais sejam:

Atribuições da regulação do acesso	Atribuições do Complexo Regulador
I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; II - garantir os princípios da equidade e da integralidade; III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; VI - construir e viabilizar as grades de referência e contra referência; VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; IX - subsidiar o processamento das informações de produção; X - subsidiar a programação pactuada e integrada.	I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; V - executar a regulação médica do processo assistencial.

FONTE: Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Finalmente a portaria estabelece as responsabilidades das três esferas de governo, no que se refere especialmente à regulação do acesso, resumida no quadro abaixo.

Quadro – Responsabilidades das esferas de governo, nos âmbitos da regulação.

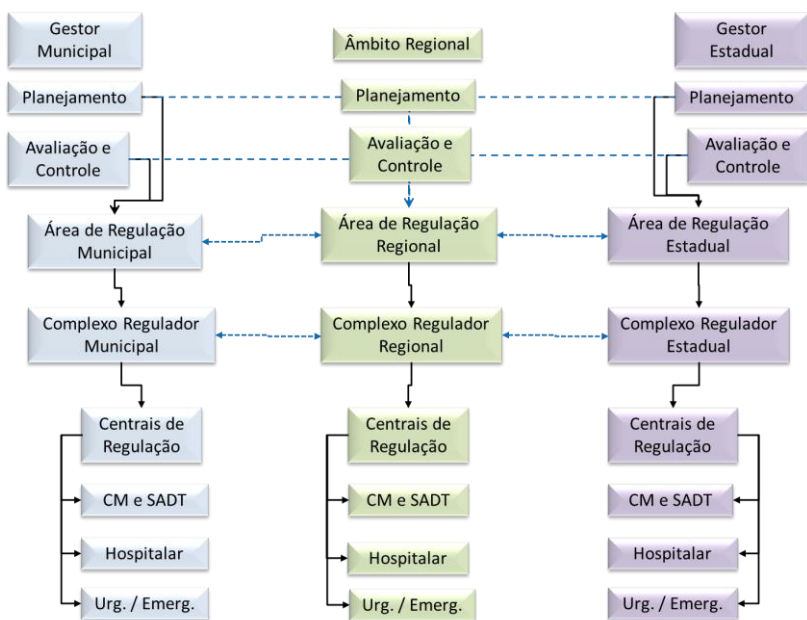
ESFERAS	RESPONSABILIDADES
COMUM	I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e,

ESFERAS	RESPONSABILIDADES
	VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.
FEDERAL	I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde; IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos; V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores; VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC; VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e, IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional.
ESTADUAL	I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS; X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e,

ESFERAS	RESPONSABILIDADES
	XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.
MUNICIPAL	I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde; X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS; XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e, XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

FONTE: Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Resumidamente é possível esboçar, conforme diagrama a seguir, como poderia se constituir uma estrutura para a área de regulação, levando-se em conta o envolvimento de diferentes gestores em saúde e âmbitos de atuação, municipal, regional e estadual.



Cabe assinalar, entretanto, que a estrutura regional de regulação do acesso é possível de ser viabilizada através da atuação do gestor estadual, por meio de suas representações regionais, uma vez que o âmbito regional não possui, neste momento, reconhecimento legal como ente federativo.

No que se refere às orientações para a organização prática e operacional dos Complexos Reguladores a portaria indica a consulta ao Volume 6 da Série Pactos pela Saúde, que estabelece os seguintes eixos estruturantes para implantar a Regulação da Atenção à Saúde ³⁶:

1. Recursos financeiros para a implantação dos Complexos Reguladores - aquisição de equipamentos para informatização da rede, material permanente, ampliação e adequação de área física e capacitação de recursos humanos;

³⁶ Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

2. Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores, incluindo:

- Pacto pela Saúde no seu componente Pacto de Gestão;
- Contratos com os prestadores de serviços que expressam formalmente a oferta de serviços de saúde e sua coerência com as necessidades populacionais;
- Política de cadastramento dos usuários do SUS – Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para os estabelecimentos e profissionais; Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- Programação Pactuada e Integrada (PPI), que define e quantifica as ações de saúde e caracteriza os fluxos estabelecidos a partir dos pactos intergestores;
- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), que viabiliza um processo de avaliação periódica da assistência;
- Protocolos de fluxo que orientam a central em relação aos encaminhamentos entre os níveis de complexidade, e protocolos clínicos, que tratam da forma de intervenção por patologia com perspectiva de padronização terapêutica;
- Sistema Nacional de Regulação (SISREG)

3. Programa de capacitação permanente de recursos humanos - formar quadros estratégicos e gerenciais do SUS, promovendo competência e transparência para a área de regulação. Uma das propostas de educação permanente é o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.

Apesar desta portaria não citar a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02, muitas das diretrizes assumidas pela Política Nacional de Regulação já haviam sido indicadas na NOAS ³⁷, assim como uma concepção um pouco mais ampla da regulação em saúde como resultante da

³⁷ - Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Págs. 12, 18, 19, 22, e Item II.3 (págs. 25 a 27).

ação em vários âmbitos (sistêmico do SUS, dos serviços de saúde, do acesso e da qualidade dos serviços prestados), bem como da necessidade da ação conjunta entre os gestores das três esferas de governo. Porém, tanto a NOAS quanto a nova portaria assume um conceito de regulação *“como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta”* (CONASS, 2011) ³⁸.

Neste sentido, a nova portaria busca fornecer parâmetros e dar operacionalidade ao processo de regulação de acesso, especialmente após a implantação do Pacto da Saúde (2006) e os respectivos Termos de Compromissos Estaduais e Municipais, que deveriam garantir o acesso aos usuários do SUS, a atenção integral e a equidade, num quadro de construção da regionalização cooperativa.

Entretanto, as próprias normas editadas para fomento e financiamento dos Complexos Reguladores ³⁹ fazem transparecer a concepção restrita, e também a permanência do modelo de municipalização autônoma do SUS, na medida em que não se exige um plano de ação intergestores, mas projetos isolados dos gestores municipais e estaduais, focados na organização da infraestrutura.

No período de setembro a outubro de 2009, foi realizada, pelo TCU, uma auditoria com foco na regulação das internações hospitalares tanto de média como de alta complexidade ⁴⁰, sendo realizada em oito SES e oito SMS,

³⁸ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Coleção: Para Entender a Gestão do SUS 2011, volume 10. Brasília, CONASS 2011, 126p. Na perspectiva de que a legislação assume um conceito restrito de regulação em saúde, a publicação do CONASS indica que, apesar de existirem inúmeras e diferentes conceituações de regulação em saúde identificam dois tipos principais de regulação no sistema de saúde: *“a regulação sanitária de bens e serviços, e a regulação da assistência. A primeira se refere aos esforços das autoridades sanitárias de minimizar os efeitos adversos gerados pelos produtos e serviços por meio da economia, especialmente aqueles associados com a produção de produtos alimentares e alimentos. A regulação da assistência se refere às organizações com funções de financiamento, provisão e funções de desenvolvimento de pesquisas”* (pág. 19).

³⁹ Portaria nº 2.907, de 23 de novembro de 2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

⁴⁰ Brasil. Tribunal de Contas da União. Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS. Tribunal de Contas da União. Ministro Relator: José Jorge. Brasília: TCU,

das capitais, das mesmas Unidades Federadas ⁴¹. Resumidamente, o estudo indicou as conclusões indicadas no quadro abaixo.

Quadro sobre as principais conclusões do TCU sobre Regulação Assistencial do SUS.

Área	Conclusões
Planejamento e Programação (PPI)	▪ Apesar de o processo da atualização da PPI estar normatizado e de ser vital para que o instituto da PPI desempenhe seu papel estratégico, a situação preconizada pelos atos normativos está longe de ser realidade;
	▪ A maioria dos estados auditados não tem a PPI atualizada física e financeiramente;
	▪ Em apenas dois dos oito estados visitados a atualização era levada a cabo sempre que o fluxo assistencial se alterava. Sem atualização, a PPI perde sua função de nortear as ações de saúde no estado, tornando-se apenas um instrumento de distribuição de recursos financeiros;
	▪ Após o processo da PPI é fundamental que sejam adotados mecanismos para o seu monitoramento, prática esta não observada pela maioria das 16 secretarias de saúde auditadas;
	▪ Os entes não são providos de um instrumento que permita o acompanhamento do que foi produzido em relação ao que foi programado, para identificar gargalos, demandas reprimidas e orientar a atualização do instrumento de planejamento;
Contratação	▪ O planejamento para a contratação de leitos junto à rede particular de prestadores de serviços de saúde ainda é precário na maior parte dos municípios brasileiros.
	▪ As contratações não são realizadas tomando como base as necessidades da população, nem é feita uma definição clara de quais serviços e em que quantidade deve haver tal complementação;

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. A fiscalização trata especificamente dos seguintes assuntos: Programação Pactuada e Integrada (PPI); contratação de prestadores de serviço para o SUS; implantação e operacionalização dos Complexos Reguladores; fluxo de informações da regulação; e, internações hospitalares de média e alta complexidade. Foram selecionados oito estados para serem visitados: Mato Grosso; Minas Gerais; Pará; Paraná; Piauí; Rio de Janeiro; Rio Grande do Sul; e São Paulo.

⁴¹ Foram selecionados oito estados para serem visitados: Mato Grosso; Minas Gerais; Pará; Paraná; Piauí; Rio de Janeiro; Rio Grande do Sul; e São Paulo, incluindo as 08 SES, 08 SMS das capitais e 16 SMS de municípios.

Área	Conclusões
	- Normalmente, o que rege o processo de contratação é a oferta dos serviços e não a demanda. Em nenhuma das secretarias de saúde auditadas é realizado procedimento licitatório para esse fim. - Outro problema identificado nos contratos existentes foi a ausência das cláusulas essenciais aos contratos administrativos. Devido às falhas na formalização dos contratos, verificou-se que muitas secretarias de saúde não realizam o acompanhamento e a fiscalização dos mesmos;
CNES	Os gestores realizam a alimentação dos dados no CNES mensalmente apenas como uma formalidade, mas sem que haja uma real verificação da validade dos dados. Foi evidenciado que, na maioria das secretarias de saúde, o número de leitos cadastrados no CNES é divergente do número de leitos previsto nos contratos e, ainda mais grave, do número de leitos colocados à disposição da regulação;
Termo de Compromisso	Constatou-se lentidão no cumprimento das metas pactuadas Termos de Compromisso de Gestão (TCG) e a falta de seu acompanhamento efetivo. Em sete dos oito estados visitados, o prazo do TCG já expirou sem que houvesse a conclusão do projeto;
Complexos Reguladores	- A maioria dos estados visitados não realiza o monitoramento da implantação dos complexos reguladores de forma adequada. Alguns deixam, inclusive, a cargo de terceiros essa atribuição; - A falta de grade resolutiva que oriente toda a regulação das internações hospitalares, abrangendo as de urgência e as eletivas, também foi apontado como deficiência pela auditoria; - A operacionalização da regulação não é instrumentalizada plenamente por protocolos operacionais, necessários para a padronização dos procedimentos adotados pelos operadores da Regulação Assistencial; - Um dos fatores complicadores para a integração entre as centrais de regulação é que a regulação dos prestadores de saúde das capitais não é executada por um comando único; - Evidenciou-se que a informatização dos complexos reguladores ainda é incipiente na maioria dos estados, que não apresenta sistemas informatizados de regulação de leitos;

FONTE: Brasil. Tribunal de Contas da União. Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS. Tribunal de Contas da União. Ministro Relator: José Jorge. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. Quadro elaborado pelo autor.

Apesar da auditoria do TCU centrar-se na regulação assistencial dos procedimentos de internação hospitalar de média e alta complexidade, buscou focar na Programação Pactuada e Integrada (PPI) como o elemento principal para o planejamento das necessidades de saúde da população, a partir do qual se realizaria a contratação de serviços e o monitoramento e acompanhamento do que foi produzido em relação ao que foi contratualizado e programado. Além disso, indicava as falhas nos processos de contratualização, de cadastramento dos serviços, no cumprimento dos Termos de Compromisso de Gestão e na organização e funcionamento dos Complexos Reguladores.

A partir desta avaliação foi aprovado Acórdão pelo TCU e Plenário do CONASS em 2010. Em 2015 o CONASS emitiu Nota Técnica⁴² que expunha a situação de cumprimento deste Acórdão. Em avaliações realizadas em 2011 e 2013, concluíram que das

quatro determinações e quatorze recomendações direcionadas às Secretarias do Ministério da Saúde, no intuito de tratar as irregularidades detectadas pela auditoria (...) as deliberações promovidas no Acórdão (...) não implementadas, em implementação ou parcialmente cumpridas, representam 75% do total de comandos. Ou seja, apenas 25% dos comandos foram atendidos integralmente, o que não pode ser considerado um percentual razoável, principalmente se levarmos em consideração que o citado acórdão é de 2010⁴³.

Assim, o Pacto pela Saúde também enfrentava várias dificuldades para implantação das diretrizes de Regulação em Saúde, apesar de estabelecer novos processos e instrumentos, uma vez que ainda se confrontava com as fragilidades das equipes gestoras dos três níveis governamentais.

⁴² _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nota Técnica 02 / 2015. Fiscalização de Orientação Centralizada na Regulação Assistencial do SUS – Tribunal de Contas da União Acórdão 1.189/2010 e Acórdão 182/2015. Brasília, 02 de março de 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2015/07/NT-02-2015.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁴³Ibidem.

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Coleção: Para Entender a Gestão do SUS 2011, volume 10. Brasília, CONASS 2011, 126p.

Brasil. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Portaria n.º 569 / GM, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS. Tribunal de Contas da União. Ministro Relator: José Jorge. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.

Machado, C. V. Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências. In Negri, B. e Vianna, A. L. A. O sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. SP CEALAG, 2002.

Marques, A. J. S., Mendes, E. V. e Lima, H. O. (Org.) O Choque de gestão em Minas Gerais: Resultados na Saúde. Belo Horizonte. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

Mendonça, C. S. e Moraes, J. C. (organizadores.). A política regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12)

Mendonça, C. S., Reis, A. T., Moraes, J. C. (orgs.). A política regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12), pag. 19.

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

Ministério da Saúde, SAS e DRAC. Manual de Preenchimento dos Quadros da Portaria GM 1097 de 22 de Maio de 2006.

Ministério da Saúde. NOB - SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996. Brasília, 1997.

Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Série normas e manuais técnicos. Brasília, DF, 2002. A NOAS – SUS 01/02

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002.

Ministério da Saúde. Portaria SAS nº. 423 de 09 de julho de 2002. Acessada in <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-423re.htm>, em 01 de junho de 2012.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, Anexo, A Regulação Médica das Urgências.

Ministério da Saúde. Portaria nº 358, de 22 de fevereiro de 2006.

Ministério da Saúde. Portaria Nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. DOU de 23 de fevereiro de 2006.

Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 494, de 30 de julho de 2006.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006, DOU de 23/05/2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Ministério da Saúde. SAS - DRAC Manual de Implantação de Complexos Reguladores. Julho de 2006.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.571, de 29 de junho de 2007.

Ministério da Saúde. Portaria nº 204 / GM de 29 de janeiro de 2007.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.907, de 23 de novembro de 2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

SCHILLING, C. M., REIS, A. T. e MORAES, J. C. A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).

ANEXO

Quadro de Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria, segundo o Pacto Pela Saúde.

Âmbito	Município	Estado
Ação Complementar		4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
Recursos Financeiros	4.1 Todo município deve monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;	4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios; 4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;
Planejamento em Saúde		4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
Identificação de Usuários do SUS	4.2 Todo município deve realizar a identificação dos usuários do SUS , com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;	4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual , com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
Vigilância em Saúde	4.3 Todo município deve monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde , realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;	

Âmbito	Município	Estado
Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos	4.4 Todo município deve manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;	4.6 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde , bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;
Protocolos	4.5 Todo município deve adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas , em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;	4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso , no âmbito estadual, em consonância com o protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;
	4.6 Todo município deve adotar protocolos de regulação de acesso , em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;	
Referências	4.7 Todo município deve controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;	4.8 Controlar a referência a ser realizada em outros estados , de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
		4.9 Operar a central de regulação estadual , para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com a centrais de regulação municipais;
Programação Físico Financeira	4.8 a) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde , b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares ambulatoriais, c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;	
Complexo Regulador e Acesso	4.9 Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território , de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a cogestão com o estado e outros	4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e

Âmbito	Município	Estado
	municípios, das referências intermunicipais.	conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
	4.10 Executar o controle do acesso do seu município no âmbito do seu território , que pode ser feito por meio de centrais de regulação: a) aos leitos disponíveis, b) às consultas, c) às terapias e aos exames especializados;	4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais ;
	4.11 Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências , conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;	4.12 Participar da cogestão dos complexos reguladores municipais , no que se refere às referências intermunicipais;
		4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;
		4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação ;
Contratualização	4.12 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação dos serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada de atenção à saúde;	4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
	4.13 Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;	4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como de unidades públicas;
		4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
Serviços de Saúde	4.14 Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;	

Âmbito	Município	Estado
	4.15 Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços ;	4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;
	4.16 Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde , por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;	4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
	4.17 Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde , públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;	
	4.18 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde , públicos e privados, sob sub gestão;	
	4.19 Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território	
PPI		4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios , das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
		4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios , das normas de solicitação e autorização da internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
Programação Físico Financeira		4.22 a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais ,

Âmbito	Município	Estado
		c) monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; d) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e e) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
Consórcios		4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde ;
Redes Regionais		4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais ;
Avaliação		4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos , por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
		4.26 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual ;
		4.27 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
		4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde ;
		4.29 Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde ;
Auditoria		4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.
		4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão .

FONTE: PORTARIA Nº 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

AS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DO ACESSO EM ÂMBITO REGIONAL E ESTADUAL EM SÃO PAULO¹

Domenico Feliciello ²

Carmen Tella e

Kátia Santos Araújo ³

Historicamente o conceito de regulação foi introduzido na SES - SP em 1990, oriundo da França dando origem ao Projeto Resgate 193. Em 1992 foi instalado um plantão de escuta médica na SMS – SP para ordenar o fluxo de pacientes graves entre os hospitais e que foi incorporado na SES – SP em 1995, sendo ampliado o seu número para a Grande São Paulo.

Em 1998 ocorreu a criação de 19 Centrais de Regulação Regionais nas antigas DIRs do interior visando à implantação do Sistema Regional de Referência Hospitalar para as Urgências e Emergências na SES – SP.

A partir de 2001 e 2002 é publicado um conjunto de normas, pelo MS relacionado com a regionalização ⁴ e à organização de ações de controle,

¹ O texto a seguir foi produzido no âmbito do Projeto: Diagnóstico das Centrais de Regulação de Acesso da RMC e Proposição de Ações para Organização de Complexo Regulador; em 2012, no qual, além do diagnóstico das SMS dos Municípios da Região, foi elaborado diagnóstico do Departamento Regional de Saúde de Campinas, da SES – SP, visando a proposição de estratégias para reorganização do Complexo Regulador Regional.

² Doutor em Saúde Coletiva, atualmente pesquisador associado do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp.

³ Pesquisadoras colaboradoras do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp.

⁴ Neste período são publicadas várias portarias pelo Ministério da Saúde / SAS incluindo: 1) Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar; 2) Portaria nº 423 de 09 de Julho de 2002, que aprova detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS; 3) Portaria nº 729 de 14 de

regulação e avaliação, além da instituição da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). Estas normas definiam em detalhes as competências dos diferentes níveis governamentais nas várias áreas.

Em 2002 foi implantada, na Secretaria Estadual de Saúde, a CERAC (Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade) que fazia interface com CNRAC para atender pacientes de outros estados do Brasil nas áreas de cardiologia, neurocirurgia, ortopedia, oncologia e epilepsia. Foi publicada ainda a Portaria nº 2048/GM que estabelecia a implantação do Sistema de Regulação.

Em 2004 a Coordenadoria de Saúde do Interior (CSI) reformulou as Centrais de Regulação Estaduais Regionais (CRER) do interior do estado diminuindo seu número para doze (12) com funcionamento 24 horas e quatro (4) com funcionamento de 12 horas. Mantiveram-se as quatro CRER da região da Grande São Paulo.

Posteriormente em 2006 a CRER assume novos papéis entre eles o de Call Center. Com a edição do Pacto pela Saúde, ainda em 2006 pelo Ministério da Saúde, ocorre a reorganização da CRS da SES - SP que passa a contar com dezessete (17) DRS e 64 Regiões de Saúde, em 2007.

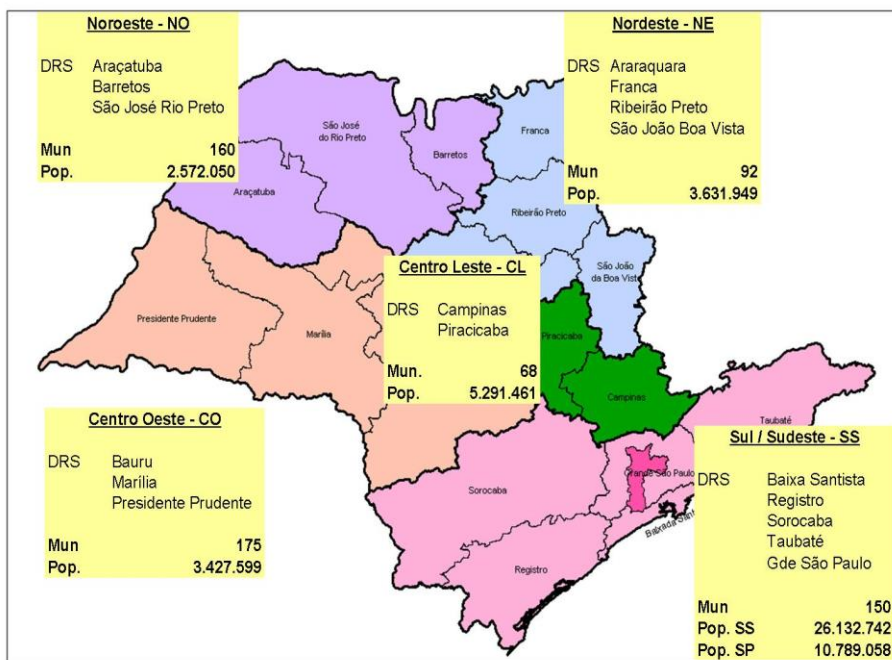
Neste mesmo período, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão e regulamenta a implantação desses Pactos ⁵.

