

ESTRUTURANDO A REGULAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO

Olga chegou a Secretaria de Saúde de Vila SUS, como de costume, bem cedo. Porém, mal conseguiu chegar a sua sala: havia um tumulto na porta!

Ela conhecia bem o problema: duas moradoras estavam muito nervosas porque o médico da Estratégia de Saúde da Família lhes falou: “tinham pedras na vesícula” e que precisariam realizar cirurgias antes que tivessem crise, com dores e mal-estar. No entanto, o próprio médico não sabia como fazer. Como conseguir o cirurgião? O Hospital de Vila SUS opera vesícula? Iria demorar? E a fila, é grande?



An illustration featuring a group of dark blue silhouettes of people from the chest up, positioned at the bottom. They are holding up a white rectangular sign with a yellow border. The sign contains the text 'SECRETARIA+' in a bold, dark blue, sans-serif font. The background is a light blue gradient with a yellow scalloped border above the sign. At the top, there is a dark blue area with a wavy, scalloped pattern, resembling a roof or a decorative header.

SECRETARIA+

Olga sabia que o encaminhamento de pacientes para exames e consultas especializadas, assim como internações, era bastante complexo. Ninguém tinha certeza de como funcionava. Tanto os pacientes como os funcionários, com frequência, ficavam perdidos, porque as regras eram mudadas a todo momento.

Bom, pelo menos as moradoras não estavam em crise! Um pouco de calma e bom senso poderia resolver o problema. Mas... Será que está havendo uma epidemia de “pedras na vesícula”?

Disposta a enfrentar de forma sistêmica esta situação, Olga entra em contato com Vitória, que agenda mais uma visita a Vila SUS, desta vez com o objetivo de discutir com Olga e sua equipe a gestão da atenção especializada.

Dois dias depois Vitória chega a Vila SUS e vai direto a SMS, onde Olga e sua equipe a esperavam. A reunião inicia com Olga relatando rapidamente a situação vivida há dois dias. Em seguida se inicia um debate tentando identificar as principais questões de fundo presentes na situação. Eram elas:

- *Como identificar as necessidades assistenciais de serviços especializados para garantir a integralidade da atenção à saúde para os municípios de Vila SUS?*
- *Como organizar os encaminhamentos dos pacientes a partir da atenção básica para a atenção especializada, garantindo seu acesso?*
- *Como implantar mecanismos para que os profissionais da atenção básica tenham autonomia para realizar o encaminhamento adequado?*
- *Como promover uma articulação regional que permita o acesso a serviços especializados, seja para consultas ou internações?*

Vitória então tomou a palavra e discorreu sobre alguns conceitos que considerava fundamentais para a compreensão do tema em questão. Iniciou apresentando as várias formas de Regulação que uma gestão municipal de saúde deve utilizar.

A Regulação no SUS:

A Regulação de Sistemas de Saúde é compreendida como “Ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como objeto, para regulamentação, fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde”. A regulação sobre sistemas comporta as ações:

- *Gestor federal sobre os sistemas estaduais, municipais, produtores de bens e serviços de saúde e sistemas privados vinculados à saúde suplementar;*
- *Gestor estadual sobre sistemas municipais e produtores de bens e serviços de saúde;*
- *Gestor municipal sobre produtores de bens e serviços de saúde;*
- *E a auto-regulação de cada esfera de gestão.*

A Regulação dos sistemas compreende as seguintes ações: Regulamentação geral; Controle sobre os sistemas; Avaliação dos sistemas; Regulação da atenção à saúde; Auditoria; Ouvidoria; Controle social; Vigilância sanitária; Ações integradas com outras instâncias de controle público; Regulação da saúde suplementar.

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços públicos e privados. Estas ações compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, avaliação da atenção à saúde, auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.

As ações de Regulação da Atenção à Saúde compreendem: a) Contratação: relações pactuadas e formalizadas dos gestores com prestadores de serviços de saúde; b) Avaliação da atenção à saúde: conjunto de operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à saúde e medir os graus de qualidade, humanização, resolubilidade e satisfação destas; e c) Controle Assistencial.