Em 2008 ocorre a Centralização das Centrais da Grande São Paulo em espaço único (DRS 1) sendo elaborada proposta de Implantação de 05 Complexos Macrorregionais de Regulação (CMRR – Figura 12).

Outubro de 2002, que estabelece indicadores de avaliação, bem como os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência, previsto no item 47 do Capítulo II. 3 da NOAS 01/2002, visando à implementação da organização e do funcionamento dos componentes de planejamento, controle, regulação e avaliação assistencial dos Estados e Municípios habilitados, ou que vierem a ser habilitados, na Gestão Plena do Sistema de Saúde pela NOAS SUS 01/2002; 4) Portaria nº 2309, de 19 de dezembro de 2001, que institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC.

⁵ Portaria GM/MS nº 399/2006 – Estabelece as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Portaria GM/MS nº 699/2006 – Regulamenta a implantação dos Pactos pela Vida e Gestão do SUS e institui o Termo de Compromisso de Gestão

Figura 1 – Macrorregiões da SES – SP e organização de 05 Complexos Reguladores.



Fonte: SES - SP

Segundo o projeto da SES – SP ⁶, todo município deveria organizar uma atenção básica resolutive que fizesse solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência. O Complexo Regulador Municipal deveria ser responsabilidade da gestão municipal, entretanto, quando existirem serviços estaduais a regulação do acesso seria operacionalizada em cogestão. Propunha como principais atribuições do gestor municipal:

- Regular o encaminhamento dos seus munícipes para outros municípios;
- Regular os procedimentos ofertados pelo município para seus próprios munícipes e para os outros municípios que fazem

⁶ As observações sobre o projeto de Complexos Reguladores da SES – SP estão embasadas em: NOMURA, A. B. N. Política Estadual de Regulação da SES – SP. Arquivo Power Point, abril 2009.

referência para ele articulado com a Central de Regulação do DRS.

Quanto ao Complexo Regulador Estadual, sob responsabilidade da gestão estadual, sua principal atribuição seria realizar a referência intermunicipal. Definia-se como escopo deste Complexo:

- Conjunto de procedimentos ambulatoriais e/ou hospitalares que serão regulados;
- Definição dos recursos físicos e financeiros alocados, para atendimento da população própria e referenciada;
- Definição das Unidades Solicitantes e Unidades Executantes.

A regulação do acesso aos serviços estaduais seria realizada pela Central de regulação dos DRS e quando existissem serviços municipais no território a regulação do acesso seria operacionalizada em cogestão entre gestores municipais e estadual.

Nota-se nesta proposta um foco centrado na questão do acesso a procedimentos, estando ausentes as preocupações acerca da necessária articulação com o planejamento regional, a avaliação e controle, a contratualização e o cumprimento dos Termos de Compromisso do Pacto da Saúde.

Conforme a política nacional do Ministério da Saúde, a SES – SP também propunha a constituição de centrais de regulação de acesso, incluindo:

Central de Regulação Ambulatorial para acesso à consultas especializadas e exames. Para seu adequado funcionamento, reconhecia que deveria ocorrer a regulação pela atenção básica através do uso de protocolos padronizados e encaminhamentos adequados aos demais níveis de atenção, bem como a regulação do acesso às consultas especializadas e exames. Esta central deveria funcionar todos os dias úteis, no período diurno, com médico de referência.

Central de Regulação de Urgências incluindo: regulação pré-hospitalar composta pelo atendimento primário de urgência, o SAMU e 192; regulação inter hospitalar para a transferência de pacientes e atendimento secundário de urgência. Esta central deveria funcionar 24 horas com médico regulador plantonista

Central de Regulação de Leitos para a regulação de leitos hospitalares de diversas clínicas e retaguarda aos Prontos Socorros. Esta central funcionaria no período diurno com médico regulador.

Expunha ainda a possibilidade de compor os Complexos Reguladores com outras centrais de regulação específicas que atuem com um universo menor de procedimentos, como, por exemplo: Central de Regulação de Terapia Renal Substitutiva, Central de Psiquiatria, Central de Oncologia, ou outras a critério do gestor e do volume de recursos a ser regulado.

Em 2009 ocorre a centralização das Centrais de Urgência inter hospitalares dos DRS em espaço físico em São Paulo no período de 24 horas e, em 2011 é lançado o Portal CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde, que inicialmente centraliza as vagas de urgência e emergência no estado ⁷. Posteriormente esse portal irá integrar as ações voltadas para a regulação do acesso na área hospitalar e ambulatorial, contribuindo para a integralidade da assistência, propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão ⁸. O Portal unificou os sistemas Conexa, Regnet Leitos, Regnet Urgência, Hospnet e Resgate.

Nesse movimento a SES – SP promoveu a centralização das centrais, incluindo:

- Regulação pré-hospitalar – regulação de recursos hospitalares, baseada em informações das condições operacionais nas unidades hospitalares de atendimento, por turno;
- Regulação de urgências – regulação de solicitações de recursos de urgência, baseado em protocolos clínicos e de regulação;
- Regulação de leitos – regulação de leitos com emissão de AIH, baseado em mapas de leitos e mapas de ocupação;
- Regulação de leitos contratados – regulação de leitos contratados sem emissão de AIH, baseado em mapas de leitos e mapas de ocupação;

⁷ <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2011/julho/sp-ganha-1-central-online-de-vagas-de-uti-pelo-sus-do-brasil>, em 28/02/2012.

⁸ <http://www.cross.saude.sp.gov.br>, em 22/02/2012.

- Regulação ambulatorial – regulação de consultas especializadas e procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico

Figura 2 – Portal CROSS da SES – SP, 2011.

Portal CROSS

File Conosco: ☎ +55 (11) 3130-6500 Opção 2 | ✉ helpdesk@cross.org.br

CROSS
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE
OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Selecione o módulo desejado e informe seu usuário e senha.

- Regulação Pré-hospitalar
- Regulação de Urgências
- Regulação de Leitos
- Regulação de Leitos Contratados
- Regulação Ambulatorial
- Regulação Hospitalar

Usuário: Senha:

Código de segurança:

CROSS- CENTRAL DE REGULAÇÃO DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo entendendo a Regulação como uma importante ferramenta de gestão do sistema de saúde pública, que tem entre seus objetivos a equidade do acesso implementada através de ações dinâmicas, executadas de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, criou a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), que congrega as ações voltadas para a regulação do acesso na área hospitalar e ambulatorial, contribuindo para a integralidade da assistência, propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão.

Bem-vindo ao portal CROSS

O Portal CROSS reúne os sistemas de regulação da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. A partir de agora você receberá notícias por este quadro.

Portal CROSS

Copyright 2010 - Direitos Reservados

Fonte: <http://www.cross.saude.sp.gov.br/#>

Entretanto o sistema é assimétrico, pois em algumas áreas permite o acesso às vagas via internet através da distribuição de cotas para os municípios, mas em outras áreas o acesso à vaga ainda ocorre de modo tradicional, isto é através de contato telefônico dos municípios com a central estadual, como no caso das urgências e emergências.

Além disso, a totalidade das vagas dos serviços sob gestão estadual ainda não estão inseridas no portal, uma vez que está em curso a elaboração de planos operativos destes serviços.

Em março de 2010 é editada Deliberação da CIB ⁹, incluindo as diretrizes já apontadas pela SES – SP, sendo posteriormente atualizada por nova deliberação de fevereiro de 2012 ¹⁰, que aprovam diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo.

Na realidade, a diferença principal entre estas duas deliberações refere-se à introdução de dispositivos que estruturam os Complexos Reguladores segundo Redes Regionais de Atenção à Saúde ¹¹, propondo a criação de um Complexo Regulador Estadual e onze Complexos Reguladores Regionais.

Segundo o Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo, além do desenho das RRAS (Figura 14), propõem-se a gestão destas redes através de Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção à Saúde (CG-Rede) com as seguintes atribuições:

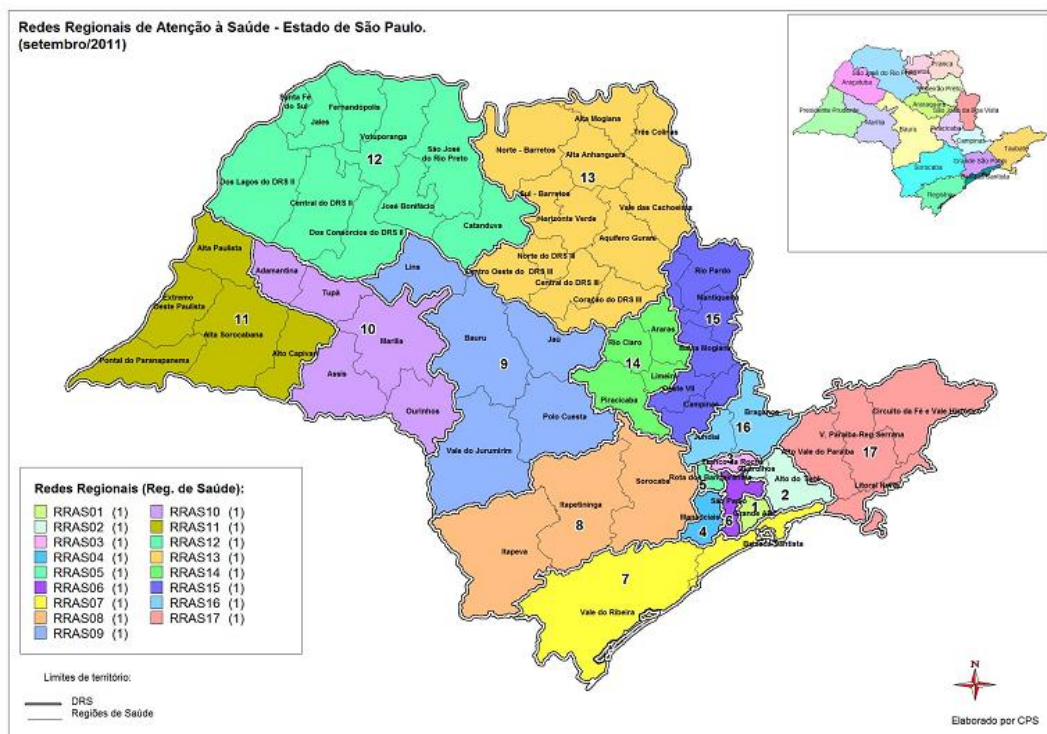
- Elaborar e manter atualizado o diagnóstico da capacidade instalada da Rede Regional de Atenção à Saúde, bem como dos seus fluxos de referência, contando com apoio de Câmara Técnica e quando necessário de grupos de trabalho;
- Acolher as demandas assistenciais oriundas dos Colegiados de Gestão de Regional de sua área de abrangência, bem como as propostas de fluxos de referência, compatibilizando-os com os recursos assistenciais existentes e as pactuações com as demais RRAS;

⁹ CIB SP – Deliberação Nº 14 de 22 de março de 2010 aprovando diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo.

¹⁰ CIB SP - Deliberação Nº 27 de 08 de fevereiro de 2012 aprovando diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo.

¹¹ CIB SP - Deliberação Nº 36 de 21 de setembro de 2011 aprovando o desenho de Redes Regionais de Atenção à Saúde bem como suas formas de gestão; e Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo SES SP – COSEMS SP. Setembro de 2011, arquivo pdf.

Figura 3 – Desenho das RRAS proposta pela SES – SP, 2011.



Fonte: Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo SES SP – COSEMS SP

- Coordenar a definição do desenho e fluxos das redes temáticas em sua área de abrangência;
- Analisar e propor adequações nos perfis assistenciais dos estabelecimentos que integram a Rede, de acordo com as demandas e submetê-los aos CGR para pactuação.
- Apoiar os CGR / CIR na implantação das redes temáticas no seu território;
- Monitorar, por meio dos gestores respectivos, o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas dos prestadores, independente de sua natureza;

- Instituir mecanismos de regulação assistencial por meio de cogestão regional, considerando a oferta da rede de saúde suplementar;
- Avaliar o desempenho da Rede Regional de Atenção à saúde;
- Avaliar permanentemente a composição de sua rede;
- Identificar áreas de estrangulamento e vazios assistenciais, propondo critérios e premissas que contribuam para a elaboração pelos respectivos CGR / CIR de um Plano Diretor de Investimento e custeio e promover sua compatibilização com os recursos existentes e as pactuações com as demais RRAS;

Neste sentido, o CG – Rede assumiria um conjunto de responsabilidades muito semelhante às aquelas estabelecidas para os Complexos Reguladores, o que demonstra certa incapacidade em definir responsabilidades mais de acordo com a gestão de uma RRAS, uma vez que deveria prever ações de planejamento, organização do funcionamento da própria RRAS, acompanhamento e monitoramento deste funcionamento, entre outros.

Por outro lado, as Deliberações CIB, que aprovam as diretrizes para regulação no Estado de São Paulo partem de várias interpretações e dimensões que o conceito de regulação abrange, mas entendem a regulação assistencial como “o estabelecimento, pelos gestores do SUS, de medidas e ações que garantam o acesso e o atendimento efetivo da população, preferencialmente nos serviços de saúde existentes em suas regiões de residência, mas também em serviços de saúde de outras regiões, quando for o caso”.

Além de numerar vários motivos que justifiquem a regulação assistencial, indica seu objetivo central no sentido de “tornar o acesso da população aos serviços de saúde, mais justo, equitativo e adequado com suas necessidades e, com o potencial produtivo do sistema de saúde, garantindo presteza, qualidade e eficiência”. Deste modo, lista as principais fragilidades a serem enfrentadas com as ações de regulação, incluindo:

- A necessidade de viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma adequada à complexidade de seu problema;
- A desigualdade na capacidade produtiva e resolutive de sistemas de saúde municipais, regionais e estaduais que exigem o atendimento de populações em regiões externas à sua área de

residência (seja no âmbito municipal, regional ou estadual), por meio de referências pactuadas;

- O estabelecimento de referências pactuadas encontra resistências em muitos municípios, regiões e principalmente prestadores de grande porte com o surgimento de nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população (principalmente aquela externa) às ações e serviços, apesar da expansão da rede observada nos últimos anos;
- A organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações em grande parte das regiões é insuficiente, fragmentada ou parcial, dificultando o acesso da população para determinados procedimentos de saúde;
- A possibilidade de subsidiar o redimensionamento da oferta e da demanda contribuindo para a otimização da utilização dos recursos, não em uma lógica meramente financeira, mas de maneira a buscar a qualidade e a integralidade da ação.

Segundo a Deliberação CIB, em todos estes casos, o objetivo central da regulação é tornar o acesso da população aos serviços de saúde, mais justo, equitativo e adequado com suas necessidades e com o potencial produtivo do sistema de saúde, garantindo presteza, qualidade e eficiência. A Deliberação da CIB de 2012 reconhece o papel central da atenção básica, na medida em que:

- A organização da atenção básica com a ampliação da sua capacidade resolutiva é fundamental para o processo regulatório;
- O atendimento da demanda da rede básica, realizado por meio de uma escuta qualificada, propicia uma referência adequada para os serviços de maior densidade tecnológica
- As Unidades Básicas de Saúde são a principal origem das demandas que serão objeto das práticas regulatórias, pois realizam a gestão do cuidado de cada indivíduo no território sob sua responsabilidade, garantindo o acesso aos recursos de maior

densidade tecnológica através de uma rede de referência e contrarreferência regionalizada e hierarquizada ¹².

Neste sentido, relaciona um conjunto de ações de regulação assistencial a serem implantadas, quais sejam:

- Mapeamento dos recursos existentes identificando as unidades solicitantes e as executantes;
- A pactuação de fluxos e protocolos, com priorização de riscos, a serem utilizados pela atenção básica para encaminhamento aos serviços de maior densidade tecnológica;
- A regulação médica da atenção pré-hospitalar e inter hospitalar das urgências;
- O controle e priorização dos leitos disponíveis, da agenda de consultas e exames especializados;
- A padronização dos mecanismos e formas de solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas, inclusive, quando necessário, por meio de protocolos assistenciais;
- A organização de fluxos de referência e contrarreferência entre unidades, municípios e regiões, conforme pactuações de protocolos assistenciais padronizados;
- O fornecimento de subsídios para o planejamento com a explicitação de vazios assistenciais e escassez de oferta;
- Organização e regulação do transporte sanitário.

No conjunto, tanto o Termo de Referência das RRAS quanto as Deliberações sobre as Diretrizes de Regulação acabam centrando seu foco na regulação do acesso a procedimentos (internações, consultas e exames), na definição de fluxos de acesso, no uso de protocolos de encaminhamento e de critérios de priorização.

As ações que se referem ao planejamento de necessidades e demandas, à PPI e seus reflexos nas contratualizações, ao controle e avaliação do que é

¹² CIB SP - Deliberação Nº 27 de 08 de fevereiro de 2012 aprovando diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo. Item II, Regulação de Acesso ou Assistencial, pag. 02. Arquivo pdf.

realizado, entre outras, são pouco valorizadas, assim como os mecanismos necessários para a implantação e gestão efetiva desse conjunto de ações regulatórias.

Deste modo, as normas estabelecidas se caracterizam principalmente como diretrizes, mas que possuem pouca efetividade para sua implantação, na medida em que não definem mecanismos e instrumentos para tal e nem estabelecem metas a serem atingidas. Na realidade acabam dependendo da vontade política dos gestores municipais e estadual de saúde em estabelecer compromissos compartilhados. Na realidade essa situação reflete o momento do SUS, na medida em que após o movimento de municipalização autônoma busca-se implantar uma regionalização cooperativa e pactuada que requer o compartilhamento de recursos e a cogestão.

A deliberação da CIB de 2012 assume também como estratégia para operacionalizar a regulação do acesso, a organização de Complexos Reguladores que consistiria na articulação e na integração de centrais de urgências, centrais de internações, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos. Assume ainda que as Centrais de Regulação devem ter abrangência municipal e/ou regional.

Além de descrever cada central de regulação, indica que as RRAS são compostas por várias Redes Temáticas, constituídas por serviços de variada densidade tecnológica, articulados entre si e, neste sentido, aponta as vantagens em organizar ações de regulação no âmbito das redes, indicando que cada RRAS deverá implantar um Complexo Regulador integrado por Centrais de abrangência municipal ou regional.

Aponta que todo município deve organizar ações de regulação visando: melhorar o acesso de sua população aos serviços de saúde locais; realizar o acompanhamento do cuidado prestado aos usuários; melhorar a qualidade, racionalizar e tornar mais eficiente o uso dos recursos de saúde existentes; e, qualificar os encaminhamentos de sua população para recursos de saúde externos.

Assume que compete ao Estado apoiar os municípios no desenvolvimento de sua capacidade de regulação e, que a regulação deve ser realizada por meio de cogestão da central municipal (se existir) e do Complexo Regulador da RRASS correspondente, podendo existir diferentes modalidades de articulação, conforme pactuação prévia entre os gestores envolvidos.

A deliberação estabelece ainda as competências do complexo regulador em cada nível, conforme indicado no quadro a seguir.

Quadro de competências dos Complexos Reguladores em cada esfera de gestão do SUS. Deliberação CIB 08-02-2012

Complexo Regulador Estadual	Complexo Regulador Regional	Complexo Regulador Municipal
1 - Operar na mesma estrutura do Complexo Regulador Metropolitano (como unidade do Complexo Regulador Estadual, que trabalhará integrado com os Complexos Reguladores Regionais e Municipais)	1 - Definir as Redes temáticas prioritárias que serão escopo da Central	1 - Definir as Redes temáticas prioritárias que serão escopo da Central
2 - Intermediar as demandas não resolvidas nos Complexos Reguladores Regionais	2 - Mapear todos os recursos de saúde sob gestão estadual e municipal das Redes Temáticas definidas	2 - Mapear os recursos de saúde existentes no município definindo as unidades executantes e solicitantes
3 - Atender as demandas eletivas de outros estados nas especialidades de neurocirurgia, cardiologia, ortopedia, oncologia e epilepsia por meio da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade - CERAC-SP, articulada com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC	3 - Pactuar fluxos e protocolos destas redes	3 - Pactuar fluxos e protocolos com as unidades executantes e solicitantes do seu território e regionalmente
4 - Regular o acesso aos serviços estratégicos e de escala reduzida como Cirurgia Cardiológica Infantil, leitos referenciados para Tuberculose e Hanseníase e outros a serem definidos pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB	4 - Mapear as portas hospitalares estratégicas para urgência dos hospitais sob gestão estadual e municipal com abrangência regional, que deverão disponibilizar sua oferta ao Complexo Regional	4 - Mapear as portas hospitalares estratégicas para urgência dos hospitais existentes no município
5 - Coordenar a Unidade de Desenvolvimento e Acompanhamento do Sistema de Informação Estadual Portal	5 - Promover a inclusão da oferta de todos os serviços sob gestão estadual no atual sistema de informação- Portal	5 - Operacionalizar os recursos do município por intermédio de sistema de informação

Complexo Regulador Estadual	Complexo Regulador Regional	Complexo Regulador Municipal
CROSS nas diferentes modalidades: Modulo pré hospitalar, Modulo leitos de apoio, Modulo Urgência inter hospitalar, Modulo ambulatorial	CROSS, na perspectiva de articulação e interface com os demais sistemas de informação já existente(SISREG/SIGA e outros)	
6 – Promover a inclusão imediata da oferta de todos os serviços sob gestão estadual no atual sistema de informação – Portal CROSS, na perspectiva de articulação e interface com demais sistemas de informação já existentes (SISREG/SIGA e outros)	6 - Operacionalizar os recursos da região por intermédio de sistema de informação	6 - Analisar regularmente todos os dados compilados e compartilhá-los de maneira que se possa programar ações e corrigir distorções, especialmente no Colegiado de Gestão Regional - CGR
7 – Estruturar unidade de monitoramento dos planos operativos dos contratos dos prestadores	7 - Analisar regularmente todos os dados compilados e compartilhá-los de maneira que se possa programar ações e corrigir distorções	7 - Operar em cogestão com o Complexo Regulador Regional
	8 - Operar em cogestão com os Complexos Reguladores Municipais	
	9 - Acionar o Complexo regulador estadual quando esgotada capacidade de resolução das demandas no âmbito das RRAS	

Fonte: CIB SP - Deliberação Nº 27 de 08 de fevereiro de 2012 aprovando diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo

A Deliberação da CIB indica também a importância e a necessidade de monitoramento tanto da estrutura organizacional quanto do processo regulatório e, para tanto sugere um conjunto de indicadores para monitoramento.