Vitória reforçou que por Controle Assistencial devem ser entendidas as seguintes ações: Cadastro de estabelecimentos, profissionais e usuários; Habilitação de prestadores para prestação de determinados serviços; Programação orçamentária (FPO) por estabelecimento; Monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial; Autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados de alta complexidade; Monitoramento e revisão das faturas prévias relativas aos atendimentos apresentadas pelo prestador; Processamento da produção de um determinado período; Preparo do pagamento aos prestadores.

A **Regulação Assistencial** é compreendida como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, que “deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”¹. É o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles².

A Regulação da Assistência é um observatório do sistema de saúde que permite integrar seus serviços e qualificar a assistência, para alcance de seu principal objetivo - atender plenamente seus usuários.

1 Brasil, Ministério da Saúde Portarias GM/MS n.º 2.048 de novembro de 2002.

2 Brasil, Ministério da Saúde, Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

QUADRO 1. DIMENSÕES DOS EIXOS DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

DIMENSÃO	REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE	REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA
OBJETO	<i>Sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde.</i>	<i>Ações diretas e finais de atenção à saúde dirigidas aos prestadores públicos e privados.</i>	<i>Acesso a serviços (leitos, consultas e exames) e fluxos assistenciais.</i>
SUJEITOS	<i>Gestores municipais, estaduais e nacional de saúde.</i>	<i>Gestores municipais e estaduais de saúde.</i>	<i>Gestores municipais e estaduais de saúde.</i>
AÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito a funções de gestão;</i> » <i>Planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde;</i> » <i>Controle social e ouvidoria em saúde;</i> » <i>Vigilância sanitária epidemiológica;</i> » <i>Regulação da saúde suplementar;</i> » <i>Auditoria assistencial ou clínica;</i> » <i>Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – SCNES;</i> » <i>Cartão nacional de saúde – CNS;</i> » <i>Contratualização de serviços de saúde segundo as normas políticas específicas desse Ministério;</i> » <i>Credenciamento / habilitação para a prestação de serviços;</i> » <i>Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;</i> » <i>Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;</i> » <i>Programação Pactuada e Integrada – PPI;</i> » <i>Avaliação analítica da produção;</i> » <i>Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários;</i> » <i>Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;</i> » <i>Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e</i> » <i>Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências;</i> » <i>Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;</i> » <i>Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e</i> » <i>O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.</i>

Fonte: BRASIL (2008)³.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008.

Em seguida Vitória retoma a situação que desencadeou a visita dela. Vila SUS, município de 15.000 habitantes, conta com um serviço de atendimento de urgências e emergências de baixa complexidade. No entanto, a questão colocada pelas moradoras não se caracterizava como emergência, e sim como uma demanda a ser programada: uma internação para a realização de colecistectomia (cirurgia de vesícula), precedida da realização de exames pré-operatórios e mensuração pelo risco cirúrgico.

No caso, a atenção básica seria o local adequado para, além de diagnosticar o problema, com o suporte de algum exame de imagem, como uma ultrassonografia, realizar os exames pré-operatórios e, mesmo o risco cirúrgico. Para isso, seria adequado que as senhoras fizessem a primeira avaliação cirúrgica, para a indicação do procedimento a ser realizado, e então retornassem a Unidade Básica de Saúde para os preparativos.

Como Vila SUS não dispõe de serviço cirúrgico no município, é necessário haver a articulação regional, com a identificação de serviço de referência com a disponibilidade da consulta de primeira vez e, posteriormente, a realização do procedimento indicado.

Diante dessa situação os gestores dos municípios de Vila SUS, Aurora (Município Polo microrregional da região de Vila SUS), Girassol (Município Polo da região de Vila SUS) e Freire, juntamente com Vitória (apoiadora do COSEMS) se reuniram para debater e alinhar o entendimento sobre como organizar uma Região de Saúde, afinal esse era um tema recorrente entre eles.

O Decreto Presidencial Nº 7.508/2011 define Região de Saúde como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Definiu ainda que para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Ou seja, traz o conjunto de dimensões sob os quais deve se pautado o cuidado em saúde a partir da organização das ações e serviços.

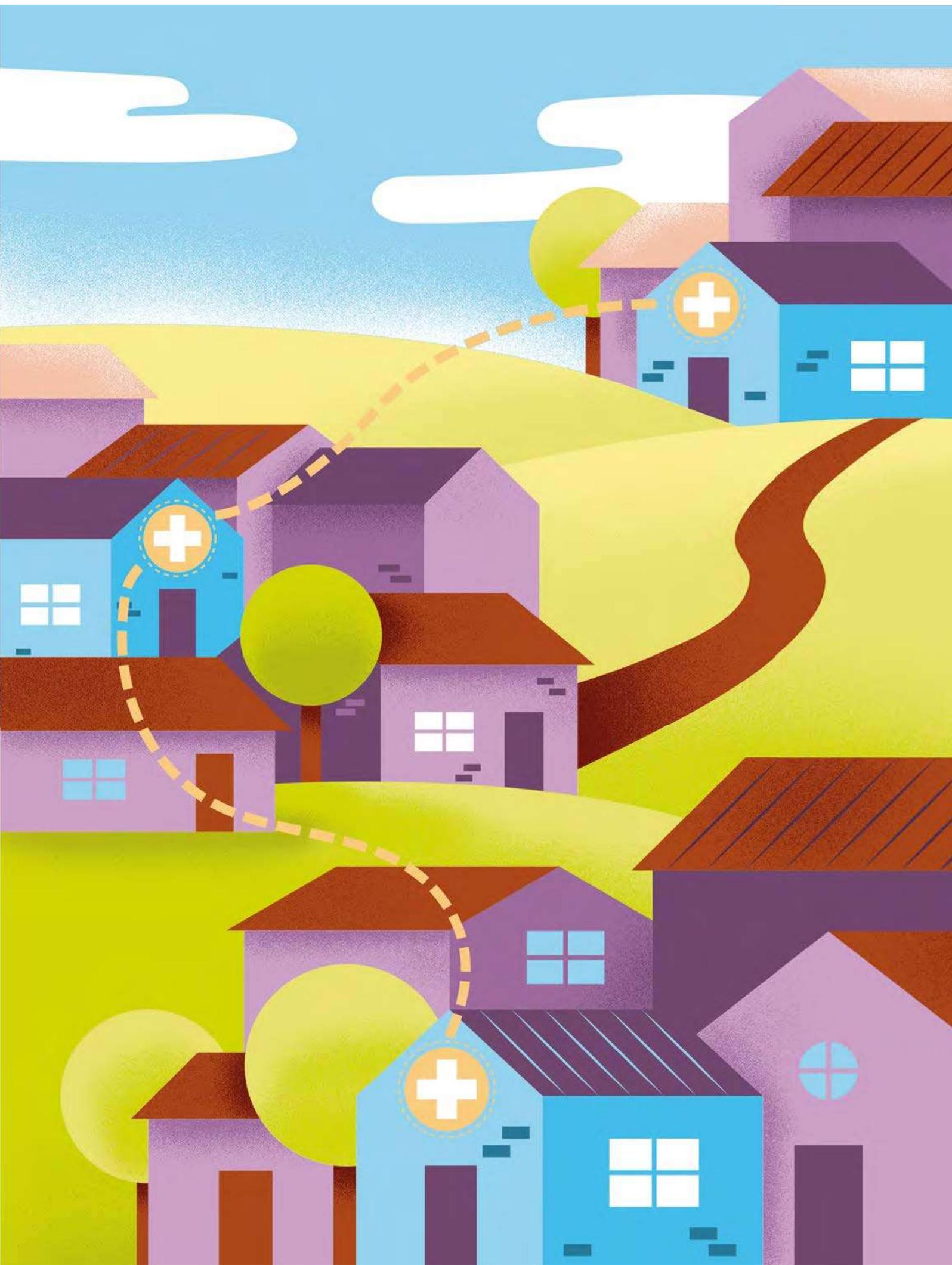
Hoje, há diversos parâmetros de programação em saúde para estabelecer necessidades assistenciais à população. Destaca-se a Portaria GM/MS 1.631, de 10 de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS⁴.