Apesar dos avanços quanto à estruturação de um conjunto de normas para organização das ações de regulação no SUS e nas RRAS, bem como de detalhamento das responsabilidades e atividades em cada âmbito de gestão (estadual, regional e municipal), não estão definidas as responsabilidades quanto aos recursos necessários, quanto à forma de gestão na implantação

destas ações, bem como quanto às formas de monitoramento e avaliação do conjunto de ações de regulação, nas diferentes esferas de governo.

A REGULAÇÃO DO ACESSO NO ÂMBITO REGIONAL DO DRS CAMPINAS

O Núcleo de Regulação do Departamento Regional de Campinas iniciou as atividades em 1998, primeiramente com a regulação da urgência, gradativamente incorporou as atividades de agendamento de consultas e exames. Na sua implantação funcionava 24 horas, já que sua principal função era a regulação de urgência, a partir de agosto de 2009 essa atividade foi centralizada na CRUE, em SP, no período noturno, fins de semana e feriados. Em fevereiro de 2010, a regulação da urgência foi centralizada integralmente na CROSS – Central de Regulação da Oferta de Serviços de Saúde, em SP. Com o organograma instituído pela SES em 2006, o Núcleo de Regulação é um dos 3 núcleos do Centro de Planejamento e Avaliação em Saúde do DRS. Está instalado no prédio do Departamento Regional de Saúde, funciona das 7 às 17 horas, é composta pela seguinte equipe:

- 1 Diretor de Núcleo (administrador de empresas);
- 13 médicos;
- 3 auxiliares de enfermagem;
- 1 assistente social;
- 8 administrativos.

Atua na regulação de consultas e exames para os 42 municípios de abrangência do DRS Campinas, para os DRS Piracicaba, São João da Boa Vista, Sorocaba e Taubaté. Possui como atribuições:

1. Regulação de exames e consultas ambulatoriais de média e alta complexidade;
2. Regulação de solicitações secundárias e contra referências hospitalares;
3. Regulação de internações psiquiátricas;
4. Regulação de Terapia renal substitutiva;
5. Regulação de Radioterapia;
6. Apoio técnico aos municípios na regulação de urgência;
7. Organização da contrarreferência.

No que se refere às atividades que realiza, estão incluídas:

1. Autorização de laudos de APAC e agendamento para:
 - Cateterismo
 - Ressonância
 - Tomografia
 - Medicina Nuclear
 - Litotripsia
 - Arteriografia
2. Autorização e agendamento de exames e consultas
3. Distribuição das vagas dos Ames Atibaia, Santa Bárbara e Jundiaí para os municípios de abrangência e dos Hospitais Estadual de Sumaré e da Universidade São Francisco;
4. Operação do RegNet
5. Redes de Alta Complexidade – avaliação de risco e necessidades
6. Transferências das urgências

Para realizar suas atividades conta com os seguintes prestadores, sob gestão de âmbito estadual:

- HC da Unicamp
- PUC-Campinas
- Hospital da Universidade São Francisco
- Centro Boldrini
- Centro de Reabilitação Lucy Montoro
- Sobrapar
- AME Santa Barbara d'Oeste
- AME Atibaia
- AME Jundiaí
- Centro Especialidades de Itatiba (teste ergométrico)
- HC São Paulo
- Incor – São Paulo
- Hosp. Municipal Mario Gatti (gestão municipal).

É necessário ressaltar ainda o Projeto Pró Santa Casa da SES – SP na RMC. Os municípios que participam deste projeto (05 municípios – Cosmópolis, Campinas, Sta. Bárbara D'Oeste, Itatiba e Valinhos) entram com 30% de recursos e a SES – SP com 70%. Entretanto, quando o repasse dos municípios às respectivas Santas Casas já é igual ou superior ao estabelecido, não há obrigatoriedade de alocar mais recursos municipais.

No caso das Santas Casas que participam do projeto é elaborado um Termo Aditivo pela SES – SP incluindo um Plano Operativo, estabelecido e aprovado nos CGRs, contemplando o valor de R\$450.000,00 por RS. O acompanhamento destes planos é realizado por comissões, por RS, composta por técnicos dos municípios e representantes do DRS.

A utilização de vagas, oriundas deste projeto, é estabelecida no Plano Operativo incluindo o que cada município da RS vai utilizar de cada tipo de vaga e procedimentos (exames, consultas e internações).

Fluxos de agendamento na Central de Regulação Regional

A seguir estão descritos os fluxos de agendamento de procedimentos, encaminhados pelos municípios da RMC, para atendimento nos serviços de saúde sob gestão da DRS Campinas.

Fluxo para os procedimentos que geram APAC

Incluindo o cateterismo, ressonância, tomografia, medicina nuclear, litotripsia e arteriografia, o núcleo de regulação segue o seguinte fluxo:

- O município envia por malote, seguindo os protocolos para os referidos exames, para o núcleo de regulação regional.
- O médico regulador prioriza, por critério de risco, e autoriza o laudo,
- A seguir o administrador agenda, de acordo com a disponibilidade de vagas.
- A central devolve a documentação com o agendamento para o município que avisa o paciente.
- Nos casos em que o agendamento é feito com pouco tempo para que o município receba por malote, a CRR avisa o município via telefone.
- Após a realização do exame, o serviço que realizou o procedimento encaminha a APAC para o CCPMIS, setor de faturamento, que autoriza a fatura da APAC.

Fluxo para consultas de especialidades

- Município envia por malote, seguindo o protocolo, para o núcleo de regulação que agenda, via sistema SOL para a PUCC, ou via sistema UNICAMP e

- Devolve documentação para o município, também via malote, que avisa o paciente.
- Para algumas especialidades, com pouca disponibilidade de vagas, é feito priorização por critérios de risco.

Fluxo para TRS

- Os ambulatorios / serviços de nefrologia encaminham solicitação de vaga para a CRR,
- A vaga é disponibilizada de acordo com o censo enviado semanalmente pelos serviços credenciados.
- O agendamento é feito seguindo a regionalização pactuada.
- O serviço solicitante avisa o paciente.
- As APACs são enviadas pelo prestador para o CCPMIS, que só autoriza o faturamento do que foi agendado pela CRR.

Fluxo para psiquiatria

- A solicitação é feita pelo município via fax ou e-mail para a CRR, por meio de documento padronizado.
- O médico psiquiatra regulador separa por sexo e prioriza.
- A CR agenda e avisa o solicitante que encaminha o paciente.

Fluxo para radioterapia

- A solicitação é feita pelo município ou serviço credenciado que não realiza o tratamento de radioterapia.
- O médico regulador prioriza por critério de risco e agenda consulta para avaliação no serviço credenciado na rede de oncologia.
- A CR avisa o solicitante que avisa o paciente.
- Após a avaliação, no caso do Centro Boldrini, o serviço encaminha planilha com a data da 1º consulta para o planejamento e previsão do término do tratamento.

Agendamento de consultas, exames e cirurgias ambulatoriais para os AMEs / HES / HUSF

A CRR é responsável pela distribuição de vagas para os municípios via sistema CROSS. Essa distribuição de cotas é planejada pelo núcleo de redes, de acordo com a demanda enviada por meio de planilha pelos municípios. O número de vagas para as consultas e exames é disponibilizado pelo serviço

antecipadamente, seguindo plano operativo e contratualização. Os relatórios extraídos do sistema são avaliados pelo núcleo de redes.

Fluxo para agendamento na Sobrapar e no Centro de Reabilitação Lucy Montoro

Documentação enviada pelos municípios via malote, seguindo o protocolo de encaminhamento. A CRR agenda e avisa o município data da 1º consulta.

Outros Fluxos

A CRR tem acesso ao sistema CROSS também para agendamento de consultas e exames em serviços de São Paulo, mas não existe cota pactuada, o agendamento é feito por “repescagem”.

Fragilidades no processo de trabalho da Central de Regulação Regional do DRS VII Campinas

A partir do levantamento de dados, das observações e de entrevistas junto aos técnicos do DRS Campinas e da CRR é possível apontar um conjunto de fragilidades, incluindo:

- Necessidade de capacitação dos profissionais médicos, administrativos e outros de nível superior;
- Educação permanente da equipe de regulação;
- Estrutura física e recursos materiais deficitários e insuficientes;
- Não adesão da maioria dos municípios em utilizar o meio eletrônico para sanar as dúvidas (interrupção do trabalho).
- Necessidade de padronização dos processos de trabalho para os diferentes serviços e elaboração de manual para os municípios com os fluxos de encaminhamento e protocolos clínicos;
- Ausência de sistematização na avaliação das informações advindas do observatório para que possam subsidiar o planejamento e o credenciamento;
- Ausência de sistematização no processo de avaliação e monitoramento;
- Não houve participação do núcleo de regulação nos trabalhos e discussões que culminaram com a elaboração da PPI, bem como no processo de regionalização;
- Baixa utilização da PPI;

- Dificuldades na utilização da grade de referência e contrarreferência, principalmente com os hospitais secundários e primários;
- Insuficiência nos recursos de alta complexidade, gerando estrangulamentos assistenciais importantes: ressonância magnética, tomografia com sedação, oftalmologia, arteriografia, oncologia, ortopedia, neurocirurgia. Internação de menor em psiquiatria.

Propostas de Qualificação do Complexo Regulador em Âmbito Regional

Considerando o diagnóstico elaborado e as fragilidades apontadas foram indicadas várias estratégias de enfrentamento, discutidas e aprovadas pela Câmara Temática de Saúde da RMC, que congrega os gestores municipais em saúde e representantes da SES – SP, através do DRS Campinas, conforme indicado a seguir.

1. Implantar Complexo Regulador na RMC como projeto piloto, que posteriormente se articularia com a Rede da SES SP, com as seguintes características:

- a **Coordenação** – grupo bipartite com representantes das SMS e SES SP / DRS
- b **Responsabilidades:**
 - Planejar as necessidades da RMC
 - Elaborar PPI Regional
 - Elaborar e implantar modelo de contratualização e planos operativos para os serviços próprios e contratados, sob gestão municipal e estadual
 - Garantir a introdução da totalidade das vagas nas CRM e CRR
 - Definir as formas de regulação dos procedimentos pelas CRM e CRR
 - Acompanhar contratualizações e PPI Regional
 - Definir e fomentar a implantação de protocolos (clínicos e institucionais) e critérios de risco nos serviços regionais

- Desenhar e acompanhar a implantação de fluxos e processos de acesso
- Propor e implantar formas de monitoramento das CRM e do Complexo Regulador da RMC
- Acompanhar o cumprimento dos Termos de Compromisso (veja abaixo)

2. Desenvolver e implantar sistema de informação de suporte, com funcionalidades adequadas para:

- a Cadastro dos serviços, integrado com CNES
- b Cadastro da PPI e dos Planos Operativos dos prestadores
- c Criação de agendas a partir dos Planos Operativos
- d Estabelecimento de cotas municipais e regionais e de cotas por serviços
- e Agendamento de procedimentos on-line, vinculado com protocolos clínicos
- f Autorização on-line de procedimentos
- g Busca de vagas on-line
- h Acompanhamento do atendimento dos usuários, segundo os serviços utilizados
- i Emissão de relatórios para acompanhamento, avaliação e monitoramento de casos e em âmbito municipal e regional

Neste aspecto apontou-se a necessidade em avaliar mais detalhadamente o que já existe no MS e nos Estados de Minas Gerais e Paraná, mas a princípio considerou-se que qualquer sistema que venha a ser utilizado irá necessitar de adequações o que trará custos.

3. Informatizar todos os serviços da Rede Metropolitana de Saúde

Neste aspecto foi indicado que já existe um projeto desenhado e custeado em negociação com MS e SES SP, e já implantado em parte com recursos da AGEMCAMP.

Além disso, foi discutido a necessidade de integração com o Projeto de Implantação do Cartão SUS Metropolitano, aprovado pelo MS e com a primeira parcela de recursos já encaminhado, mas não iniciado devido ao prazo decorrido, às mudanças das administrações municipais e, aos avanços que cada SMS implantou neste período. Assim o projeto deve ser reavaliado

junto ao MS, inclusive no que se refere a infraestrutura de hardware w software.

4. Definir e assinar Termos de Compromisso com Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde no que se refere a:

- a Cumprimento da PPI Regional
- b Contratualização de todos os serviços de acordo com modelo de contratualização e Plano Operativo acordado, onde deve ser indica a inserção das vagas nas Centrais de Regulação Municipais e Regionais.
- c Organização e qualificação da Central de Regulação Municipal.

5. Ofertar e realizar o curso básico de Regulação, Avaliação, Controle, Auditoria e Contra

Estas estratégias foram remetidas a DRS Campinas para discussão junto à SES SP, considerando inclusive o projeto de organização de Complexo Regulador Regional.

REGULAÇÃO EM SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS ¹

Domenico Feliciello ²

Carmen Tella e

Kátia Santos Araújo ³

1. INTRODUÇÃO

Com a criação do SUS, a regulação em saúde passa a figurar como um dos seus elementos constitutivos, junto com a avaliação, o controle e a auditoria, podendo ser detectada em todo o arcabouço jurídico do sistema. Com a Lei 8080, a regulação é definida como atribuição comum das três esferas de governo, estabelecendo ainda a cooperação técnica entre os três gestores públicos.

Posteriormente a legislação de suporte à implantação do SUS - Normas Operacionais Básicas (de 1991 a 1996), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2002) e, mais recentemente, o Pacto da Saúde (2006) - define com maiores detalhes as competências de cada esfera de governo, bem como os instrumentos e processos de suporte à regulação em saúde, culminando com a Portaria GM Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Com a NOAS / 2002, os diferentes níveis gestores do SUS passam a implantar experiências de Regulação em Saúde, especialmente no que se refere à Regulação do Acesso, buscando prover o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde,

¹ Artigo elaborado a partir do estudo “Diagnóstico das Centrais de Regulação de Acesso da RMC e Proposição de Ações para Organização de Complexo Regulador da RMC”, que se originou de projeto priorizado do Plano Metropolitano de Saúde da RMC - Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. Financiado com recursos aprovados pelo Conselho de Desenvolvimento da RMC e Agência Metropolitana de Campinas.

² Doutor em Saúde Coletiva, atualmente pesquisador associado do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp.

³ Pesquisadoras colaboradoras do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp.

visando à atenção integral. Entretanto, estas experiências mostraram-se na maioria das vezes incipientes e pouco efetivas devido a um conjunto de fragilidades e inadequações, que se referem à legislação, processos e instrumentos e, principalmente, à ausência de mecanismos maduros de regulação sistêmica.

Com o avanço da regionalização estes desajustes mostram-se limitantes para a organização de Redes de Atenção à Saúde, para o processo de regionalização cooperativa e, principalmente para garantir um cuidado contínuo e de qualidade aos usuários do SUS.

Na Região Metropolitana de Campinas (RMC) estas questões emergiram, mais intensamente, quando da realização de diagnóstico da Rede Metropolitana de Saúde (2006) e da elaboração do Plano Metropolitano de Saúde (2009), levando a eleger como uma das prioridades a organização de Complexo Regulador em âmbito Regional.

O texto a seguir expõe o estudo diagnóstico sobre Regulação de Acesso em Saúde realizado nos 19 municípios da RMC, o que propiciou traçar um quadro dos principais desafios que os gestores públicos do SUS enfrentam no processo de implantação de seus princípios (universalidade, equidade e integralidade) e diretrizes (descentralização, regionalização e hierarquização), uma vez que a regulação em saúde acaba refletindo o conjunto de inadequações na organização do próprio sistema público de saúde.

2. METODOLOGIA

Inicialmente realizou-se levantamento da legislação do SUS sendo sistematizado um conjunto de elementos que pudessem formar um arcabouço conceitual de suporte a elaboração de instrumento de levantamento de dados, bem como para a própria análise dos dados, uma vez que o termo regulação em saúde vem sendo utilizado com diferentes conotações. Estes elementos foram apresentados em seminário que contou com a presença de representantes das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) da RMC, da Câmara Temática de Saúde da RMC e do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS 07) da SES – SP, buscando o alinhamento conceitual e também definir o enfoque do estudo.

A partir do encontro pactuou-se que o enfoque do estudo deveria se guiar pela noção de Complexos Reguladores, previstos na legislação, considerando toda a sua complexidade e suas relações com o planejamento em saúde, a contratualização de serviços, o controle, a avaliação e a auditoria e, a garantia do acesso dos usuários do SUS, tanto em âmbito municipal quanto regional.

Nesta perspectiva foi afastada a concepção de Regulação de Acesso apenas como busca de vagas e agendamento, dadas as limitações consideradas. Estas diretrizes orientaram a elaboração de instrumento de levantamento de dados, que se caracterizou como um roteiro a ser utilizado nas visitas e entrevistas com as SMS da região, buscando abordar todos os elementos previamente definidos (Quadro1).

A coleta de dados em campo foi realizada junto a técnicos indicados pelas SMS dos 19 municípios da RMC, sempre por duplas de pesquisadores do NEPP - Unicamp. As SMS que não conseguiram agendar visitas foram estimuladas a marcarem entrevistas no NEPP – UNICAMP. Todas as SMS foram entrevistadas. Após a coleta foram elaborados relatórios de cada entrevista realizada, que foram apreciados pela equipe de pesquisadores visando detectar ausência de dados e também socializar o entendimento das diferentes duplas de visitantes. Em seguida os dados foram sistematizados em dois grandes blocos. Os dados quantitativos foram organizados em tabelas, gráficos e fluxos de acesso e, os dados qualitativos foram discutidos e sistematizados coletivamente pelo grupo de pesquisadores.

Quadro 1 – Itens analisados pelo estudo das Centrais de Regulação Municipais da RMC

Itens	Detalhamento dos Itens
Caracterização das Centrais de Regulação de Acesso no Âmbito Municipal	Existência de Plano para a Central, envio de projeto ao MS, fonte dos recursos aplicados, grau de organização da Central, equipe de trabalho e, Sistema Informatizado utilizado
Integração entre Centrais de Regulação e Setores de Planejamento, Avaliação, Controle e Contratualização	Existência de setor de Planejamento em Saúde e relações estabelecidas com as Centrais (incluindo PPI), existência de UAC e relações estabelecidas com as Centrais, atividades de Contratualização e integração com as Centrais
Procedimentos Regulados pelas Centrais de Regulação Municipais	Presença dos serviços nos municípios e na região, processos de regulação implantados, sistemas informatizados utilizados no que se refere a: consultas especializadas, cirurgias eletivas, procedimentos de apoio diagnóstico de média e alta complexidade (incluindo APAC),
Fluxos de Acesso	Desenho e análise dos diferentes fluxos de acesso, implantados pelos municípios e em âmbito regional quanto a: Exames Laboratoriais, Consultas Especializadas, Cirurgias Eletivas, Urgência e Emergência, Quimioterapia e Radioterapia, Terapia Renal Substitutiva e, Exames de Média e Alta Complexidade (incluindo RX Simples, RX Contrastado, Ecografia, Escopias e, Tomografia Computadorizada)

O estudo abordou ainda a Central de Regulação Regional do DRS Campinas, além das ações desencadeadas pela SES – SP nesta área. Para esta abordagem foi realizado levantamento da legislação estadual, sendo efetivadas visitas e entrevistas com os responsáveis, utilizando-se como referência o mesmo roteiro indicado. Neste caso, optou-se por elaborar a sistematização e análise dos dados em capítulo à parte das Centrais Municipais, considerando as especificidades, embora no caso dos Fluxos de Acesso tenha sido realizada uma avaliação conjunta.

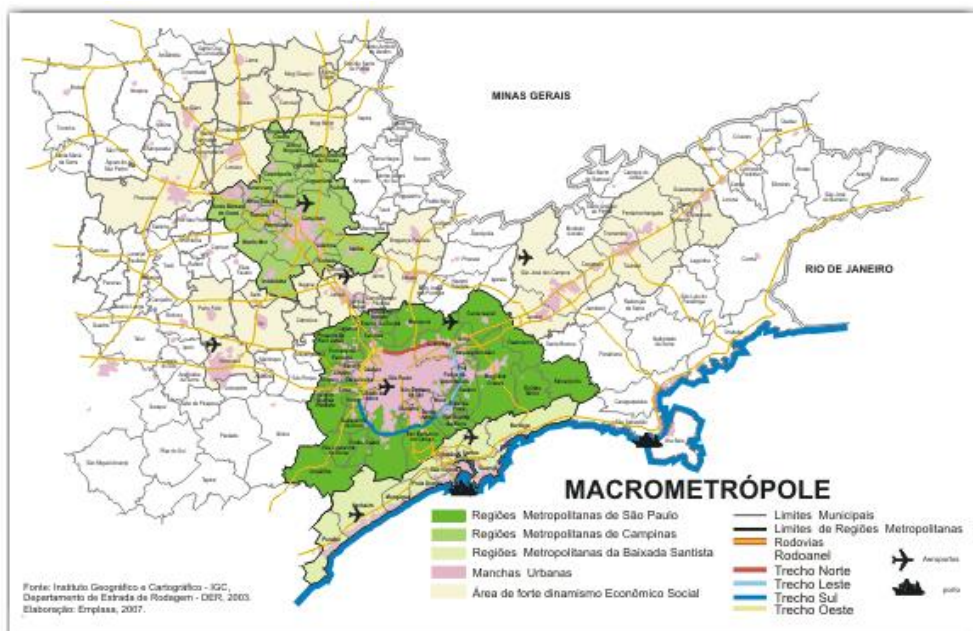
O conjunto de dados, sistematizações, análises e proposições foram apresentados em oficina de trabalho com todos os envolvidos no levantamento de dados (pesquisadores e entrevistados) visando sua validação e complementação, para posterior produção de documento final que foi apreciado na Câmara Temática de Saúde da RMC.

3. RESULTADOS

Considerando o grande número de elementos avaliados e também o conjunto de dados analisados, serão apresentados a seguir apenas os resultados mais significativos, organizados em itens, de acordo com o Quadro I acima. Inicialmente acentua-se a importância da RMC no contexto regional do Estado de São Paulo e na saúde para uma melhor compreensão dos resultados.

A composição e a situação geográfica da RMC (Mapas 1) ressaltam a importância do conjunto de municípios e da região no âmbito do Estado de São Paulo, não só em termos populacionais (Tabela 1), mas também pela sua localização e infraestrutura de acesso, o que a caracteriza como uma importante região de atração.

Mapa 1 – Situação Geográfica da Região Metropolitana de Campinas e suas relações com a Macrometrópole de São Paulo



Considerando o parque de serviços médico-hospitalares que abriga, distingue-se também como respeitável polo de atração em saúde. Neste aspecto, assinala-se que a RMC é praticamente auto-suficiente, identificando-se poucos procedimentos não ofertados.

Internamente à RMC, o município de Campinas se constitui no polo regional tanto em termos econômicos, como de serviços e de saúde (Tabela 1), albergando os principais serviços de média e alta complexidade do SUS.

Tabela 1 – População e Serviços de Saúde Habilitados no SUS. Municípios RMC – 2010

Localidade	População	Serviços de Saúde Habilitados no SUS
Holambra	11.257	
Engenheiro Coelho	15.662	
Sto Antonio de Posse	20.628	
Pedreira	41.501	1
Artur Nogueira	44.071	
Jaguariúna	44.162	3
Monte Mor	48.839	4
Nova Odessa	51.158	2
Cosmópolis	58.689	4
Vinhedo	63.453	9
Paulínia	81.825	18
Itatiba	101.283	9
Valinhos	106.569	6
Sta Bárbara d'Oeste	179.924	10
Hortolândia	192.317	1
Indaiatuba	201.089	24
Americana	210.387	25
Sumaré	240.901	29
Campinas	1.079.140	154
Total	2.792.855	299

Fonte: AGEMCAMP e DATASUS

Observação: Os Serviços Habilitados incluem serviços de média e alta complexidade

3.1. Caracterização das Centrais de Regulação de Acesso no Âmbito Municipal

Apenas 21% (04) das SMS referem possuir plano para a Central de Regulação (CR) e 26% (05) o estão elaborando. Todas as CR são custeadas com recursos próprios, embora todos os municípios da RMC enviaram projeto ao MS, para solicitar recursos para informatização das CR.. Em termos organizacionais, 58% (11) dos municípios referem possuir um setor próprio com equipe própria e processos de trabalho, embora se observe que em apenas 16% (03) das SMS os processos estão bem definidos (Tabela 2).

Por outro lado, 42% (08) dos municípios referem possuir setor pouco definido ou incipiente, sendo que 26% (05) possuem equipe não exclusiva, 5% (01) possuem profissional de nível superior não médico e, 11% (02) apenas pessoal administrativo. É possível observar que municípios menores, abaixo de 40.000 habitantes, são os que apresentam CR incipientes e com equipes pouco estruturadas (Tabela 2).

Com relação à equipe, a presença de médico regulador é fundamental para os processos regulatórios. Neste aspecto, 47% (09) dos municípios referem contar com médico regulador exclusivo, 32% (06) com médicos que atuam em diversos setores e, 21% (04) não contam com a atuação de médico regulador.

Quanto ao uso de sistemas informatizados pelas CRM, notou-se que todos os municípios ainda utilizam sistemas manuais. 26% (5) possuem sistemas informatizados implantados, utilizados para marcação de consultas, exames e cirurgias eletivas.

Tabela 2 – Organização das CRM. Municípios RMC 2011

Municípios	População 2010	Setor Organ. Bem Definido, Equipe Própria e Processos Definidos	Setor Proprio, Equipe Própria, Organizando Processos	Setor Próprio, Equipe Própria, Sem Processo de Trabalho	Setor Pouco Definido, Equipe Atua em Vários Setores, Processos Mal Definidos	Setor Incipiente, Equipe com Profiss Nivel Superior	Setor Incipiente, Equipe com Pessoal Admin.
Holambra	11.299						1
Eng. Coelho	15.721						1
Sto. A. de Posse	20.650					1	
Pedreira	41.558			1			
Artur Nogueira	44.177		1				
Jaguariúna	44.311				1		
Monte Mor	48.949				1		
Nova Odessa	51.242				1		
Cosmópolis	58.827				1		
Vinhedo	63.611		1				
Paulínia	82.146			1			
Itatiba	101.471		1				
Valinhos	106.793			1			
Sta. B. D'Oeste	180.009	1					
Hortolândia	192.692		1				
Indaiatuba	201.619				1		
Americana	210.638	1					
Sumaré	241.311		1				
Campinas	1.080.113	1					
Total	2.797.137	3	5	3	5	1	2
%		16%	26%	16%	26%	5%	11%

Fonte: NEPP, elaboração própria, 2012.

3.2. Integração Centrais de Regulação e Setores de Planejamento, Avaliação, Controle e Contratualização

No que se refere ao Planejamento em Saúde, observa-se que em apenas 37% (07) das SMS existe setor organizado, enquanto que nas restantes as ações de planejamento são pontuais e esparsas. As informações indicam que os municípios abaixo de 50 mil habitantes (06 – 32%) e alguns com população acima de 50 mil (04 – 21%) afirmam não possuir setor de planejamento.

Mesmo nos municípios que apresentam setor de planejamento estruturado apenas 21% (04) das CR indicam que existem processos de feedback organizados e 16% (03) possuem interações esporádicas, geralmente para a resolução de problemas restritos.

Especificamente com relação à PPI, a totalidade dos municípios da RMC não a utilizam como referência para o planejamento e para as contratualizações, de modo que é possível observar municípios adquirindo procedimentos de serviços terceirizados ao invés de utilizar as cotas existentes em serviços da Região de Saúde, que foram pactuadas no processo de elaboração da PPI e, que já possuem recursos garantidos.

No que se refere ao controle e avaliação, em 63% (12) das SMS existe Unidade de Controle e Avaliação (UAC), sendo a ausência detectada especialmente nos municípios abaixo de 44 mil habitantes (05 – 26%).

Entretanto, ao observar a interação das CR com as diferentes atividades de controle, avaliação e auditoria é possível destacar: a) nas SMS onde existe UAC, apenas 50% (06) das CR desenvolvem processos de feedback com as atividades de controle, 17% (02) realizam interações esporádicas e, 25% (03) realizam interações focadas no faturamento; b) nestas mesmas SMS apenas 33% (04) das CR possuem processos organizados para alimentar a avaliação das contratualizações e, 42% (05) realizam interações esporádicas com as áreas de contratualização.

No que se refere especificamente a contratualização de serviços próprios ou de terceiros, buscou-se avaliar não apenas as relações estabelecidas entre os setores responsáveis pelas contratualizações, mas também detectar quais serviços são contratualizados, quem realiza as contratualizações e como são acompanhadas.

Quanto aos *serviços próprios municipais*, os dados das entrevistas mostram que os centros de especialidades e as unidades básicas de saúde possuem contratualizações em apenas 11% (02) das SMS, embora a totalidade dos municípios conte com estes serviços. Já nos serviços de internação hospitalar, dos 06 municípios que referem possuir hospital próprio 02 (33%) realizam e 04 (67%) não realizam contratualização.

A observação das contratualizações dos *serviços privados* indica que 11 municípios contratam serviços hospitalares, 12 contratam serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e apenas 02 contratam serviços ambulatoriais de especialidades.

Na grande maioria existem contratos formalizados. No entanto, em mais de 50% dos municípios as contratualizações são realizadas por setor administrativo da prefeitura e, nas restantes pelas SMS. De qualquer modo, observa-se que a participação das CR para definir necessidades e quantidades é irrisória, sendo detectada, essa participação, em apenas um município.

3.3. Procedimentos Regulados pelas Centrais de Regulação Municipais

A análise dos procedimentos regulados considerou os aspectos acima indicados uma vez que tanto a PPI quanto as contratualizações não são utilizadas como instrumentos nos processos de regulação de acesso, na grande maioria dos municípios.

Deste modo os quantitativos dos procedimentos regulados são, em grande parte, definidos pelos serviços (próprios ou privados contratados), o que provoca a utilização inadequada ou a não utilização de procedimentos já pactuados na PPI ou contratualizados. As diferentes formas de regulação de acordo com o procedimento estão resumidas no quadro acima.

Quadro 2 – Formas de Regulação de acordo com os Procedimentos. Municípios RMC, 2011.

Procedimento	Formas de Regulação
Consultas Especializadas	A totalidade dos municípios possui serviços ambulatoriais especializados próprios, embora com diferentes especialistas, entretanto 42% (08) dos municípios regulam o acesso a todas as consultas especializadas sob sua gestão (serviços próprios e privados contratados); 100% dos municípios possuem processos de regulação para as consultas especializadas encaminhadas ao AME ou DRS Campinas dadas as exigências estabelecidas. No caso do AME os municípios utilizam o portal CROSS da SES – SP e, no caso de marcação pelo DRS as solicitações são enviadas via malote; O Município de Campinas utiliza o sistema SOL (Saúde on Line) que possibilita o agendamento on-line de consultas especializadas a partir da disponibilização de vagas e cotas às UBS. As cotas são definidas por uma Câmara Técnica de Especialidades e o acompanhamento da utilização das vagas e do absenteísmo é realizado regionalmente em cada distrito, que envia relatórios à CRM; 05 municípios da RMC e a CRR do DRS utilizam também o sistema SOL para agendamento de consultas especializadas nos serviços sob gestão do município de Campinas.
Cirurgias Eletivas	Dos 19 municípios da RMC 15 (79%) possuem hospitais ou contratos hospitalares sob sua gestão. Destes municípios, 47% (07) não regulam cirurgias eletivas uma vez que são diretamente agendadas pelos especialistas que possuem vínculos com os hospitais. Detecou-se que 27% (04) destes municípios possuem acesso direto à agenda do hospital, através das CRM para agendamento das cirurgias, realizando regulação das solicitações, incluindo dos exames pré-operatórios. Além disso, 13% (02) dos municípios que gerenciam hospital autorizam a realização do procedimento a ser agendado posteriormente pelo hospital. Em todos os municípios da RMC são desenvolvidas ações de regulação pelas CRM, no caso de solicitação e avaliação e indicação cirúrgica em serviços de retaguarda regional, que inclui: – Autorização e priorização de solicitação de cirurgia a ser agendada no município sede do Projeto Pró Santa Casa, cujos procedimentos são acordados e acompanhados no CGR da Região de Saúde e a contratualização é realizada pelo município sede, contando com recursos da SES – SP; – Agendamento para o DRS, AME, SOL (PUC Campinas) e Hospital Estadual de Sumaré com as especialidades cirúrgicas para análise da indicação, mediante uso de protocolos definidos por esses serviços de retaguarda.
Procedimentos Terapêuticos de Média e Alta Complexidade	RX contrastado – 16% (03) dos municípios não regulam os pedidos uma vez que o usuário é encaminhado para marcar exame diretamente no serviço sob gestão municipal. 11% (02) dos municípios regulam o que é solicitado via sistema de cotas; 79% (15) encaminham as solicitações para a CRM, das quais 42% (08) apenas realizam agendamento (para os serviços sob gestão municipal ou solicitam ao DRS) e 37% (07) priorizam e solicitam agendamento; Ecografias - 32% (06) dos municípios não possuem regulação, uma vez que o usuário é encaminhado diretamente ao serviço, 11% (02) regulam o que é solicitado via sistema de cotas e, 48% (09) municípios encaminham para a CRM, das quais 37% (07) apenas realizam agendamento e, 11% (02) priorizam as solicitações e realizam agendamento; Escopias - 37% (07) dos municípios não possuem regulação, sendo que em dois casos isso ocorre somente para os serviços próprios, uma vez que o usuário é encaminhado diretamente ao serviço para realizar o exame. 5% (01) dos municípios regulam o que é solicitado via sistema de cotas SOL. 63% (12) municípios encaminham as solicitações à CRM, das quais 42% (05) apenas realizam

3.4. Fluxos de Acesso

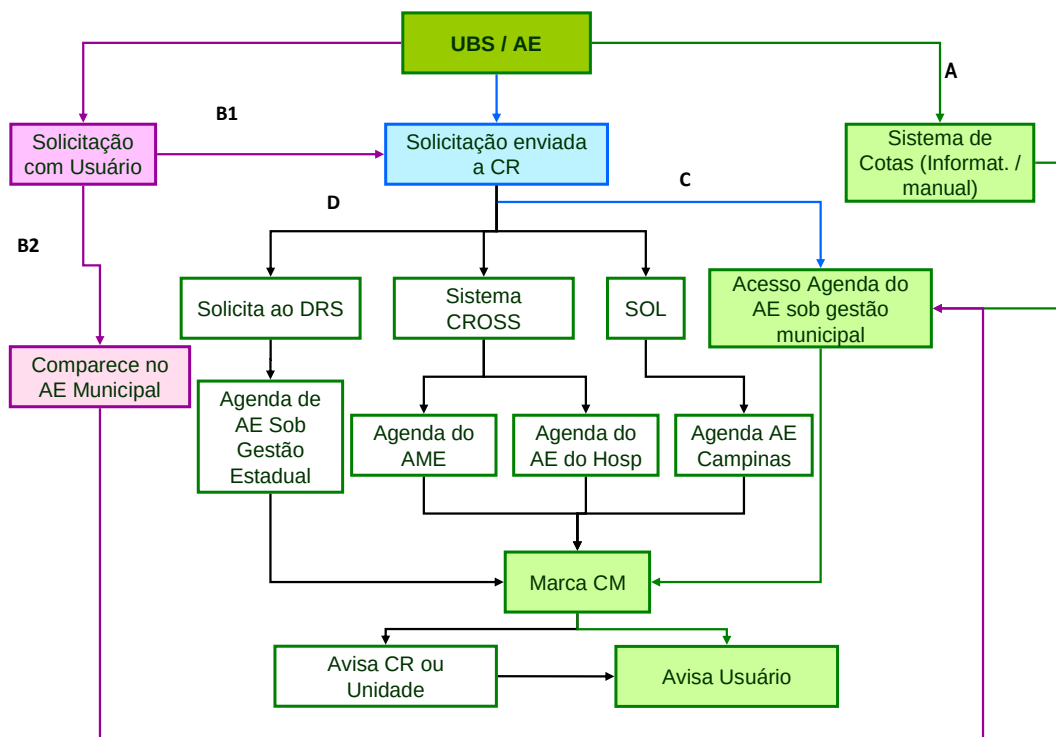
Os desenhos de fluxos de acesso para os diversos procedimentos e para os diferentes serviços, municipais e regionais, são de grande importância, não só para garantia do acesso, mas para facilitar a sua realização e a assistência adequada e no tempo certo de acordo com o agravo.

Neste estudo os fluxos de acesso foram desenhados a partir dos dados levantados, buscando organizá-los segundo procedimentos e comparando os diferentes fluxos usados pelos 19 municípios da RMC, visando detectar dificuldades e facilidades para os usuários do SUS.

Além disso, os fluxos de acesso são essenciais para organizar o transporte sanitário de pacientes, material biológico e resultados, de modo a minimizar os efeitos da distância e da concentração de serviços de alta densidade tecnológica nos municípios pólos, o que pode provocar dificuldades de acesso, elevada abstenção e inadequações na sua indicação.

Foram analisados os fluxos estabelecidos para os procedimentos: Exames Laboratoriais; Consultas Especializadas; Cirurgias Eletivas; Urgência e Emergência; Quimioterapia e Radioterapia; Terapia Renal Substitutiva; e, Exames de Média e Alta Complexidade. Dado o volume de informações e de fluxos desenhados, apresentamos apenas uma amostra da análise na Figura 2 adiante.

Figura 2 – Fluxos para acesso a Consultas Especializadas, utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



Fluxo A Campinas / Hortolândia / Sumaré

B1 – Monte Mor / Pedreira

Fluxo B

B2 – Artur Nogueira / Cosmópolis / Engenheiro Coelho / Holambra / Indaiatuba / Jaguariúna / Nova Odessa / Pedreira / Sto. Antônio de Posse

Fluxo C

Americana / Itatiba / Sta. Bárbara D'oeste / Sumaré / Vinhedo / Valinhos

Paulínia (com critério de risco na CR)

Fluxo D

Utilizado por todos os municípios quando necessitam marcar CE fora, em outro município.

FONTE: PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. 2011

A análise dos fluxos possibilitou ressaltar um conjunto de fragilidades, especialmente a *pouca utilização de ações* essenciais para o funcionamento da Regulação de Acesso, de acordo com quadro abaixo.

Quadro 3 – Ações pouco utilizadas pelos serviços de saúde do SUS na RMC

Nos Pontos de Atenção

- Uso de protocolos clínicos; Estabelecimento de critérios de risco e priorização dos atendimentos; Uso de protocolos de encaminhamento; Acompanhamento sistemático dos usuários; Sistemas informatizados de acesso a cotas e de marcação de procedimentos on-line; Análise de necessidades, de demandas e de utilização de procedimentos;

Nas Centrais de Regulação Municipais

- Totalidade das vagas gerenciada pela CRM; Estabelecimento e uso de critérios de risco e priorização dos atendimentos pelas CRM; Sistema informatizado de distribuição e acesso a cotas e, de marcação e autorização de procedimentos on-line; Análise de necessidades, de demandas e de utilização de procedimentos

Na Central de Regulação Regional

- Não inserção da totalidade das vagas, dos serviços sob gestão estadual, no sistema informatizado do Portal CROSS, devido a não implantação dos Planos Operativos nos serviços sob gestão estadual; Ausência de funcionalidade, no sistema informatizado, para recebimento, priorização e autorização de procedimentos on-line; Não realização de análise de necessidades, de demandas e de utilização de procedimentos; Inexistência de processos de troca de informações entre as CRM e CRR, no que se refere às demandas e utilização de procedimentos.

4. DISCUSSÃO

A totalidade das SMS dos Municípios da RMC possui processos implantados de regulação de acesso em diferentes fases de maturação, embora nos municípios com menos de 42.000 habitantes (04 – 21%) esses processos sejam incipientes e geralmente sob responsabilidade de pessoal administrativo, enquanto em apenas 03 (16%) municípios, com população acima de 180.000 habitantes, detecta-se um setor muito bem organizado.

É possível afirmar que, exceto em Campinas, as ações e estruturas detectadas não conformam Complexos Reguladores Municipais, caracterizando-se como Centrais de Marcação. Esta situação é confirmada na medida em que se observam grandes fragilidades na integração entre setores de planejamento, avaliação e controle e, contratualização com as CR, na maioria dos municípios, o que permite supor que estas centrais não conseguem cumprir seu papel adequadamente, ratificando o seu perfil de centrais de marcação, geralmente de procedimentos definidos pelos prestadores de serviços (públicos ou privados).

Na grande maioria dos municípios, as CR não participam dos processos de elaboração, monitoramento e acompanhamento das contratualizações. Além disso, os contratos não são utilizados como instrumentos de gestão para o acesso dos usuários do SUS, uma vez que a grande maioria das CR não tem conhecimento do que foi contratualizado.

Quanto à regulação de procedimentos, observa-se uma tendência de maior regulação sobre aqueles procedimentos que são encaminhados aos serviços sob gestão estadual (DRS / AME), devido aos fluxos estabelecidos. No que se refere aos procedimentos realizados em serviços próprios e / ou contratados pelo gestor municipal, o percentual de regulação é menor, embora variando de acordo com o procedimento, sua disponibilidade, custos e as relações com os serviços que os realizam.

De modo geral pode-se afirmar que os fluxos de acesso nos municípios da RMC foram desenhados considerando duas perspectivas. Numa delas levou-se em conta os recursos ao alcance dos municípios, isoladamente, buscando desenhar seus fluxos de acesso de acordo com a disponibilidade de pontos de atenção em seu território, desconsiderando a PPI e os recursos programados e alocados em outros municípios. Essa perspectiva aponta para a inadequação da municipalização autônoma que os

gestores municipais vêm implantando, indicando que a regionalização cooperativa ainda está longe de ocorrer.

Por outro lado, nos fluxos que envolvem os pontos de atenção sob gestão estadual, geralmente para procedimentos de média e alta complexidade, observa-se a utilização de protocolos clínicos e de encaminhamento pelos municípios, bem como o uso de critérios de priorização em alguns procedimentos pelas CR e pela Central Regional de Regulação do DRS Campinas. Neste caso os municípios se obrigam a utilizar os protocolos dadas as exigências estabelecidas.

Finalmente, as principais questões emergentes da análise dos fluxos indicam que:

- a) processos informatizados com agendamento na unidade solicitante (incluindo cotas) são pouco utilizados;
- b) não se detectou o uso de solicitações informatizadas com análise de prioridade e autorização on-line do médico regulador;
- c) a maior parte das solicitações é entregue nas mãos dos usuários para que este se dirija a CRM, ou as solicitações são enviadas a CRM por malote, sem aplicação de critérios de risco;
- d) detectou-se também um número expressivo de municípios que entregam as solicitações aos usuários que se dirigem a unidade executora para agendamento ou realização do procedimento, sem regulação;
- e) as vagas com as quais as CR lidam geralmente são informadas pelos serviços das Unidades Executoras, de modo que os planos operativos e as contratualizações não são utilizados como instrumento de regulação;
- f) as informações obtidas pelas CR são pouco utilizadas para o planejamento e a programação de serviços, ou mesmo de contratualizações.

REFERÊNCIAS

1. Cruz, V. Estado e regulação: fundamentos teóricos. In Regulação e Agências Reguladoras: governança e análise de impacto regulatório. Brasília: ANVISA, 2009.

2. Lavras, C. C., Restitutti, C., Feliciello, D., Porto. M. T., Nogueira de Sá, M. J. O Processo de Regionalização do SUS no Estado de São Paulo: Uma Experiência de Formulação de Planos Regionais de Saúde. Cadernos Nepp, 2011.
3. Lavras. C. C. e Feliciello, D. A organização de Redes de Atenção à Saúde no SUS. Mimeografado, julho 2007.
4. Marques, A. J. S., Mendes, E. V. e Lima, H. O. (Org.) O Choque de gestão em Minas Gerais: Resultados na Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais , 2010.
5. Mendonça, C. S., Reis, A. T., Moraes, J. C. (organizadores.). A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).
6. Ministério da Saúde. NOB - SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996. Brasília, 1997.
7. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº. 423 de 09 de julho de 2002. Acessada in <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-423re.htm> em 01 de junho de 2012.
8. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. DOU de 23 de fevereiro de 2006.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006, DOU de 23/05/2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.
10. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Série normas e manuais técnicos. Brasília, DF, 2002.

CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS COMO MODELO DE SUPORTE À ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

Domenico Feliciello
Juliana Pasti Villalba

Resumo: Este estudo relata a experiência na construção de instrumentos de planejamento que propiciem o levantamento e a análise de dados, na elaboração da Programação Regional de Atenção à Saúde, nos municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas-SP, visando à construção de ferramentas que auxiliam a Tomada de Decisão dos profissionais, gestores e gerentes envolvidos com o planejamento e a regulação em Saúde. Trata-se de pesquisa ação e planejamento participativo, com a atuação de pesquisadores e técnicos oficialmente indicados pelos gestores municipais e estadual de saúde. A metodologia de trabalho utilizada caracterizou-se por: planejamento de atividades com o grupo; distribuição de tarefas com datas estipuladas para retorno dos resultados; acompanhamento e avaliação do andamento e cumprimento das atividades pelos pesquisadores; avaliação do grupo de trabalho; e, definição de novas atividades. Buscou-se envolver os técnicos além de propiciar o levantamento das dificuldades encontradas nas Secretarias Municipais de Saúde, bem como dos processos de trabalho a serem modificados.

Palavras chave: Tomada de Decisões, Programação, Gestão em Saúde, Atenção à Saúde, Sistema Único de Saúde.

Abstract: This study reports the experience in building planning tools that facilitate the collection and analysis of data, the preparation of Care Regional Health Program in the municipalities that make up the metropolitan region of Campinas-SP, aiming at building tools that aid Decision Making of professionals, managers and managers involved with the planning and regulation in health. It is action research and participatory planning with the work of researchers and technicians officially appointed by the municipal and state health administrators. The methodology used was characterized by: planning activities with the group; distribution of tasks with dates set for

return of results; monitoring and evaluating the progress and performance of activities by the researchers; evaluation of the working group; and defining new activities. He attempted to engage the technical as well as providing a survey of the difficulties encountered in the Municipal Health Department, as well as the work processes to be modified.

Key words: Decision Making, Programming, Health Management, Health Care (Public Health), Unified Health System.

Resumen: Este estudio reporta la experiencia en la construcción de herramientas de planificación que facilitan la recopilación y análisis de datos, la preparación del Programa Regional de Salud de atención en los municipios que conforman la región metropolitana de Campinas-SP, con miras a la construcción de herramientas dicha Decisión Making ayuda de profesionales, gerentes y directivos involucrados en la planificación y la regulación en materia de salud. Es la investigación-acción y la planificación participativa con el trabajo de investigadores y técnicos designados oficialmente por los administradores municipales y estatales de salud. La metodología utilizada se caracterizó por: planificación de actividades con el grupo; distribución de tareas con fechas establecidas para la devolución de los resultados; seguimiento y evaluación de los avances y resultados de las actividades por parte de los investigadores; evaluación del grupo de trabajo; y la definición de nuevas actividades. Él trató de involucrar a la técnica, así como proporcionar un estudio de las dificultades encontradas en el Departamento Municipal de Salud, así como los procesos de trabajo para ser modificado.

Palabras-claves: Toma de Decisiones, Programación, Gestión en Salud, Atención a la Salud, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A organização da atenção à saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser orientada pelos princípios de integralidade, universalidade e equidade de acesso, além da sua organização descentralizada, regionalizada e hierarquizada¹.

O acúmulo de discussões para a efetivação desse modelo fundamentou o Pacto pela Saúde², firmado pelos gestores em 2006 e, representou uma mudança significativa no processo de gestão do SUS, pela relevância que a diretriz de regionalização assumiu no contexto do Pacto de Gestão.

A implantação dos Pactos vem possibilitando a efetivação de acordos interfederativos entre as três esferas governamentais, voltados à promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS, com vistas a fortalecer regionalmente a capacidade de resposta do sistema às necessidades de saúde da população, bem como assegurar a equidade social.

A organização de Colegiados de Gestão Regional (CGR) e a proposição de utilização de um conjunto de instrumentos tais como o Plano Diretor de Investimento (PDI), o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), devem ser destacadas como elementos facilitadores na efetivação das pactuações⁴.

Com efeito, a implantação dos compromissos definidos nos Pactos requer a articulação dos gestores estadual e municipais para a pactuação dos fluxos de referências intermunicipais em uma nova perspectiva, a de organização loco regional do SUS voltada à estruturação de redes regionais de atenção à saúde³.

No entanto, esse processo exige dos gestores um maior entendimento sobre o sistema e uma maior capacidade de planejamento e articulação regional, pois o planejamento regional exige revisão periódica de objetivos, seja em decorrência de mudanças de cenários ou de obstáculos que possam surgir. Deve atender às decisões dos gestores, por serem frutos de suas percepções sobre as necessidades sociais, na busca de soluções para os problemas de saúde da população⁴.

Na Região Metropolitana de Campinas (RMC / SP) estas questões vêm sendo aprofundadas a partir da realização de diagnóstico de saúde da região, em 2007⁵ e da elaboração do Plano Metropolitano de Saúde, em 2008⁶, levando

a eleger como uma das prioridades a organização de ações de regulação em saúde, resultando em projeto de parceria Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com a Câmara Temática de Saúde da RMC/SP⁷.

No âmbito do referido projeto, intitulado “Apoio à Organização das Ações de Regulação em Saúde da RMC”, planejou-se a distribuição das diversas atividades em vários componentes⁷, uma vez que a regulação em saúde deve ser entendida na sua relação com: elaboração de Programação Regional de Atenção à Saúde; contratualização de Serviços de Saúde; implantação de Protocolos Clínicos e Fluxos Assistenciais; e, capacitação dos profissionais de saúde.

Esse artigo relata parte dessa experiência, que diz respeito à elaboração da Programação Regional de Atenção à Saúde da RMC (Componente II do projeto), envolvendo o desenvolvimento, aplicação e validação de instrumentos de planejamento que propiciassem o levantamento e a análise de dados sobre as necessidades de saúde e as ações de saúde ofertadas, de modo a avaliar sua adequação e, auxiliar na tomada de decisões dos gestores e profissionais de saúde, acerca das readequações e mudanças necessárias.

Para o desenvolvimento e aplicação desses instrumentos contou-se com a participação de três pesquisadores do NEPP Unicamp e com 20 técnicos e 10 SMS da RMC, que participaram conjuntamente de atividades de encontros e oficinas de trabalho para a definição das informações a serem levantadas, o seu processamento e as formas de apresentação em planilhas de Excel, os indicadores a serem construídos e utilizados, o teste dos instrumentos e a discussão para sua finalização.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A PROGRAMAÇÃO REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Programação Regional de Atenção à Saúde refere-se ao conjunto de ações e serviços de saúde que são necessários para atender à população de um determinado território, levando-se em consideração suas características demográficas e epidemiológicas, bem como os principais agravos que acometem esta população, de modo que a atenção à saúde possa atender adequadamente esta população e levar à melhoria das condições de saúde^{3,4}.

A utilização de Programação em Saúde com esta lógica foi formulada, no âmbito do SUS, a partir da Norma Operacional Básica-NOB/96⁸, sendo posteriormente aperfeiçoada com a Norma Operacional de Assistência à Saúde -NOAS/2001⁹ e o Pacto da Saúde de 2006². Nestes documentos esta programação foi nomeada de Programação Pactuada Integrada (PPI), uma vez que a sua definição deveria ser realizada no âmbito interfederativo de uma Região de Saúde e, considerando que os serviços de saúde do SUS encontravam-se sob gestão de diferentes gestores públicos municipais e estaduais.

Além disso, na medida em que um município não tivesse capacidade instalada para atender ao conjunto de necessidades de sua população, deveria pactuar com municípios da região, ou mesmo com o gestor estadual, para atender o seu município de forma integral, contínua e permanente.

No entanto, a PPI como instrumento da regionalização e de cooperação entre gestores foi utilizada de forma tímida, especialmente no Estado de São Paulo, uma vez que não foram implantados mecanismos de monitoramento, acompanhamento e avaliação. Na realidade a implantação da PPI em São Paulo ocorreu apenas com o Pacto da Saúde (2006), quando foram definidas as responsabilidades de cada gestor sobre essa programação, em cada Região de Saúde, estabelecendo-se os tetos financeiros dos recursos federais que cada um iria receber, com base nesta programação¹⁰.

Reportando-se a RMC/SP, apesar de não ter sido reconhecida como região de saúde na época do Pacto, e só recentemente em 2014, pode-se focar o exemplo do município de Campinas que, além de atender à sua população, atende diversas demandas de populações dos demais municípios da região, recebendo no seu teto financeiro os recursos correspondentes ao atendimento dessas demandas. Do mesmo modo, os serviços que se encontram sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde- SES/SP via Departamento Regional de Saúde de Campinas - DRS 7 e que atendem aos municípios da RMC/SP, também recebem recursos correspondentes a estas demandas atendidas¹¹.

Ao lado da ausência de acompanhamento e avaliação, a PPI levou em consideração apenas a alocação de recursos federais, sendo os recursos próprios da SES – SP e das SMS alocados de acordo com os interesses de cada gestor, nem sempre coerentes com as necessidades de saúde da região e, a discussão sobre a sua utilização esteve timidamente presentes nas pactuações regionais.

A PPI também foi pensada como um instrumento de regulação em saúde, na medida em que explicitava a necessidade de ações e procedimentos em saúde, para atenção aos usuários do SUS, mas que estariam alocados em diferentes municípios, sob responsabilidade de vários gestores de saúde e localizados em inúmeros serviços de atenção médico - sanitária. Assim, para garantir o acesso dos cidadãos a estas ações e procedimentos deveriam ser organizadas “centrais de regulação de acesso”, em âmbito municipal, regional e estadual, que se responsabilizariam pelo encaminhamento e recebimento adequado de demandas intermunicipais, a partir do desenho e pactuação de fluxos de acesso, com base em protocolos clínicos acordados⁴.

Ainda como instrumento de regulação, a PPI deveria orientar a contratualização de serviços de saúde, tanto públicos como privados, uma vez que ao expressar a necessidade de ações e procedimentos de atenção à saúde deveria orientar sua oferta à população, pelos diferentes pontos de atenção.

Em resumo, a Programação em Saúde é essencial para a organização do SUS em âmbito loco-regional, visando garantir o acesso adequado aos usuários do sistema.

O MÉTODO: A CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA A PROGRAMAÇÃO REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE NA RMC

A elaboração da Programação em Saúde requer a definição de parâmetros assistências de suporte para o cálculo dos quantitativos físicos e financeiros necessários¹², é preciso definir:

- A população alvo que se almeja cobrir, observando que o SUS é universal;
- Os principais agravos que serão focados pelos serviços de saúde;
- Os parâmetros assistenciais hoje definidos e utilizados para cálculo da oferta de procedimentos;

- A quantidade de procedimentos a serem ofertados em termos de consultas, visitas domiciliares, exames, medicamentos, internações, etc.;
- O custo financeiro destes procedimentos e de onde virão os recursos;
- Que procedimentos serão contratualizados e ofertados pelos diferentes serviços de saúde – centros de saúde, laboratórios, ambulatorios de especialidades, serviços de internação hospitalar, etc.;

Diante disso, traçou-se como objetivo para o supracitado Componente II, desenvolver, aplicar e validar instrumentos de planejamento da referida Programação em Saúde, primeiramente na microrregião, eleita como piloto, composta por seis municípios da RMC/SP, e também em quatro municípios que aceitaram colaborar e apoiar essas atividades.

Foi utilizada como ferramenta metodológica para construção dos instrumentos, a pesquisa-ação, definida como

um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollente, 2009, p14)¹³

e o planejamento participativo que, segundo Gandin (1994)

parte do pressuposto de que é preciso que os sujeitos do planejamento tenham consciência da sua realidade e da sua condição e, a partir dessa compreensão, articulam ideias para transformar a realidade na qual estão inseridos. Dessa maneira atribui poder a todos, descentraliza as ações, divide as responsabilidades convertendo todos em protagonistas do planejamento e das ações desenvolvidas a partir dele; este ambiente possibilita uma condição de união e de comprometimento que dá força ao grupo (Gandin, 1994, p 28)¹⁴.

Cabe salientar que foi utilizado, como referência para as ações, o diagnóstico epidemiológico, de estrutura do SUS e político administrativo da área piloto o qual foi realizado em 2008 e atualizado em 2013, indicando os principais problemas de saúde e quais as prioridades a serem enfrentadas.

Para realizar as ações do tal componente e que serão explicitadas a seguir, além de três pesquisadores do NEPP/UNICAMP, foi organizado grupo de trabalho com dois representantes de cada Secretaria Municipal de Saúde (SMS), oficialmente indicados pelos gestores municipais de saúde, dos municípios da região piloto e dos municípios colaboradores ao trabalho do grupo neste componente. Além desses profissionais contou-se com a participação de técnicos do DRS e da SES-SP envolvidos diretamente com a área de regulação e planejamento.

A metodologia de trabalho utilizada caracterizou-se por: planejamento de atividades com o grupo; distribuição de tarefas com datas estipuladas para retorno dos resultados; acompanhamento e avaliação do andamento e cumprimento das atividades pelos pesquisadores do NEPP; avaliação do grupo de trabalho; e, definição de novas atividades. Desta forma buscou-se envolver os técnicos além de propiciar o levantamento das dificuldades encontradas nas SMS, bem como dos processos de trabalho a serem modificados.

Para a construção dos instrumentos foram realizadas as atividades descritas a seguir. Inicialmente, foi realizado levantamento de bibliografia e documentos referentes à legislação em saúde, manuais técnicos e demais informações que indicam parâmetros assistenciais para elaboração de Programação em Saúde. Foram selecionados os documentos: Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde - Anexo B¹⁵, Linhas de cuidado- SES/SP¹⁶, Portaria MS/GM nº 1101¹⁷ e Consulta pública sobre critérios e parâmetros assistenciais de planejamento e programação no âmbito do SUS/ 2014¹⁸.

A partir da sistematização da bibliografia elaborou-se documento de identificação dos dados necessários à elaboração da Programação em Saúde com as respectivas referências onde são encontrados os parâmetros assistenciais com seus diferentes enfoques (**Figura 1**).

Na sequência, as informações sobre parâmetros assistenciais foram organizadas em planilha Excel, de acordo com o enfoque e as Linhas de Cuidado. A Figura 2, a seguir, traz como exemplo a estrutura para a sistematização dos parâmetros encontrados nos documentos.

Figura 1- Documento inicial de identificação dos dados necessários à elaboração da Programação em Saúde com as respectivas referências onde são encontrados os parâmetros assistenciais.

PARÂMETROS PARA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS											
Por Tipo de Serviço	Referência	Por Ciclo de Vida	Referência	Por Agravos	Referência	Por Especialidade	Referência	Por Equipamento	Referência	Por Profissional	Referência
Atenção Básica	Port 1.101	Saúde da mulher	Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006	Hepatites virais	Revisão Port 1101	Saúde nutricional	Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006	Radio-terapia	Port 1.101	Médico	Port 1.101
MC Ambulatorial	Port 1.101	Gestante	Revisão PT 1101-Rede Cegonha / LC SES SP	DST /AIDS	Revisão Portaria 1101	Anemia	Port 1.101	Mamó-grafo	Port 1.101	Enfermeiro	Port 1.101
Grupos	Port 1.101	Puérpera	Revisão PT 1101-Rede Cegonha / LC SES SP	Hanseníase	Revisão Portaria 1101	Obesidade	Port 1.101	Máquina de Diálise	Port 1.101	Fisioterapeuta	Port 1.101
Subgrupos	Port 1.101	Saúde da criança	Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006 / LC SES SP	Tuberculose	Revisão Portaria 1101	Desnutrição	Port 1.101	Ósteo Densímetro	Port 1.101	Assistente Social	Port 1.101
Procedimento	Port 1.101	Triagem auditiva neonatal	Revisão Port 1.101	Meningite	Revisão Portaria 1101	Saúde ocular		Tomogr. Comput.	Port 1.101	Odontólogo	Port 1.101
MC Hospitalar	Revisão Port 1.101	Neonatal		Malária	Revisão Portaria 1101	Saúde bucal	Revisão Port 1101	Tomogr. por Ressonância	Port 1.101	Psicólogo	Port 1.101

PARÂMETROS PARA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS											
Por Tipo de Serviço	Referência	Por Ciclo de Vida	Referência	Por Agravo	Referência	Por Especialidade	Referência	Por Equipamento	Referência	Por Profissional	Referência
Clínica médica	Revisão Port 1.101	Até 03 anos		Dengue	Revisão Port 1101	Saúde Mental	Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006	Ultrassom, RX Simples	Port 1.101	Nutricionista	Port 1.101
Cl. Obstétrica	Revisão Port 1.101	Saúde do adolescente	Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006			Saúde das pessoas com deficiência	Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006	Leitos	Revisão Port 1101	Psiquiatra	Port 1.101
Cl. Pediátrica	Revisão Port 1.101	Adulto / Idoso	Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006/Rev PT 1101			Hemoterapia	Port 1.101	Total / 1.000 habit.	Revisão Port 1101		
Cl. Cirúrgica	Revisão Port 1.101	Diabetes	Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006 /Rev PT1101/ LC SES SP			Oftalmologia	Port 1.101	Internações/leito/ano	Revisão Portaria 1101		
Urgências	Port 1.101 / Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 06	Hipertensão	Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006 /Rev PT1101/ LC SES SP			Oncologia	Port 1.101	Leitos UTI	Revisão Port 1101		
Apoio Diagnóstico	Revisão Port 1.101	Saúde do trabalhador	Anexo B Diret. PPI / Pacto 06			Quimioterapia	Port 1.101	Por Especialidade	Revisão Port 1101		

PARÂMETROS PARA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS											
Por Tipo de Serviço	Referência	Por Ciclo de Vida	Referência	Por Agravos	Referência	Por Especialidade	Referência	Por Equipamento	Referência	Por Profissional	Referência
Patologia Clínica	Revisão Port 1.101					Hormonioterapia	Port 1.101	Bolsa Colostomia	Port 1.101		
Radio-diagnóstico	Revisão Port 1.101					Radioterapia	Port 1.101				
Procedimento	Revisão Port 1.101					Litotripsia	Port 1.101				
Apoio Terapêutico	Revisão Port 1.101					Nefrologia	Port 1.101				
TRS	Revisão Port 1.101					Queimados	Port 1.101				

FONTE: PESS NEPP UNICAMP – Projeto de Apoio à Organização das Ações de Regulação em Saúde na RMC. 2015.

Figura 2- Modelo de planilha para sistematização das informações sobre parâmetros, segundo Linha de Cuidado

LINHA DE CUIDADO	Parâmetros populacionais	Parâmetros propostos NEPP/UNICAMP	Parâmetros da LC-SES/SP	Consulta pública atual. Portaria 1101	Parâmetros - Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006
POPULAÇÃO - ALVO	Demanda esperada				
PARÂMETROS POR NÍVEL DE ATENÇÃO	Parâmetros assistenciais por Ações	Parâmetros propostos NEPP/UNICAMP	Parâmetros da LC-SES/SP	Consulta pública atual. Portaria 1101	Parâmetros - Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006
ATENÇÃO BÁSICA					
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL					
APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	Exames preconizados	Parâmetros propostos NEPP/UNICAMP	Parâmetros da LC-SES/SP	Consulta pública atual. Portaria 1101	Parâmetros - Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006
MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	Necessidade de leitos	Parâmetros propostos PESS/NEPP/UNICAMP	Parâmetros da LC-SES/SP	Consulta pública atual. Portaria 1101	Parâmetros - Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006
IMUNIZAÇÃO (VIGILÂNCIA)	Vacinas	Parâmetros propostos PESS/NEPP/UNICAMP	Parâmetros da LC-SES/SP	Consulta pública atual. Portaria 1101	Parâmetros - Anexo B - Diretrizes PPI / Pacto 2006

FONTE: PESS NEPP UNICAMP – Projeto de Apoio à Organização das Ações de Regulação em Saúde na RMC. 2015.

A partir desta etapa, foram realizadas reuniões da equipe de pesquisadores NEPP/UNICAMP com os membros do grupo de trabalho e com os colaboradores para a priorização de linhas de cuidado, sendo priorizadas: Gestante e Puérpera, Hipertensão Arterial, Diabetes, Dengue, Tuberculose, Hanseníase e Saúde Bucal.

Foram disponibilizadas planilhas, segundo linhas de cuidado priorizadas, para o grupo de trabalho dos municípios do estudo para que juntamente com as equipes técnicas municipais executasse o preenchimento das mesmas com os parâmetros definidos em seu município, utilizando como referência os parâmetros assistenciais levantados nos documentos.

Posteriormente ocorreu a consolidação, pelo grupo de pesquisadores NEPP/UNICAMP, das planilhas municipais preenchidas, estruturando-as com o agrupamento dos parâmetros definidos pelos dez municípios para definição de margem mínima e máxima para pactuação dos parâmetros.

Com os parâmetros pactuados foram construídos os instrumentos, em sistema *Excel*, para suporte à programação regional, para cada linha de cuidado, conforme Figura 3 adiante, contendo:

- Os parâmetros divulgados pelos documentos oficiais e acordados com os municípios,
- O cálculo de necessidades de cada procedimento de acordo com o grupo populacional de cada Linha de Cuidado,
- A produção atual realizada em cada tipo de serviço no município,
- A demanda atendida em municípios vizinhos e,
- O cálculo da demanda não atendida.

A partir do instrumento realizou-se treinamento ao grupo de trabalho e/ou responsáveis das diversas áreas das SMS (Atenção Básica, Vigilância, Atenção Especializada) dos municípios para utilização e preenchimento dos instrumentos desenvolvidos pelos pesquisadores do NEPP, com o objetivo de serem testados e validados pelos municípios que compõem a região piloto e os colaboradores.

Após o preenchimento foi organizada oficina para apresentação dos instrumentos preenchidos pelos técnicos de cada município do estudo com a presença dos Secretários Municipais de Saúde, com o objetivo de apontar as facilidades e as dificuldades encontradas na obtenção dos dados visando identificar a viabilidade em utilizar esses instrumentos na execução da Programação Regional de Atenção à Saúde na RMC, bem como o encaminhamento de propostas.