Vitória destacou na reunião que um fator que deve ser valorizado é a realidade local. A caracterização demográfica, epidemiológica, socioeconômica e ambiental e o mapeamento de situações potenciais de risco⁵ devem ser consideradas para, conforme o quadro, identificar as necessidades.

No âmbito do SUS, o instrumento hoje utilizado para Pactuação Regio-

4 Ver Capítulos 10 e 11.

5 Ver Capítulo 07.



nal é a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que será substituída pela Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), conforme Decreto nº 7.508/2011⁶. A PPI estabelece o montante de recursos financeiros a serem destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios, a partir de critérios e parâmetros pactuados nas instâncias gestoras (Comissões Intergestores Regional – CIR, Comissões Intergestores Bipartite – CIB e Comissões Intergestores Tripartite – CIT)⁷.

Ressalta-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. 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. Os fluxos de usuários no sistema de saúde são definidos pela Programação Pactuada e Integrada e devem manter consonância com o processo de construção da regionalização, considerando inclusive as regiões interestaduais e a conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços⁸.

Já com a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) é possível observar, na perspectiva trazida pelo Decreto 7.508/11, que a PPI agora ganha um novo status frente ao processo de planejamento e gestão regionalizada, pois agora deverá abranger o conjunto de ações e serviços de saúde e não somente a média e alta complexidade cuja fonte de financiamento é federal. No âmbito dessa proposta, agora a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde deverá contemplar o conjunto da programação a partir da RENASES e comporá parte importante do Contrato Organizativo de Ação Pública. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde (processo de formulação ascendente e integrado do planejamento em saúde), bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência à saúde, de promoção da saúde, de vigilância em saúde e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. Ou seja, a “nova” PPI será mais

6 Decreto que 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.

7 Ver Capítulo 04.

8 Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

abrangente, terá um papel mais estratégico no planejamento dos sistemas de saúde regionalizados organizados a partir da constituição das redes de atenção à saúde

Outro fator importante se relaciona ao levantamento dos serviços de saúde públicos e contratados disponíveis e sua capacidade de oferta ao SUS⁹. Hoje o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é um importante instrumento para consulta da capacidade instalada. O mesmo deve, inclusive, ser permanentemente atualizado pelo gestor local. O CNES disponibiliza informações referentes aos serviços de saúde existentes no território, com a caracterização dos espaços físicos e equipamentos disponíveis, além dos profissionais que atuam nesses serviços¹⁰.

Uma vez identificados os serviços, profissionais de saúde e as necessidades assistenciais, Olga, enquanto gestora de Vila SUS deverá decidir qual o arranjo institucional necessário para conformar sua rede de serviços.

De um lado, devem-se considerar as potencialidades, ou possibilidades, de investimento na rede de serviços existente, que envolve a incorporação de tecnologias para a qualificação dos serviços e a ampliação de oferta à população, com permanente preocupação com a qualidade.

De outro, cabe a Olga, em negociação com a equipe de gestão e o controle social, promover, dentro dos limites de recursos disponíveis, a contratação de serviços de maneira a complementar a oferta pública. Importante destacar que esta contratação deve observar um conjunto de questões como os princípios e diretrizes do SUS, estar prevista no Plano Municipal de Saúde (PMS), além de respeitar a legislação referente a compras e contratações públicas¹¹.

Destacamos ainda que se propõe aqui uma inversão ao que mais comumente verificamos, onde a contratação parte não das necessidades, mas da capacidade instalada e de contratos já formalizados anteriormente. Esta inversão é fundamental para que as necessidades de saúde da população prevaleçam sobre interesses comerciais e corporativos.

9 Ver proposta de organização deste processo nos capítulos 11 e 12.

10 Com suas informações atualizadas, é possível verificar como utilizar a rede existente para dar conta das demandas, identificar serviços que possam funcionar como referência local ou regional e promover as pactuações nas comissões intergestores.