[illegible]

120

RESULTADOS E CONCLUSÕES: VIABILIDADE NA UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

A utilização dos instrumentos propostos e construídos para o planejamento das ações de saúde que cada município deve ofertar a sua população SUS, onde o planejamento seria realizado a partir de parâmetros assistenciais, de modo a verificar se as ações ofertadas são adequadas e suficientes, mostrou-se inviável.

Foram apontadas dificuldades na obtenção de dados devido às inadequações dos sistemas de informação em saúde, seja no âmbito municipal, quanto federal, impedindo a elaboração da Programação Regional de Atenção à Saúde. Foram apontadas ainda como dificuldades:

- Grandes problemas na obtenção dos dados através dos Sistemas Oficiais do Ministério da Saúde, que mesmo orientando a elaboração da PPI por Linhas de Cuidado, não readequou seus sistemas de informação;
- Inexistência ou baixo número de profissionais capacitados em utilizar os bancos de dados disponibilizados, como também do uso do aplicativo *TabWin*;
- Sistemas próprios municipais inadequados que não permitem a obtenção dos dados necessários para utilização desses instrumentos, sendo utilizados na maioria das vezes, apenas para agendamento e com foco principal no faturamento. Cabe salientar nesse sentido que mesmo a tentativa de busca de dados nos prontuários das unidades de saúde mostrou-se frustrante, pois não se obtiveram os dados mínimos necessários;
- Os sistemas de informação, especialmente os ambulatoriais, não permitem separar os dados por classificação de risco; não dispõem da informação sobre o Cartão SUS (identificação do usuário) e do diagnóstico principal; não discriminam informações importantes como 1ª consulta odontológica e imunização de tríplice viral para gestantes; dentre outros.

Apesar da situação vivenciada pelos técnicos, alguns deles se comprometeram a incluir a discussão da necessidade de obtenção destes

dados, no enfoque das linhas de cuidado, junto às empresas que fornecem sistemas para vários dos municípios do projeto.

Sendo assim, considerando que deva ocorrer o envolvimento do gestor municipal em saúde para suplantiar as dificuldades encontradas, os pesquisadores do NEPP/UNICAMP remeteram à Câmara Temática de Saúde da RMC/SP propostas formuladas pelo grupo de trabalho envolvido com o Projeto e, solicitaram apreciação, discussão e pactuação, pelo referido coletivo, das formas e ou alternativas concretas de superação, de modo a viabilizar a continuidade do projeto.

Diante desse conjunto de dificuldades que impedem o Planejamento de Programação Regional de Atenção à Saúde foram sugeridas as seguintes propostas e encaminhamentos:

- Os municípios devem inserir nos seus sistemas próprios de informação, algumas modificações que permitam a coleta mínima de dados, incluindo:
 - Anotação sobre a linha de cuidado que o usuário pertence;
 - Identificação do usuário, preferencialmente pelo cartão SUS e CEP; e,
 - Diagnóstico principal de acordo com a classificação CID10.
- Realizar provisoriamente o planejamento de necessidades de saúde utilizando-se os parâmetros globais populacionais, de acordo com a Portaria 1101, através de planilhas informatizadas construídas pelos pesquisadores do NEPP, para preenchimento pelas SMS;
- Realizar treinamento e capacitação em *TabWin*, *TABNET*, *Excel* para os profissionais envolvidos no planejamento e regulação, permitindo o processamento e análise de dados mais adequados, dos bancos de dados disponíveis;
- Verificar a possibilidade de realizar, no âmbito do Projeto de Apoio à Organização do Complexo Regulador da RMC, um diagnóstico mais detalhado dos sistemas de informação utilizados pelas SMS, de modo a avaliar seus limites frente às necessidades de planejamento, gestão e regulação em saúde.

Propôs-se, então, uma nova dinâmica de trabalho que considerasse as informações efetivamente disponíveis nos sistemas municipais, estaduais e federais de saúde.

Assim, foi desenvolvida nova proposta que utiliza o padrão indicado pela PPI com base na produção de procedimentos, elaborada na implantação do Pacto da Saúde em 2006/2007, atualizada para a nova tabela unificada do SUS, comparando-a com a produção dos municípios, segundo níveis de complexidade, no período de 12 meses. Essa nova proposta de planejamento de necessidades também foi apresentada e validada na reunião da Câmara Temática de Saúde da RMC/SP.

Foram elaboradas novas planilhas, pelos pesquisadores do NEPP, e, apreciadas, discutidas e validadas pelos profissionais dos municípios participantes desse componente. Posteriormente foram realizados os ajustes técnicos e o acréscimo de novos dados sugeridos aos instrumentos, necessários para o aprofundamento das análises e avaliações, as quais serão realizadas pelos municípios com o propósito de programar as ações de saúde, considerando as necessidades de saúde da população adscrita.

A construção dessas planilhas foi realizada a partir dos seguintes levantamentos:

- Atenção Básica - Produção relativa ao período de um ano, por tipo de serviço, organizados em duas planilhas:
 - Procedimentos de Atenção Básica e
 - Profissional de Saúde que realizou o procedimento;
- Atenção Ambulatorial de Média Complexidade, incluindo serviços de diagnóstico e terapia - Produção relativa ao período de um ano, com duas planilhas comparando a PPI com a produção segundo:
 - Forma de Organização e,
 - Procedimento.
- Atenção Hospitalar de Média Complexidade (MC)
 - Internações hospitalares de MC (clínica cirúrgica, clínica médica, clínica obstétrica, pediatria cirúrgica e pediatria clínica) - produção relativa ao período de um ano,

comparado com a PPI - indicando município de residência e ocorrência.

- Internações psiquiátricas- produção relativa ao período de um ano.
 - Nº total de internações psiquiátricas, segundo serviço e município de residência e ocorrência.
 - Nº de internações psiquiátricas por CID segundo serviço e município de residência e ocorrência.

Na avaliação dos instrumentos foram envolvidos técnicos das SMS das áreas de planejamento, regulação, gerentes de atenção básica, gerentes de ambulatorios de especialidade, gerentes de hospitais, responsáveis por serviços de saúde bucal, apoio diagnóstico e assistência farmacêutica, saúde mental, dentre outros.

Para apreciação, ajustes e validação dos novos instrumentos, foram realizados cinco encontros de trabalho, respeitando um ou dois encontros por área (Atenção Básica, Atenção Ambulatorial de Média Complexidade e Atenção Hospitalar de Média Complexidade).

O preenchimento dessas novas planilhas pelos técnicos dos municípios da região piloto e pelos técnicos dos municípios colaboradores, foi apoiado por atividades de Educação Permanente (EP) relacionadas ao uso e processamento de dados dos bancos em saúde, visto que uma das propostas para superar as dificuldades encontradas, citadas acima, seria realizar treinamento e capacitação em *TabWin*, *TABNET*, *Excel* para os profissionais envolvidos no planejamento e regulação. As atividades de EP foram realizadas, utilizando os instrumentos desenvolvidos como exercícios, o que possibilitou o envolvimento de mais 30 técnicos das SMS na discussão sobre Planejamento de Ações de Saúde, demandas e ofertas de serviços e sua relação com a regulação em saúde.

Considerando o quadro apontado pode-se concluir pela inadequação da proposta oficial de PPI, na medida em que não modificou os Sistemas de Informação que poderiam dar suporte ao seu acompanhamento e avaliação e, não definiu instrumentos para tal, o que é confirmado pelos municípios que apenas a utilizam para cálculo de teto financeiro e não como instrumento de planejamento e regulação.

Por outro lado, a programação de ações de saúde com base nas Linhas de Cuidado, enquanto um elemento estratégico para a organização de Redes de Atenção à Saúde, somente será viabilizado com a total transformação dos processos de produção e processamento de dados no SUS, o que certamente envolve todo o conjunto de profissionais de saúde, bem como de suas práticas de saúde.

Finalmente cabe ressaltar a fragilidade das equipes de planejamento, avaliação e regulação em saúde da maioria das Secretarias Municipais de Saúde que, não organizaram processos de trabalho voltados à Programação em Saúde e nem de seu acompanhamento e avaliação.

Assim é possível afirmar que estas dificuldades encontradas impedem a avaliação do que está sendo efetivamente ofertado à população pelos serviços de saúde no SUS, o que certamente repercute no atendimento às necessidades de saúde, permitindo que cada prestador ofereça ações e procedimentos que considere mais adequados de acordo com a equipe de saúde que possui.

Ou seja, mais uma vez conclui-se que no SUS os serviços disponibilizam ações e procedimentos de acordo com seus interesses de oferta e não de acordo com as necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: Da Saúde: art. 196, 197 e 198. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização, Ministério da Saúde. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais. Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília, 2006.
3. Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. Política e Gestão Pública em Saúde. 1ed. São Paulo: Hucitec; 2011. p.317-31.

4. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização, Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes Operacionais. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. (Série Pactos pela Saúde, v.3). Brasília, 2006.
5. Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP (BR). Diagnóstico do Setor Saúde da Região Metropolitana de Campinas. Campinas-SP: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas-NEPP/UNICAMP; Relatório Final, 2007. Disponível em: http://www.agemcamp.sp.gov.br/midia/diagnostico_do_setorsaud_e_da_rmc_unicamp-vs14dejunho-projeto.pdf
6. Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP (BR). Plano Metropolitano de Saúde da Região Metropolitana de Campinas: Apoio a Qualificação do SUS. Campinas-SP: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas-NEPP/UNICAMP; Relatório Final, 2008. Disponível em: http://www.agemcamp.sp.gov.br/midia/plano_metropolitano_de_saude_2008.pdf.
7. Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP (BR). Apoio à Organização das Ações de Regulação em Saúde da RMC. Produto I- Plano de Trabalho. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas-NEPP/UNICAMP (BR); 2013. Contrato nº 003/2013 AGEMCAMP e UNICAMP.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_1_1_1996.html
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na

Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html

10. Secretaria de Estado da Saúde (SES SP) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde São Paulo (COSEMS SP). SUS no Estado de São Paulo: atualizações para os gestores municipais. São Paulo,SP; 2013.
11. Estado de São Paulo (Brasil). Deliberação CIB nº 49, de 02/09/14. Aprova a alteração do desenho das Regiões de Saúde do âmbito do DRS de Campinas, onde o município de Morungaba passa a compor a Região de Saúde Metropolitana de Campinas. Diário Oficial da União nº 165 – DOE de 03/09/14 – Seção 1 – p.33
12. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília, 2006.
13. Thiollent M. Metodologia da pesquisa ação. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2009
14. Gandin D. A prática do planejamento participativo: na educação e em outras instituições, grupos e movimentos dos campos cultural, social, político, religioso e governamental. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
15. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde- Anexo B. Brasília, 2006.
16. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. [homepage na internet]. Linhas de Cuidado SES/SP. Disponível

em:<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/hipertensao-arterial-e-diabetes-mellitus/linhas-de-cuidado-sessp/>

17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM n.º 1101, em 12 de junho de 2002. Art.1º Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Consulta Pública nº 6, de 12 de Março de 2014. Critérios e parâmetros assistenciais de planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os parâmetros propostos deverão subsidiar a revisão da Portaria 1.101/GM/MS, de 11 de junho de 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/consultapublica>

AVALIAÇÃO PRELIMINAR DA EXPERIÊNCIA DE APOIO À ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO EM SAÚDE NA REGIÃO DE SAÚDE DA RMC - SP

Domenico Feliciello

Juliana Pasti Vilalba

O Projeto de Apoio à Organização das Ações de Regulação em Saúde na Região Metropolitana de Campinas ocorreu no período de 2014 a 2015, com duração de 24 meses, patrocinado pelo Fundocamp do Conselho de Desenvolvimento Metropolitano de Campinas (CDRMC) e, acompanhado pela AGEMCAMP, a agência de suporte administrativo desse conselho.

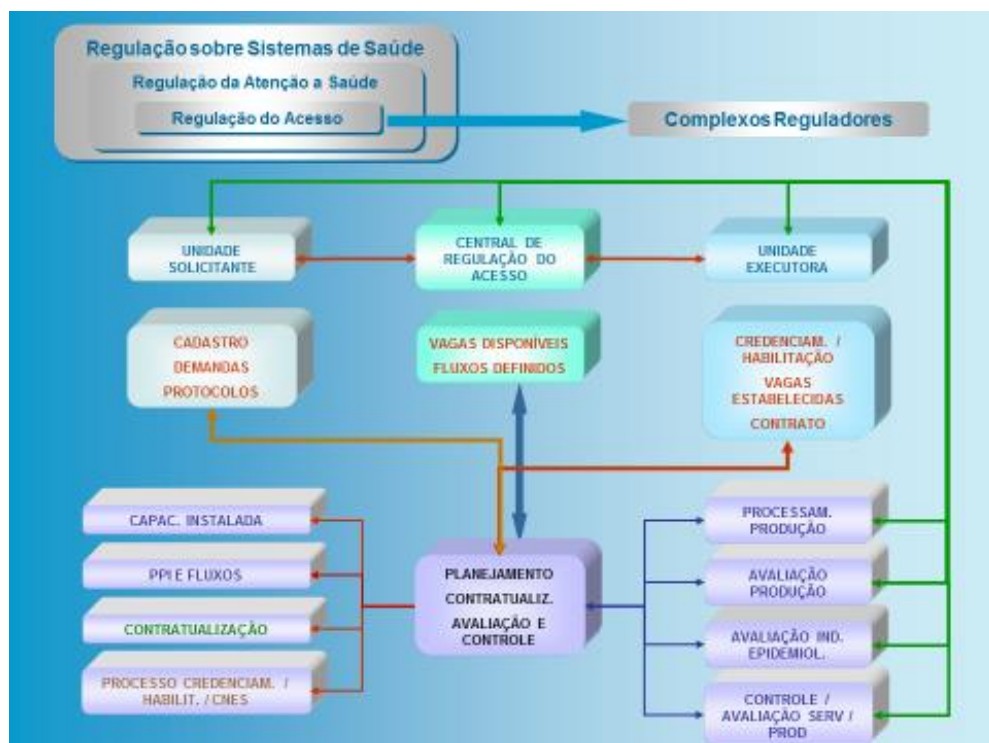
O Projeto incorporou um modelo conceitual que buscou integrar o conjunto de diretrizes e estratégias aprovadas a partir do diagnóstico das Ações de Regulação em Saúde na RMC, além de possibilitar um alinhamento conceitual entre os pesquisadores do NEPP, responsáveis pelo projeto, bem como entre os técnicos das SMS e do DRS Campinas, de modo que fosse possível orientar o projeto segundo um eixo condutor de consenso.

Este modelo, apresentado na Figura 01, adiante, estabelece que o Complexo Regulador, originado da legislação do SUS e, relacionado ao âmbito da Regulação de Acesso, possui estreita relação com a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação sobre Sistemas de Saúde, definidas por esta mesma legislação¹.

¹ Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Conforme consulta em 01/11/2015 no endereço:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

FIGURA 01 – MODELO CONCEITUAL SOBRE REGULAÇÃO EM SAÚDE



FONTE: Elaboração FELICIELLO, D. NEPP, Unicamp 2012.

Segundo a legislação da Regulação em Saúde no SUS, os três âmbitos de regulação referidos caracterizam-se por:

I - Regulação de Sistemas de Saúde

“Tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas”;

II - Regulação da Atenção à Saúde

“Exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos”;

III - Regulação do Acesso à Assistência

“Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo **complexo regulador** e suas unidades operacionais”.

Portanto, torna-se evidente que os três âmbitos de regulação são estritamente relacionados e que o Complexo Regulador, embora situado no âmbito da Regulação do Acesso, deve estar integrado aos demais níveis, bem como propiciar sua integração.

No modelo proposto, esta integração entre os três âmbitos da regulação, bem como do Complexo Regulador deve ocorrer através de Núcleo de Planejamento, Contratualização, Regulação, Avaliação e Controle em Saúde, mesmo que estes processos estejam organizados ou sob responsabilidade de diferentes setores da administração pública.

Em resumo, para garantia do acesso dos usuários do SUS aos variados serviços, necessários para atenção à saúde de modo contínuo, permanente e integrado, e que são ofertados por diferentes serviços de saúde (Unidade Básica de Saúde, Ambulatório de Especialidades, Laboratórios de Exames, Hospitais, Pronto Socorros, etc.), não basta apenas organizar uma Central de Regulação de Acesso, responsável pelo agendamento ou marcação de procedimentos (consultas, exames ou internações), sem que haja sua integração com os serviços de saúde, por um

lado e, com os processos de planejamento, contratualização, regulação, avaliação e controle, por outro.

Esta situação ficou claramente apontada no diagnóstico preliminar realizado, constatando que dos 19 Municípios da RMC, à época, apenas 45% possuíam setores de regulação em saúde com equipe adequada e processos organizados; 55% dos municípios apresentavam estrutura e processos incipientes ou inadequados, a maioria contando apenas com Centrais de Marcação de Procedimentos (consultas, exames e internações) sem qualquer relação com os processos de planejamento, contratualização, regulação, controle e avaliação.

Mesmo nas SMS onde os setores e processos foram considerados mais adequados, ocorriam grandes fragilidades na sua integração com os processos de planejamento, contratualização, avaliação e controle.

Ou seja, as ações e serviços ofertados pelas SMS não eram orientados pelas necessidades de saúde da população que deveriam informar quais procedimentos seriam ofertados pelos serviços, próprios ou contratados. Na realidade, o que era ofertado resultava do interesse ou do entendimento individual dos profissionais de saúde, ou dos gerentes dos serviços, nem sempre correspondendo às necessidades de saúde.

Do mesmo modo, os serviços privados contratualizados não eram orientados pelo planejamento de necessidades e, geralmente, os serviços públicos não possuíam qualquer planejamento do que deveria ser ofertado. Na realidade o pouco planejamento utilizado diz respeito a como cada equipe, das diferentes especialidades devem se organizar para ofertar atividades que tecnicamente lhes interessam, ou que estejam capacitadas a oferecer.

Esta situação, que não ocorre apenas no SUS da RMC, mas se reproduz de modo geral no Brasil, é amplificada na medida em que o SUS deve ser organizado com base em Regiões de Saúde (Regionalização), já que as municipalidades isoladamente não conseguem oferecer todo o leque de procedimentos (consultas, exames e internações) necessários ao bom

atendimento da população. Geralmente os municípios dependem de cidades de maior porte e com serviços de saúde com maior investimento tecnológico para atender aos diversos agravos.

Assim, a Regionalização requer o planejamento de necessidades de saúde não só no âmbito municipal, mas também no espaço regional. Ou seja, uma vez que as SMS não realizam este planejamento e não conhecem adequadamente suas necessidades, não conseguem pactuar adequadamente serviços de outros municípios ou sob gestão de outras esferas de governo (estadual ou federal), que também não realizam tal planejamento.

Na medida em que as SMS não possuem ações de contratualização, regulação, controle e avaliação, para comprar, conhecer e monitorar o que cada serviço público ou privado vem ofertando, e com que qualidade, dificilmente irão organizar a oferta de serviços adequados à população, levando inclusive a uma série de desperdícios e inadequações.

Neste aspecto, o das inadequações, os diagnósticos de saúde da RMC² mostravam as seguintes situações, reflexo da ausência de planejamento, regulação e avaliação:

1. Desperdício de recursos - a falta de regulação das ações assistenciais (uso de protocolos, de critérios de risco e supervisão) ocasiona uma produção elevada de procedimentos, exames e insumos, atendimentos de urgência e, consultas especializadas além da baixa qualidade do atendimento;
2. Escassez de procedimentos - resultante tanto do desperdício indicado acima, mas também devido a:
 - a. Ausência de contratualizações e planos operativos dos contratos e,

² NEPP, Unicamp. Diagnóstico do Setor Saúde da Região Metropolitana de Campinas. Relatório final de pesquisa apoiada por FAPESP e AGEMCAMP. Arquivo PDF, 2007, in: http://www.nepp.unicamp.br/nepp_2.5/images/icones-do-site/pdfs-parao-site/diagnostico_do_setorsaude_da_rmc_unicamp-vs14dejunho-projeto.pdf

- b. Falta de avaliação e controle das contratualizações existentes, na medida em que os prestadores públicos e contratados passam a ofertar o que mais lhe convém e não aquilo que é a capacidade contratualizada e a necessidade da população;
- 3. Dificuldades de atendimento aos municípios - uma vez que ficam submetidos a filas de espera, dificuldades de acesso a consultas, exames e internações, e até mesmo a ausência de procedimentos;
- 4. Agravamento do estado de saúde dos pacientes - requerendo ações mais complexas e custosas;
- 5. Aumento de gastos com saúde - das administrações municipais e estadual;
- 6. Imagem desgastada dos gestores e governantes públicos.

Os dados levantados no diagnóstico exemplificavam estas situações na RMC, incluindo:

- Baixa Qualidade da Atenção Básica, reconhecida pelos próprios gestores municipais, com grande número de solicitação de exames, encaminhamentos aos especialistas e, deficiências no acompanhamento;
- Consultas de Urgência / Emergência – 3 a 4 vezes acima do parâmetro, já que muitos casos próprios da APS procuram serviços de urgência;
- Consultas Especializadas – 2 vezes acima do parâmetro, devido ao excesso de encaminhamentos, sem considerar as faltas e desistências devido à demora na marcação;
- Exames Laboratoriais, RX e Ultrassom – 3 a 4 vezes acima do parâmetro e os municípios ainda compram mais procedimentos com recursos próprios, sem considerar que muitos exames não são retirados pelos pacientes e a grande maioria possuem laudo normal;

- Medicamentos – a maioria das SMS consome acima de 5% do orçamento municipal e ainda ficam submetidas a processos judiciais que requisitam medicação de alto custo;
- Escassez de procedimentos – principalmente internações de casos agudos e para internações eletivas resultante da falta de planejamento com base nas necessidades.

Assim, o Projeto de Apoio à organização de Complexo Regulador da RMC teria como objetivo auxiliar as SMS no desenvolvimento e implantação de processos e atividades, bem como capacitação de técnicos para organização das ações de regulação em saúde, integradas às ações de planejamento, contratualização e, avaliação e controle. Desta forma, as SMS estariam adquirindo um conjunto de conhecimentos, ferramentas e instrumentos para adequar a oferta dos serviços de saúde às necessidades da população, com qualidade e tecnologias adequadas aos principais agravos.