11 Neste capítulo utiliza-se uma concepção ampla de contratação, entendida como programação e definição de atribuições e metas assistenciais do conjunto de serviços de saúde. No caso da contratação em caráter complementar de serviços privados sugere-se leitura do capítulo 06.

Ao se manter contratos sem o estudo das necessidades, muitas vezes haverá oferta exagerada em determinadas áreas de atenção, com desperdício de recursos, em detrimento de outras, por serem mais escassas ou menos interessantes, do ponto de vista econômico, para os prestadores de serviços¹².

Portanto, o perfil epidemiológico possibilitará identificar o que e quais serviços deverão ser contratados de forma a atender o conjunto da população, promovendo a equidade e a universalidade.

Outro viés frequente é que os mecanismos de contratação se concentrem na relação entre a gestão e os serviços privados, deixando em segundo plano os serviços públicos, em especial na atenção básica¹³.

Assim, deve-se entender a contratação como um processo amplo, onde se negocia com cada serviço de saúde, público ou privado, o menu de serviços a serem contratados, com o detalhamento das atribuições de cada envolvido (metas assistenciais, fluxos, linhas de cuidado a serem cumpridas, processos de regulação do acesso, processos de avaliação, financiamento e controle social), tendo como produtos:

- *Pacto entre a gestão e o contratado para o cumprimento do contrato;*
- *Contrato formal que normatiza a relação instituída;*
- *Gestão integrada do cuidado ao cidadão.*

12 Além disso, na maior parte dos municípios e regiões, a distribuição geográfica dos serviços de saúde, em especial os privados, é mais frequente nas áreas com menor vulnerabilidade social, o que faz com que, sem que haja uma atenção voltada para as necessidades locais, os serviços contratados se concentrem em locais onde sejam menos potentes para gerar impactos positivos na população mais vulnerável.

13 Sem o olhar da contratação dos serviços básicos, em geral próprios, pode-se produzir o risco da desassistência com qualidade a segmentos da população. Mais ainda, a não contratação, entendida como o processo de programação e definição de atribuições e metas assistenciais, com os serviços públicos básicos, pode promover distorções na relação destes serviços com os demais serviços do sistema de saúde.

A contratação requer, além do controle, avaliação e acompanhamento, realizados pela regulação municipal, mecanismos externos de monitoramento, seja por meio dos órgãos

fiscalizadores internos (controladoria, salas de situação e outros) ou dos órgãos externos (tribunais de contas, Câmara Municipal, estruturas do controle social)¹⁴.

Em relação ao problema que vinha ocorrendo, verificou-se haver necessidade de contratação de serviços de imagem para possibilitar à rede diagnosticar problemas comuns, como o caso de litíase biliar. Na realidade de Vila SUS, município de pequeno porte, é necessário contar com serviço de ultrassonografia, seja na rede própria ou contratada. Este serviço deve ser planejado, em sua contratação, para que atenda às demandas de diversas ações de saúde, como na área materno-infantil, na área clínica e mesmo em situações de urgência e emergência.

Por outro lado, visto que Vila SUS não conta com serviço hospitalar para a realização de cirurgias de vesícula biliar, Olga terá, forçosamente, que pactuar na CIR o estabelecimento de referência para o atendimento dos casos de cirurgias eletivas, com a definição de quantidade de procedimentos mensais e, também dos fluxos de referência e contrarreferência para os pacientes com indicação cirúrgica.

A pactuação pode ser apenas financeira, ou seja: o gestor local autoriza a alocação de recursos do seu teto financeiro no município executor dos procedimentos, que, por sua vez, firma o compromisso de aceitar os casos encaminhados e promover a execução dos serviços. Porém, é possível estabelecer outros mecanismos de cooperação, como a cessão de profissionais, ou mesmo a alocação de equipamentos ou a realização de investimentos conjuntos¹⁵.