1. Organização, Execução do Projeto e Participação

A partir daquelas constatações e da complexidade do Projeto, foi desenvolvida uma organização para a sua execução que incluiu:

- Câmara Temática de Saúde da CDRMC, que congrega representantes oficiais das SMS dos municípios da RMC e do DRS Campinas, para acompanhamento global do projeto e discussão de novas estratégias e / ou redirecionamentos do projeto;
- Grupo de Consultores Externos aos pesquisadores do NEPP para acompanhar e orientar estratégias e ações. Este grupo foi composto por pessoal qualificado convidado, incluindo: Coordenação do NEPP Unicamp; Especialista em Informação e Sistemas de Informação em Saúde; Técnico responsável pelo Planejamento Regional da SES – SP; Especialista em Contratualização de Serviços de Saúde; Especialista em

Administração e Planejamento Hospitalar e Especialista em Redes de Atenção à saúde.

- Grupo de Técnicos das SMS, constituído por dois técnicos de cada município e representantes do DRS – Campinas, da SES – SP, para implantação das estratégias e ações consideradas factíveis, bem como acompanhamento e avaliação dos resultados;
 - Vale ressaltar que para a organização do Grupo de Técnicos das SMS foi solicitada a indicação formal, pelos Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde, de dois técnicos, um da área de planejamento em saúde e outro do setor de regulação em saúde. Também foi solicitada a indicação formal de três técnicos do DRS – Campinas. Esses técnicos ficaram responsáveis por implementar as propostas e ações construídas no âmbito do projeto, bem como trazer as dificuldades e decisões das respectivas SMS na implantação dessas ações.
- Grupos de Trabalho específicos para cada componente ou para conjunto de ações consideradas estratégicas;

O Grupo de Consultores, de suporte aos pesquisadores, logo no primeiro encontro sugeriu que as ações fossem implantadas primeiramente numa “microrregião piloto” da RMC, a ser identificada, para desenvolvimento das ações, instrumentos e ferramentas, posteriormente a serem difundidas para o resto da RMC.

Esta proposta, de microrregião piloto, foi formulada na medida em que se observou a grande heterogeneidade dos municípios da RMC, com redes de atenção à saúde muito diferenciadas e com estruturas e equipes gerenciais com capacidades e poder de autonomia muito díspares. Além disso, levou-se em conta a necessidade de desenvolver ferramentas e processos que pudessem ser utilizados em âmbito regional, e não isoladamente em cada município, tendo em vista a diretriz de Regionalização do SUS.

A partir dessa organização e das primeiras discussões, o Plano de Trabalho do Projeto, resumidamente representado no Quadro 1, foi desenhado para ser realizado através de componentes, correspondentes aos principais processos gerenciais que necessitavam ser organizados, adequados ou qualificados, de acordo com a situação de cada SMS. Este plano foi apreciado, discutido e aprovado pela Câmara Temática de Saúde, Grupo de Técnicos das SMS e Grupo de Assessores.

QUADRO 1 - PLANO DE TRABALHO RESUMIDO

ETAPAS	COMPONENTES
1	Organização dos Grupos de Apoio e Elaboração do Plano de Trabalho do Projeto
2	Componente I - Estabelecimento de Redes Microrregionais de Atenção à Saúde
	Componente II - Elaboração da Programação Regional de Atenção à Saúde da RMC
	Componente III - Organização de Centrais de Regulação da RMC
	Componente IV - Desenvolvimento de ferramentas e instrumentos de gestão
	Componente V - Educação Permanente

Ao longo da execução do projeto, a Câmara Temática de Saúde (CT Saúde) e os grupos organizados reuniram-se com diferentes cronogramas, sendo mais frequentes os encontros com o Grupo de Técnicos da RMC (quinzenalmente) e CT Saúde (mensalmente).

O Grupo de Consultores Externos do Projeto realizou reuniões a cada quatro meses, no formato de Oficina de Trabalho, com duração média de dois dias cada, nas quais eram apresentados os trabalhos, os desafios, as fragilidades e os resultados obtidos e estabelecidas novas estratégias e ações, posteriormente validadas na CT Saúde ou no Grupo de Técnicos das SMS;

Vale ressaltar neste aspecto que a frequência dos técnicos das SMS foi decaindo ao longo do projeto, chegando ao último semestre a cerca de 50% a 60%, mesmo nas oficinas de trabalho.

Observou-se ainda que a presença dos Técnicos do DRS – Campinas foi muito baixa e preocupante, apesar dos insistentes convites para participar do conjunto de atividades. Neste aspecto notou-se que a equipe técnica deste departamento era muito tímida, face às demandas da SES SP.

A princípio, na avaliação dos pesquisadores do projeto e do Grupo de Consultores Externos, o envolvimento dos gestores (CT Saúde) e dos Técnicos (Grupo de Técnicos) diminuiu na medida em que os mesmos deveriam se responsabilizar pela implantação das ações pactuadas, exigindo dedicação e equipe responsável, que não foi disponibilizada pelo gestor municipal, segundo os próprios técnicos participantes no projeto.

No entender dos gestores municipais, apesar de não haver discordância das estratégias e ações formuladas conjuntamente no âmbito do projeto, não conseguiam dispor de técnicos para sua implantação, pois não dispunham de recursos para ampliar a equipe de gestão e, estavam mais preocupados com o atendimento às demandas dos serviços.

Esta questão foi diversas vezes discutida nos encontros e oficinas realizados, argumentando-se que a preocupação com o atendimento das demandas era legítima e importante, mas que a falta de avaliação, contratualização adequada dos serviços e de regulação estava levando a sérios desperdícios de recursos e ao atendimento inadequado da população, o que comprometia o próprio atendimento priorizado.

Além dessa falta de sintonia entre os gestores municipais e os técnicos e pesquisadores envolvidos no projeto, não houve avanços com relação às discussões para organização dessas atividades em âmbito regional, especialmente pela ausência dos técnicos do DRS Campinas e a deficiência de políticas e de priorização da SES – SP com relação aos componentes do Projeto.

Neste aspecto em várias ocasiões os técnicos e representantes da SES – SP indicaram que não havia prioridade em desenvolver e implantar políticas voltadas ao planejamento de necessidades de saúde, contratualização e avaliação e controle, dirigidas a Regionalização, mas apenas para os serviços sob gestão estadual, incluindo os AMEs, Hospitais Regionais e Rede Luci Montoro.

A única diretriz política mais ampla que vinha sendo implantada pela SES – SP dizia respeito à área de regulação, mais especificamente de Regulação do Acesso, com o desenvolvimento do Portal CROSS que disponibilizava programas informatizados, via internet, para cadastramento de serviços especializados, agendamento de consultas e exames e, regulação de casos de urgência e uso de leitos hospitalares.

Deve-se assinalar ainda, que alguns municípios com maior autonomia quanto ao atendimento de suas populações, na medida em que possuíam um espectro maior de serviços de saúde, e com uma maior capacidade gerencial, acabaram implementando algumas ações formuladas pelo projeto, mas de modo isolado em seus municípios. Este conjunto de municípios perfaziam cerca de 45% (07) das SMS.

Ainda é preciso considerar os aspectos políticos que interferem neste tipo de projeto, realizado com organizações governamentais, uma vez que houve várias mudanças de Secretários Municipais de Saúde e de Prefeitos, em cerca de 25% das cidades, comprometendo a participação de gestores e técnicos no projeto, assim como a implantação das ações pactuadas.

2. Desenvolvimento dos Componentes do Projeto

Conforme assinalado os componentes do projeto originaram-se do modelo conceitual e das análises preliminares realizadas com o Grupo de Consultores Externos. Quanto a sua forma de implantação, foi estabelecido um cronograma que propunha a execução dos diferentes componentes de modo consecutivo, articulado e integrado, de forma que os processos a

serem organizados, ou adequados, pelas SMS e DRS Campinas pudessem ser implantados de modo mais coerente observando o clássico ciclo de planejamento e da pesquisa ação, incluindo: conhecer a realidade, definir objetivos e metas, implantar ações, acompanhar e avaliar e, corrigir ou implantar novas ações.

2.1. Componente I - Estabelecimento de Redes Microrregionais de Atenção à Saúde

O Projeto iniciou-se com uma pesquisa de levantamento e análise de dados buscando estabelecer Redes Microrregionais de Atenção à Saúde (RMAS) existentes na RMC, na medida em que se supunha que poderiam ser detectadas várias RMAS na região. A importância destas RMAS residia no fato de poder observar conjunto de municípios com formas adequadas de integração entre os serviços de saúde, fornecendo um cuidado em saúde mais contínuo e integral às respectivas populações, uma vez que cada município isoladamente não consegue ofertar todo o conjunto de serviços necessários.

Além disso, a presença de formas mais avançadas de integração de serviços intergestores poderia apontar para a presença de ações de planejamento, regulação e avaliação mais maduras no âmbito regional, que poderiam ser melhor organizadas, requalificadas ou redirecionadas pelo projeto.

O extenso e aprofundado estudo realizado³ pelo grupo de pesquisadores do projeto foi discutido e apreciado pelos Grupos de:

³ PESS / NEPP / UNICAMP e AGEMCAMP. Apoio à organização das ações de regulação em saúde da RMC. Componente I: Estabelecimento de Redes Microrregionais de Atenção à Saúde. Março 2014, arquivo pdf. Estudo realizado a partir do vasto conjunto de dados e informações existentes nos bancos de dados e sistemas de informação do SUS, bem como do DRS Campinas, com a finalidade de detectar e caracterizar Microrregiões de Atenção à Saúde.

Consultores, Técnicos das SMS e CT Saúde para conhecimento e validação da “Região Piloto” sugerida. Neste aspecto, o estudo considerou os elementos e variáveis resumidamente caracterizadas a seguir.

Modelo de Atenção Detectado

- Ainda centrado na atenção aos casos agudos ou agudização dos agravos crônicos, com predominância de pronto atendimento

Oferta de Serviços

- APS com importante capacidade instalada, baixa cobertura e em processo de expansão e qualificação
- Atenção Especializada Ambulatorial presente em grande parte dos Municípios, com ausência de especialidades em vários serviços, com modelo de organização inadequado, ausência de lógica regional e de escala
- Apoio Diagnóstico presente em quase todos os municípios, mas sem organização com base em escala e sem lógica regional
- Atenção Especializada Hospitalar presente em grande parte dos Municípios (exceto 4), com presença importante de unidades de pequeno porte e baixa taxa de ocupação, ao lado de unidades grandes e sobrecarregadas, ou seja, sem lógica regional e economia de escala e escopo
- Fluxo hospitalar de média complexidade centrado nos hospitais de cada município, com grande evasão principalmente para Campinas e Sumaré e, secundariamente para Pedreira, Cosmópolis, Paulínia, Valinhos e Hortolândia
- Fluxo ambulatorial e hospitalar de alta complexidade totalmente centrado em Campinas, exceto para Terapia Renal Substitutiva

Mecanismos de Integração

- Em construção, com projeto de implantação de Cartão de Saúde SUS Regional
- Centrais de Regulação organizadas adequadamente em poucos municípios, apenas em cerca de 25% das SMS
- Protocolos clínicos organizados e em uso na minoria dos serviços e em agravos restritos

Gestão da Rede

- Plano Regional de Saúde da RMC já elaborado e em fase de implantação
 - Projetos AGEMCAMP – priorizados 08 projetos financiados pelo Fundocamp
 - Projeto BID SES – SP – incorporou os projetos do Plano Metropolitano de Saúde, não priorizados pela AGEMCAMP, incluindo ampliação de unidades físicas de UBS e CAPS, além de qualificação do cuidado e da gestão regional
 - Projetos junto ao MS enviados solicitando recursos – Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psico Social
- Mecanismos de acompanhamento e monitoramento do plano e dos projetos pouco desenvolvidos
- Planejamento e Programação em Saúde (PPI) incipiente
 - Ausência de Acompanhamento e Avaliação
 - COAP sem perspectivas de implantação
 - Ausência de Plano Regional de Investimento, com ações individuais dos municípios
- Recursos Humanos – vários municípios apresentam problemas com a Lei de Responsabilidade Fiscal e também de gestão terceirizada de pessoal da saúde

- Projeto de Qualificação dos profissionais da AB, financiado pela AGEMCAMP
- Projetos de Educação Permanente com recursos SUS com baixa efetividade
- Gestão Inter federativa
 - A ser aperfeiçoada, considerando a Comissão Regional Intergestores da Região de Saúde da RMC, vinculada ao DRS Campinas / SES - SP e a Câmara Temática de Saúde da RMC / AGEMCAMP agindo paralelamente e com pouca integração
 - Ausência de instrumentos e processos gerenciais adequados destes colegiados, bem como das instâncias aos quais estão vinculados

Linhas de Cuidado

- Em fase de implantação, com uma série de dificuldades – LC da Gestante e Diabetes Mellitus para qualificação dos processos de atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde

Considerando o conjunto de dados, discussões e avaliações concluiu-se que Redes de Atenção à Saúde na RMC estão em fase inicial de organização, sendo difícil delimitar micro redes intrarregionais, dadas as características da RMC e as relações historicamente construídas entre municípios e serviços, além da centralidade de Campinas e Sumaré.

O grupo responsável pelo levantamento de dados e o grupo consultor chegou a esboçar um desenho de microrregiões, mas que foi considerado inadequado, pois estaria impondo situações que não são reais.

Avaliando o desenvolvimento do Projeto de Apoio à Organização das Ações de Regulação em Saúde na RMC e, a necessidade de elaborar instrumentos para a sua efetivação, considerou-se que poderia ser indicado um conjunto de municípios que apresentasse algumas características importantes para o projeto, mesmo que ainda não se constituíssem numa microrregião, incluindo:

- Municípios que sejam contíguos e com acesso facilitado;
- Presença de importantes contingentes de populações vulneráveis;
- Municípios de diferentes portes populacionais que permitam o desenvolvimento de ferramentas de gestão nas SMS;
- Existência de instituições hospitalares de diferentes naturezas, que venham contribuir para o desenvolvimento de instrumentos;
- Presença de instituições sob gestão estadual e municipal, permitindo a adequação dos instrumentos e ferramentas;
- Experiência de atenção hospitalar envolvendo conjunto de municípios;

Assim, foi sugerida a eleição de uma “Região Piloto” para desenvolver o projeto composta pelos municípios de: Hortolândia, Monte Mor, Sumaré, Nova Odessa, Santa Bárbara D’ Oeste e Americana (verificar no mapa adiante). Posteriormente, essa indicação foi apreciada e aprovada pela CT Saúde e pelo Grupo de Técnicos da RMC.

Mapa 1 – RMC e Região Piloto eleita para o Projeto



2.2. Componente II - Elaboração da Programação Regional de Atenção à Saúde da Região Metropolitana de Campinas

Seguindo a lógica do modelo conceitual e, a partir da escolha da Região Piloto, foi constituído um grupo de trabalho composto por dois técnicos das SMS destes municípios, e mais quatro municípios colaboradores, indicados pela Câmara Temática de Saúde, com o objetivo de auxiliar no desenvolvimento do componente, havendo também o interesse desses municípios em implementar ferramentas e instrumentos construídos.

Conforme exposto em artigo da presente publicação, avaliou-se que este grupo de trabalho, junto com os pesquisadores do NEPP e com colaboradores externos tiveram um trabalho constante e complexo para a definição de instrumentos que pudessem apoiar a Elaboração da Programação Regional de Atenção à Saúde, pois entendia-se que esta programação deveria refletir as necessidades de saúde de cada município e o que vinha sendo oferecido concretamente, tanto pelos serviços públicos quanto privados contratados.

No entanto pudemos acompanhar que a primeira proposta de instrumentos de apoio com base em Linhas de Cuidado, incluindo Gestantes, Hipertensos, Diabéticos, Dengue, Tuberculose, Hanseníase, entre outros, não pode ser efetivada devido à problema no acesso de dados, mas conseguiu avançar no que se refere a:

- Discussão e pactuação de parâmetros assistenciais entre os municípios;
- Parâmetros populacionais de Referência para cada Linha de Cuidado;
- Definição de limites mínimos e máximos do que deveria ser ofertado em cada procedimento de cada Linha de Cuidado;
- Dados mínimos a serem coletados;
- Elaboração de instrumentos em Excel;
- Treinamento para utilização dos instrumentos;
- Coleta de dados e avaliação do uso dos instrumentos.

Diante deste quadro foram desencadeadas duas ações. Primeiro solicitando à Câmara Temática de saúde que aprovasse uma proposta para inserção de dados mínimos nos instrumentos de coleta de dados e nas solicitações de exames dos serviços de saúde, incluindo: número do cartão SUS; CEP do endereço do usuário; Linha de Cuidado à qual pertence; Hipótese Diagnóstica de acordo com CID 10; atividade realizada.

Como segunda ação, foram avaliados os sistemas de informações do SUS que os municípios necessitam alimentar, buscando quais informações poderiam ser selecionadas e que pudessem vir a constituir outros instrumentos de suporte à programação da Região Piloto.

Finalmente os novos instrumentos foram completados, mas a equipe de pesquisadores detectou que para sua utilização os técnicos apresentavam grandes dificuldades na extração dos dados dos bancos de dados, preenchimento das planilhas e análise dos dados. Neste sentido, foi proposta a realização de atividade de Educação Permanente para capacitar pelo menos três técnicos de cada SMS na extração de dados, preenchimento dos instrumentos e análise. Avaliação mais detalhada desta atividade encontra-se no Componente V.

Dado o tempo decorrido para desenvolvimento deste componente, cujo prazo já havia sido estendido, a partir de discussão das dificuldades com a Câmara Temática de Saúde e, considerando que o grupo de trabalho da Região Piloto mostrou um conjunto importante de fragilidades para levar a tarefa adiante, optou-se por discutir os instrumentos e realizar treinamento também para o grupo de municípios que não participaram de todo o processo de elaboração e, realizar o teste e a avaliação dos instrumentos com todos os 20 municípios da RMC.

Em termos de participação dos municípios neste componente, observou-se queda de participação dos técnicos das SMS na medida em que deveriam implantar atividades concretas nos seus municípios, no caso o preenchimento das planilhas, sua análise e elaboração de relatórios.

Em termos de resultados esperados deste componente, além dos instrumentos previstos, de suporte à Programação de Ações em Saúde na RMC, objetivava-se realizar:

- Planejamento das necessidades de saúde da RMC;
- Avaliação da adequação do que vinha sendo ofertado pelos serviços próprios e contratados pelo SUS;

- Análise do que deveria ser ofertado a mais, na medida em que haviam demandas reprimidas;
- Elaboração da carteira de serviços a ser oferecida pelos diferentes serviços de saúde;
- Definição do Plano Operativo a ser contratualizado com cada serviço.

Resumidamente é possível afirmar que os avanços conseguidos, neste componente foram tímidos e restritos a:

1. Elaboração de dois modelos de instrumentos de suporte à Programação de Ações de Saúde na RMC, um com foco nas Linhas de Cuidado e, outro com foco em Procedimentos segundo a Tabela SUS;
2. Treinamento de 60 técnicos das SMS no manuseio de bancos de dados e sistemas de informação em saúde, na utilização de ferramentas Tabwin e Excel e, no preenchimento dos instrumentos;
3. Organização e sistematização de proposta de EP para Uso de Sistemas de Informação em Saúde de Suporte à Regulação em Saúde;
4. Experiência adquirida pelos técnicos das SMS quanto aos bancos de dados existentes sobre seus municípios e informações disponíveis;
5. Elaboração de proposta de inserção de dados a serem levantados por todas as SMS da RMC, que permitam melhores informações para futuro planejamento de necessidades de saúde;
6. Encaminhamento de proposta de ampliação e qualificação das equipes gestoras das SMS, especialmente dos setores de planejamento, informação e regulação.

2.3. Componente III – Organização das Centrais de Regulação da RMC

Neste Componente, quando foi realizado e aprovado o Plano de Trabalho já havia sido tomada a decisão de utilizar o Portal CROSS da SES – SP como sistema de informação a ser utilizado por todas as SMS da RMC, uma vez que o Grupo de Regulação da SES – SP já havia concordado que a RMC poderia se constituir num projeto piloto para a utilização e expansão do Portal para o âmbito regional.

Vale recordar que a SES – SP já vinha caminhando nesta direção, de criação de Centrais de Regulação Regionais em alguns DRS, tendo elegido inclusive o DRS Campinas como uma área piloto.

No caso do presente projeto, oferecia-se a oportunidade de criar um piloto numa Região de Saúde do DRS Campinas, que depois viria a se integrar na Central de Regulação Regional.

No decorrer do projeto observou-se que apesar do consenso dos gestores de todos os níveis, ao buscar efetivar as ações concretas que esta integração demandava, mais uma vez deparou-se com as fragilidades das equipes gestores e gerenciais, não só das SMS da RMC, mas do próprio DRS Campinas e SES – SP.

Nesta perspectiva duas grandes ações foram desenhadas. Uma para a integração dos ambulatorios de especialidades de 07 municípios - Nova Odessa; Pedreira; Jaguariúna; Santo Antônio de Posse; Vinhedo; Itatiba; e, Cosmópolis - no Portal CROSS.

Para efetivar esta ação a equipe técnica da CROSS realizou treinamento inicial e encaminhou as informações necessárias para introduzir no portal e, aguardou a demanda dos municípios para realização de treinamento em loco. Entretanto, apenas Pedreira enviou os dados e demandou a CROSS. Em reunião de avaliação com os pesquisadores do NEPP os técnicos das SMS indicaram a falta de pessoal e de equipe técnica para esta implantação.

A segunda ação referia-se à necessidade de integração de sistemas dos municípios que já possuíam algum sistema de Regulação de Acesso com o Portal CROSS, mas que também se mostrou inviável dados os limites da equipe da CROSS e da SES – SP que não conseguiram atender a esta demanda.

Na ocasião o NEPP encaminhou à CROSS dados sobre informatização do setor de regulação das SMS da RMC para ajudar na avaliação sobre integração de sistemas. Estes dados foram obtidos através levantamento específico junto às SMS, que mostrou a seguinte situação global:

- Apenas 13 das 20 SMS haviam inserido dados no sistema até dezembro de 2014, e algumas de forma parcial;
- Destas, 09 SMS utilizavam sistema para área de regulação e 04 não utilizam;
- 07 SMS solicitaram integração de sistemas.