Uma vez definidas as referências deve-se promover debates técnicos entre os serviços de atenção básica e o serviço de atenção especializada, para que se institua um protocolo assistencial que estabeleça qual o papel de cada profissional, os critérios de diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento dos casos no pós-operatório, bem como a realização de eventuais procedimentos complementares, inclusive para os casos mais complexos¹⁶.

Ao promover as pactuações e eventuais contratações de serviços, Olga reflete ser fundamental que o pessoal administrativo envolvido – estrutura de controle interno, compras e licitações, assessoria jurídica e regulação – acompanhe o processo

14 Em relação aos serviços públicos, é frequente também haver dificuldades quanto a serviços que estejam vinculados a outras esferas administrativas que não o município. Para a contratação desses serviços, da mesma forma que os demais, é necessário que haja a ampla negociação e formalização de metas e mecanismos de acompanhamento, com a participação de todos os gestores envolvidos.

15 Em geral, esses acordos são facilitados pela criação de consórcios intermunicipais, para somar esforços visando a estruturação de serviços de referência.

16 Conforme visto nos capítulos 11 e 12.

desde o início, para que haja estrito cumprimento das normas legais na eventual contratação de serviços e, também, a justa alocação de recursos para outros gestores parceiros e para os executores dos procedimentos.

A assistência à saúde é livre para a iniciativa privada, que pode ser contratada em caráter, sempre, complementar aos serviços públicos. O gestor deve, sempre, atentar ao disposto no Artigo 197 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, em relação aos serviços executados pela administração. No artigo 24, da Lei Federal nº 8.080/90, que estrutura o serviço único de saúde, estabelece que quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Para isso, é necessário o cumprimento da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, referente às licitações e contratos da Administração Pública.

São princípios a serem observados:

- *As entidades filantrópicas e sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS.*
- *A participação desses serviços será formalizada por meio de contrato ou convênio, observando-se as normas de direito público.*
- *Os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS.*
- *Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.*

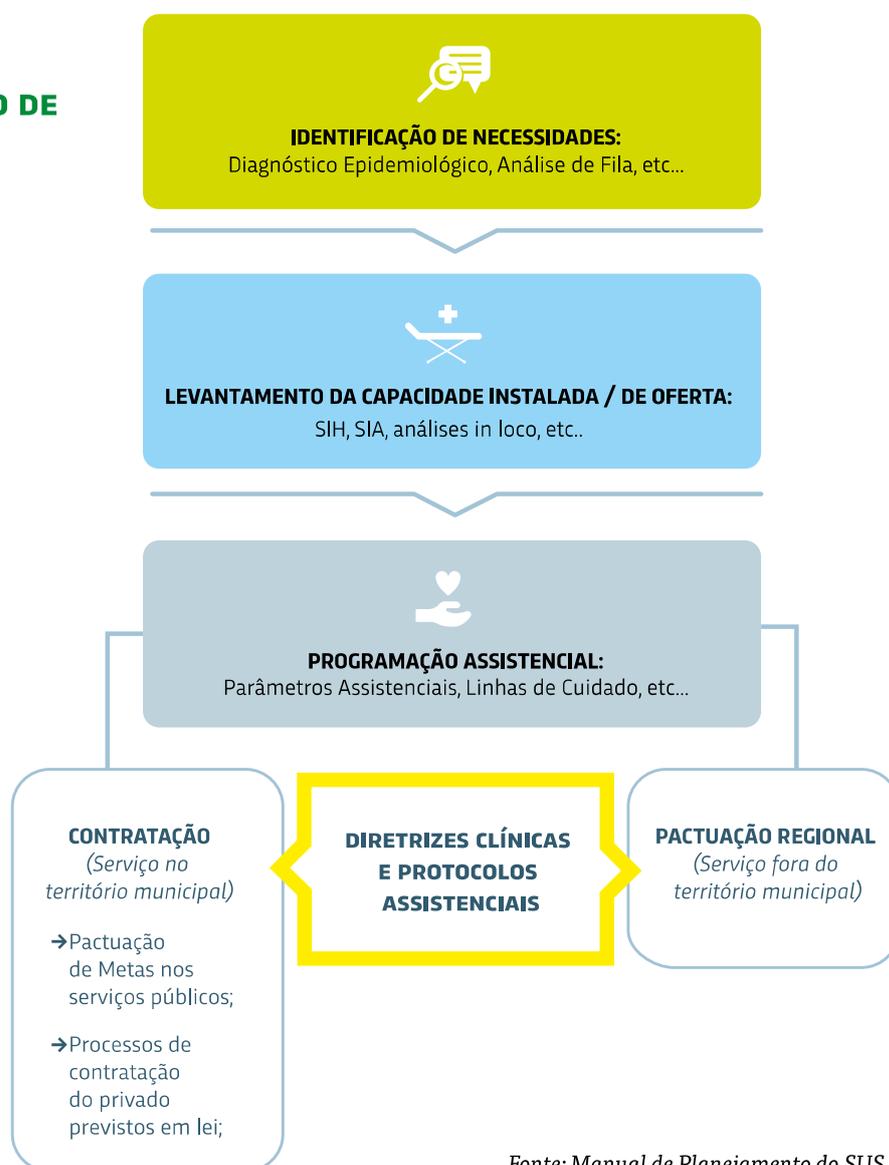
Tem sido bastante utilizada a modalidade de chamamento público, visto haver valores pré-definidos para a execução de serviços para a contratação de serviços privados complementares aos recursos da administração direta pública.