Diante da situação, os pesquisadores do NEPP levaram ao conhecimento da Câmara Temática de Saúde, apresentando quadro, que mostrava a participação dos municípios neste componente, durante o ano de 2014.

Novamente observa-se que a participação das SMS nas várias ações desencadeadas concentrou-se no máximo em torno de 65% (16 SMS), havendo várias SMS que não participaram de qualquer ação.

Avaliando a situação na Câmara Temática de Saúde foram propostas duas ações. A primeira seria retomar as discussões com a CROSS SES-SP para tratar de novas formas de viabilizar a utilização do sistema pelas SMS na região.

A segunda proposta referia-se à necessidade das SMS da RMC se posicionarem com maior firmeza sobre a utilização da CROSS como um sistema integrado de apoio à regulação em saúde na RMC e, neste sentido, deveria ser realizada reunião com os Secretários Municipais de Saúde para tomada de decisão.

Avaliou-se que existiam vários fatores que vinham dificultando a concretização do uso do Portal CROSS pelas SMS da RMC, especialmente a ausência de direcionamento estratégico por parte do DRS Campinas e da SES – SP, além do baixo compromisso demonstrado pelos gestores municipais de saúde, aliado a falta de técnicos para realizar os procedimentos necessários.

Deste modo, apesar da decisão inicial das SMS de implantação da CROSS, no momento em que foi aprovado o plano de trabalho pela Câmara Temática de Saúde, os gestores e as equipes destas secretarias acabaram se conduzindo segundo objetivos e estratégias individuais de prefeitos e secretários, muitas vezes divergentes do plano aprovado.

A falta de direcionamento estratégico pode ser demonstrada pela demora da SES – SP em responder às solicitações dos pesquisadores do NEPP, pois somente em junho de 2015, ou seja, cerca de três meses após as decisões da Câmara Temática de Saúde, receberam retorno através de técnico do Grupo de Regulação da SES – SP, que esteve presente em Oficina do Grupo de Consultores Externos do Projeto. Mesmo assim, esse técnico da SES – SP alegava a necessidade de familiarizar-se desta situação descrita e se comprometeu a buscar encaminhamentos junto à ESS – SP.

Entretanto, os retornos solicitados foram apresentados publicamente por ocasião da realização de Seminário da SES SP e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) ocorrido em Campinas, no dia 09 de junho de 2015, no âmbito da discussão do Projeto Saúde em Ação.

Esse projeto, financiado com recursos do BID, possui como objetivo principal contribuir com a melhoria das condições de saúde da população do Estado de São Paulo, através da estruturação da assistência segundo o modelo de Redes de Atenção à Saúde, ampliando o acesso, qualificando e melhorando os serviços na perspectiva de garantir a integralidade do cuidado em saúde. O projeto inclui a RMC como uma das cinco regiões piloto para a realização das ações.

Assim, para o seminário do dia 09 de junho foi solicitado que os responsáveis pelo Projeto de Regulação em Saúde, bem como do Projeto de

Implantação do Cartão SUS Metropolitano, apresentassem os avanços e contribuições que poderiam aportar para o Projeto Saúde em Ação.

Neste seminário estiveram presentes os técnicos da SES – SP responsáveis pelo Projeto Saúde em Ação, a equipe da empresa que administra o projeto e representantes do Grupo de Regulação desta secretaria, além da equipe do DRS Campinas e das SMS da RMC.

Deste modo, considerou-se a participação do NEPP como mais uma oportunidade para expor as questões e fragilidades observadas no desenvolvimento do Projeto de Regulação em Saúde, além de colaborar com a indicação de novas ações estratégicas e avanços de ambos os projetos.

Especificamente no que se refere ao Componente III do presente projeto, indicaram-se como fragilidades:

- Apesar de demonstrar interesse no uso do Portal CROSS, as SMS não possuem recursos humanos e condições organizacionais para responder às necessidades de inclusão dos ambulatórios de especialidades no sistema;
- Por outro lado, a CROSS não tem demonstrado agilidade para responder às solicitações de integração de sistemas;
- Falta agilidade na resposta da SES - SP e DRS Campinas para o desenvolvimento de ações conjuntas.

A partir das discussões sobre o projeto de Regulação em Saúde na RMC, foi indicado um conjunto de propostas e organizado um grupo técnico para sistematizar estas propostas e, encaminhar ao grupo responsável pelo Projeto Saúde em Ação, após o seminário.

O responsável técnico do projeto de Apoio à Organização das Ações de Regulação em Saúde da RMC participou deste grupo de sistematização, ocorrendo reunião em junho de 2015, com a presença de: Diretoria do DRS Campinas, representantes das SMS de Campinas, Sumaré e Santa Bárbara D'Oeste e, representante do Grupo de Regulação da SES – SP. Nesta ocasião foi elaborada uma relação de propostas, indicadas a seguir e, encaminhada ao grupo do Projeto Saúde em Ação, como colaboração.

Prioridades para Informatização

1. Financiamento do Projeto do Cartão SUS Metropolitano com recursos do BID;
2. Realização de diagnóstico dos Sistemas de Informação utilizados na RMC visando à integração em âmbito regional;
3. Informatização total das UBS da RMC, com recursos do BID;
4. Informatização das centrais de regulação municipais e microrregionais (incluir também mobiliário) com recursos BID;
5. Informatização dos ambulatorios de especialidades com recursos BID;
6. Utilização da CROSS no âmbito regional, e solicitar recurso ao BID para:
 - a. Integração de sistemas com a CROSS;
 - b. Desenvolver novas funcionalidades na CROSS;
7. Implantação de telemedicina - infraestrutura física e tecnológica.

Prioridades para a área de Regulação

1. Apoiar a Implantação do Complexo Regulador Regional, com investimento em espaço físico, equipamento e mobiliário, além de sistema informatizado adequado, incluindo a área Pré-hospitalar.
2. Implantação de Centrais Reguladoras e de Núcleos Internos de Regulação, nos serviços de referência regional.
3. Desenvolver e ofertar capacitações para:
 - a. Médico regulador / auditor
 - b. Técnico em regulação
 - c. Melhoria dos processos de trabalho de regulação

- d. Capacitação para os Núcleos Internos de Regulação e para a área Pré-hospitalar

4. Implantar Transporte Sanitário Regional

Além desses encaminhamentos a representante do Grupo de Regulação da SES – SP comprometeu-se a discutir as propostas que envolviam a CROSS junto a SES – SP para estudo de viabilidade, considerando que a CROSS vem sendo gerenciada através de parceria com uma Organização Social.

Até a finalização do projeto não foi recebido qualquer retorno da SES – SP e DRS Campinas, apesar de abordar esta situação em todas as reuniões da Câmara Temática de Saúde, que se mostrava totalmente indiferente quanto a esta situação.

Em termos de resultados deste componente podemos indicar que não se conseguiu dar um direcionamento firme à organização das Centrais de Regulação das SMS e da RMC, apesar de estar disponível uma ferramenta potente que é o Portal CROSS da SES – SP.

Neste sentido, as propostas, as ações e os contatos entre CROSS e SMS da RMC foram estabelecidos, os sistemas componentes do Portal CROSS foram detalhadamente conhecidos, as informações necessárias para inserção de serviços também são de conhecimento geral, faltando vontade política e capacitação das equipes para sua utilização.

2.4. Componente IV – Desenvolvimento de ferramentas e instrumentos de gestão

O **Plano de Trabalho** aprovado pela Câmara Temática de Saúde previa neste componente ações a serem desenvolvida de **julho de 2014 a novembro de 2015**, voltadas a:

1. Desenvolver e implantar novas formas de contratualização de serviços;
2. Identificar, consensuar e pactuar protocolos clínicos e de encaminhamentos;
3. Desenhar e desenvolver novos relatórios da CROSS com foco na RS da RMC e nas RAS Microrregionais
4. Acompanhar e buscar integração com o grupo responsável pelo Projeto de Implantação do Cartão SUS na RMC (AGEMCAMP).

Inicialmente, o grupo de pesquisadores e consultores do NEPP, do presente projeto, priorizou a **contratualização de serviços de saúde** como um primeiro elemento a ser trabalhado no Componente IV, uma vez que:

1. A implantação de **protocolos clínicos** estaria sendo enfocada através de ações de Educação Permanente (verificar no Componente V);
2. O **desenho e desenvolvimento de novos relatórios no Portal CROSS** dependia de respostas e ações da equipe da SES – SP conforme indicado acima; e,
3. A **integração com o Projeto de Implantação do Cartão SUS na RMC**, sob responsabilidade da SMS de Campinas e AGEMCAMP, aguardava a liberação de recursos pelo Ministério da Saúde.

Assim as atividades do Componente IV iniciaram-se com foco predominante na contratualização propondo a realização dos seguintes conjuntos de ações:

1. Levantamento de dados e/ou visita a experiências inovadoras de contratualização de diferentes serviços;
2. Seminário sobre Contratualização de Serviços de Saúde;
3. Oficina de Trabalho entre pesquisadores e consultores externos para discutir e traçar diretrizes a serem observadas nos processos de contratualização;
4. Elaboração de propostas de contratualização pelo PESS NEPP;

5. Realização de Oficina na RMC para discussão e validação dos modelos de contratualização;
6. Elaborar manual de orientação aos gestores municipais.

Com a realização do Seminário “Avanços e desafios da contratualização de serviços de saúde no SUS” em dezembro de 2014 e considerando mais uma vez a baixa presença das SMS, cerca de 50% estiveram presentes, e o pouco interesse demonstrado, o Grupo de Pesquisadores do NEPP, discutindo a questão com o Grupo de Consultores Externo, avaliou a necessidade em mudar de estratégia, devendo realizar ações mais concentradas e solicitar a presença das SMS em momentos para discussão e validação de conteúdos, e instrumentos propostos.

Por outro lado, tanto o Seminário quanto a Oficina de Trabalho trouxeram elementos relevantes para o trabalho, indicando também a necessidade de se constituir um Grupo de Trabalho específico para a contratualização, com a participação de mais pesquisadores. Assim esse grupo foi organizado contando com os seguintes elementos:

1. Um pesquisador responsável pelos documentos sobre contratos com instituições hospitalares, incluindo aqueles firmados com OS. Responsabilizou-se ainda pelos contatos para busca de novos modelos contratuais e de sistemas de informação de suporte. Os contatos seriam realizados com SMS de São Paulo e com a Coordenadoria de Contratos e Serviços de Saúde da SES – SP.

Os contatos estabelecidos mostraram inicialmente que havia disponibilidade em realizar as entrevistas e visitas, mas não conseguiram efetivar uma agenda de encontros até o final de junho de 2015.

2. Dois pesquisadores responsáveis pela bibliografia e levantamento de informações sobre a contratualização de unidades básicas de saúde.

Além do acesso a algumas teses e publicações do assunto, ocorreu uma primeira discussão sobre indicadores por

ocasião da reunião entre consultores e pesquisadores do presente projeto, em maio de 2015.

3. Um pesquisador responsável pelo levantamento bibliográfico de conteúdos sobre indicadores de avaliação, buscando elaborar um cardápio de indicadores possíveis de serem aplicados para os diferentes serviços – Unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais – e nos vários âmbitos comumente considerados na avaliação, ou seja, indicadores de estrutura, processos e resultados.

Foi estabelecido ainda que os indicadores considerados viáveis deveriam ser avaliados do ponto de vista de: facilidade de acesso aos dados; periodicidade da coleta; peso do indicador em relação ao serviço considerado; potencialidade em expressar elementos da assistência que pretendem ser qualificados, entre outros.

4. Um quinto pesquisador responsabilizou-se pelo levantamento da legislação pertinente à contratualização em saúde e elaborar um texto básico com os principais elementos a serem considerados no processo de contratualização e nos instrumentos de contrato.

Todas as atividades sob responsabilidade do grupo foram realizadas a contento, exceto as visitas com SMS de São Paulo e com a Coordenadoria de Contratos e Serviços de Saúde da SES – SP, uma vez que os gerentes e técnicos responsáveis mostraram-se muito morosos e com extrema má vontade no agendamento das visitas, chegando a desconsiderar completamente os telefonemas e os e-mail encaminhados.

Dado o extenso trabalho de levantamento, discussão e elaboração de conteúdos, o grupo optou por elaborar uma primeira versão do Manual de Contratualização e apresenta-lo numa Oficina de Trabalho com as SMS da RMC, realizada em outubro de 2015, que contou com a presença de 11 SMS e o DRS Campinas.

Com a realização da oficina observou-se que a avaliação da maioria dos participantes era de expectativa pela publicação do manual, uma vez que grande parte dos técnicos sente a necessidade de conhecer e aprofundar a legislação da área da saúde, inclusive para orientar os gestores municipais.

Neste sentido, o Manual a ser divulgado pelo NEPP foi considerado um grande auxílio pelos técnicos envolvidos com estas questões, especialmente considerando as mudanças das administrações municipais e das equipes gestoras, que muitas vezes desconhecem as especificidades do setor saúde.

Na Oficina foi indicada ainda a necessidade de realizar algum tipo de treinamento para o uso do manual, levantando-se a possibilidade de realizá-lo, sob a responsabilidade do NEPP, a partir de 2016, mesmo com o término do presente projeto.

Vale salientar mais uma vez a presença de cerca de 55% das SMS da RMC na oficina e nas discussões em grupo, o que nos remete novamente a questão da baixa participação dos gestores e técnicos no projeto. Além disso, a disponibilidade demonstrada para implantação de contratualizações é muito tímida, mais uma vez refletindo a baixa capacidade das equipes gestoras.

Como resultados do Componente IV pode-se apontar:

1. Organização de bibliografia de suporte à contratualização em saúde
2. Elaboração de Manual de apoio às atividades de contratualização das SMS da RMC
3. Sistematização de modelos de Contratos a serem disponibilizados aos interessados;

4. Organização e sistematização de indicadores de acompanhamento e avaliação, para diferentes serviços de saúde – Atenção Básica. Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, Serviços de Apoio Diagnóstico;
5. Interesse despertado em alguns gestores da saúde sobre a importância e necessidade de implantar a contratualização em saúde.

3.5. Componente V – Educação Permanente

As atividades de Educação Permanente foram iniciadas após o prazo planejado uma vez que os técnicos das SMS e os pesquisadores do NEPP necessitavam avançar nos componentes para detectar quais treinamentos seriam necessários para auxiliar na implantação dos demais componentes.

Foram detectadas várias necessidades no decorrer das ações, muitas delas relacionadas à utilização dos sistemas de informação e de ferramentas para processamento e análise de dados, como suporte ao planejamento, à regulação e a avaliação e ao controle, além de apoio à implantação de Linhas de Cuidado.

A partir deste levantamento foi realizado um estudo preliminar sobre a Linha de Cuidado da Gestante da SES – SP e, dos sistemas de informação do SUS, suas principais características, variáveis componentes, formas de acesso e ferramentas para processamento de dados, com a finalidade de definir os conteúdos preliminares das propostas de EP.

A partir do estudo foram propostos os conteúdos e programações de três atividades de EP, posteriormente aprovados na Câmara Temática de Saúde, incluindo:

1. Uso de Sistemas de Informação em Saúde como Suporte à Regulação em Saúde;
2. Estruturação de Linhas de Cuidado no SUS; e,

3. Implantação de Protocolos de Encaminhamento da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera na RMC.

A proposta de EP Uso de Sistemas de Informação em Saúde como Suporte à Regulação em Saúde objetivou fornecer suporte técnico às SMS na obtenção, processamento e análise de dados, extraídos dos sistemas oficiais de informação do SUS, para o preenchimento e análise de dados dos instrumentos do Componente II.

A proposta de EP Estruturação de Linhas de Cuidado no SUS visou o alinhamento conceitual e o conhecimento das principais estratégias sobre organização de Redes de Atenção à Saúde e Qualificação do Cuidado, através da implantação de Linhas de Cuidado, na medida em que possibilitava a abordagem das diferentes ações de saúde a serem ofertadas pelos vários serviços de saúde, possibilitando uma atenção integral, contínua e permanente.

A atividade de Implantação de Protocolos de Encaminhamento da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera na RMC buscou desenvolver um método para a definição e pactuação de protocolos assistenciais, no âmbito dos serviços regionais de saúde, bem como elaborar planos para sua implantação nos municípios.

Estas duas atividades de EP pretendiam oferecer suporte ao Componente IV, no que se refere à implantação de protocolos de Linhas de Cuidado como instrumentos de gestão da Regulação em Saúde na RMC.

As três atividades foram oferecidas primeiramente para o grupo de SMS composto pelos municípios da Região Piloto e municípios colaboradores e, posteriormente para os demais municípios, perfazendo seis atividades de EP.

Em termos de execução das atividades todas foram realizadas a contento, tendo atingido os objetivos propostos e com atividades avaliadas como ótimas e boas pela maioria dos participantes.

Entretanto, como estas atividades de EP foram organizadas para treinamento de técnicos que estariam atuando na implantação de ações dos

Componentes do Projeto nas respectivas SMS, em pelo menos duas delas buscou-se o envolvimento prático dos alunos e a realização de exercícios e planos de trabalho.

No caso da proposta de EP Uso de Sistemas de Informação em Saúde como Suporte à Regulação em Saúde, já foi abordado no Componente II o seu resultado como suporte ao Planejamento de Programação da Ações de Saúde.

Quanto à proposta de EP Implantação de Protocolos de Encaminhamento da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera na RMC, observa-se que nas oficinas de atividades a maioria das SMS participaram, entretanto nas atividades mais práticas e de implantação de ações nas respectivas SMS a atuação dos técnicos foi muito baixa, confirmado novamente a pouca capacidade de atuação das equipes técnicas no âmbito das SMS.

Como resultado deste componente pode-se indicar a sistematização e o aperfeiçoamento de atividades de EP que podem ser ofertadas para o treinamento de equipes de SMS.

No caso da proposta de EP Uso de Sistemas de Informação em Saúde como Suporte à Regulação em Saúde conseguiu-se elaborar ainda exercícios sistematizados para o uso dos sistemas de informação com orientações passo a passo, bem como manual para uso dos instrumentos e elaboração de Relatório de Avaliação, o que permite a sua utilização por demais técnicos das SMS.

Quanto à proposta de EP Implantação de Protocolos de Encaminhamento da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera na RMC, as equipes participantes foram efetivamente treinadas num método para elaboração e pactuação de protocolos com os diferentes gerentes de serviços, podendo reproduzi-lo para diferentes linhas de cuidado.

4. Propostas e Recomendações

Além das propostas já indicadas ao longo do texto em cada componente e daquelas encaminhadas e aprovadas pela Câmara Temática de Saúde da RMC, formularam-se algumas recomendações buscando superar as dificuldades de participação e atuação dos técnicos das SMS, especialmente a de organização do Núcleo Técnico de Apoio à Gestão da Saúde na RMC.

Na realidade a proposta de implantar esta estrutura já havia sido discutida no âmbito da Câmara Temática de Saúde, por ocasião da avaliação do desenvolvimento do Componente II, quando se observou a fragilidade das equipes técnicas de gestão das SMS, bem como a inadequação dos sistemas de informação do SUS para o planejamento, a regulação e a avaliação e, a ausência de ações mais consistentes para fortalecer a Regionalização.

Neste momento, os pesquisadores do NEPP propuseram a necessidade em se implantar inicialmente um Núcleo Regional de Apoio à Regulação, posteriormente discutido e detalhado junto com o Grupo de Consultores Externos.

Com a evolução do presente projeto e o aprofundamento do diagnóstico das fragilidades das SMS e do DRS Campinas, instância regional da SES – SP, a proposta de implantação do Núcleo tornou-se mais intensa e hoje é considerada como uma saída viável para dar impulso à regionalização na RMC e equacionar as fragilidades apresentadas.

O Núcleo Técnico de Apoio à Gestão da Saúde na RMC teria como finalidade principal apoiar os processos de: planejamento, contratualização, monitoramento, avaliação e, regulação de acesso nas SMS da RMC e em âmbito da Região de Saúde da RMC.

Apontou-se ainda que o referido Núcleo Técnico deveria contar com estrutura e equipe adequada e, neste aspecto considerava-se a necessidade de contar pelo menos com três técnicos, com perfil e formação para implantar os processos de trabalho.

Nesta perspectiva, a capacitação da equipe deve abranger as áreas de informação, informática, avaliação em saúde, planejamento em saúde e gestão em saúde.

Quanto aos recursos para implantação e manutenção do Núcleo julgou-se que o Projeto do BID e SES – SP poderia financiar a sua instalação com estrutura física e tecnológica e, recursos dos gestores, incluindo municípios, SES – SP e Agemcamp, poderiam financiar o custeio. Em termos de vinculação institucional o Núcleo deveria estar subordinado à Câmara Temática de Saúde da RMC.

Além desta recomendação mais geral e estruturante, outras estão indicadas a seguir no sentido de qualificar as atuais atividades de gestão regional do SUS na RMC, mas que acabam dependendo da priorização e vontade política dos gestores de saúde. São elas:

- Adequação dos perfis dos atuais profissionais das áreas de planejamento, informação, regulação e avaliação das SMS e do DRS Campinas;
- Capacitação destes profissionais numa perspectiva de qualificação dos processos de trabalho e de integração em âmbito regional;
- Criação de agenda específica da Câmara Temática de Saúde para discussão e tomada de decisão sobre os seguintes aspectos:
 - Avaliação da oferta de ações de saúde dos diferentes serviços, com objetivo de definir diretrizes e estratégias de ampliação e qualificação da atenção;
 - Acompanhamento dos projetos e das ações desencadeadas com vistas à ampliação e qualificação da atenção e do cuidado em saúde;
 - Definição de estratégias e ações a serem inseridas nos planos de saúde e nas propostas orçamentárias dos gestores do SUS na região, tanto municipais quanto regional;

- Acompanhamento dos relatórios de gestão, dos pactos e compromissos firmados entre gestores, buscando avaliar a implantação das diretrizes pactuadas;
- Participação dos Secretários Municipais de Saúde nos momentos de decisões da Câmara Temática de Saúde;
- Divulgação e informação periódica ao Conselho de Desenvolvimento da RMC dos resultados alcançados com os projetos e ações priorizadas na área da saúde.

Finalmente, é preciso organizar um suporte mais adequado à Câmara Temática para que efetivamente possa cumprir com sua agenda de trabalho. Neste aspecto o Núcleo proposto pode ser também pensado como um suporte destas atividades.