Nessa modalidade, é necessário formar o processo de inexigibilidade de licitação para prestação de serviços na área de assistência à saúde, fixar os preços, utilizando a Tabela Nacional como valores de referência, e publicar Edital de Chamada Pública. No Edital, todas as condições e requisitos devem ser explicitados¹⁷.

17 É importante frisar que, conforme a Portaria GM/MS 1.606, de 11 de setembro de 2005, é vedada a utilização de recursos federais para o pagamento complementar da diferença de valores para a compra de serviços. Se essa for a decisão do gestor, os recursos para o pagamento da diferença do valor da tabela do SUS deverão ser da própria municipalidade.

Processos de contratualização entre o gestor e prestadores podem fortalecer a qualidade dos serviços prestados, em que, ao invés de simplesmente se contabilizar procedimentos realizados, se estabelecem acordos globais, em torno de linhas de cuidado, o conjunto de procedimentos envolvidos em determinado processo de atenção. Com isso, a integralidade é mais facilmente alcançada, pois há mais facilidade resolutiva de casos complexos, que envolvam equipes multiprofissionais na atenção e perspectiva multidisciplinar.

FIGURA 1. **SÍNTESE DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE PRESTADORES**



Fonte: Manual de Planejamento do SUS

Controle e Avaliação:

Mais uma vez Vitória toma a palavra. Agora para discorrer rapidamente sobre alguns pontos fundamentais da gestão do SUS em geral e processos de avaliação. Ela apresenta três formas de avaliar os pactos interfederativos, segundo a política nacional:



Indicador Nacional de Garantia do Acesso;



Sistema Nacional de Auditoria (SNA);



Relatório Anual de Gestão¹⁸ (RAG).

18 Ver capítulo 04.

E continua...

Controle e Avaliação tem a função de acompanhar, monitorar e avaliar o desempenho do sistema e dos serviços de saúde a partir da produção das ações e serviços de saúde, registrados por meio dos sistemas de informação do SUS.

Apresenta ainda as principais ações do Controle e Avaliação:

- *Cadastramento dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais e dos usuários (CNES);*
- *Credenciamento dos estabelecimentos e, se necessário, o encaminhamento dos processos para habilitação, bem como monitoramento e fiscalização do cumprimento dos critérios;*
- *Programação orçamentária por estabelecimento, em nível ambulatorial (Ficha de Programação Físico-Orçamentária - FPO);*
- *Autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade (APAC);*
- *Monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial;*
- *Monitoramento e revisão das faturas de cada estabelecimento;*
- *Processamento das informações que viabilizem o pagamento dos serviços prestados;*
- *Controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos estabelecimentos de saúde;*
- *Monitoramento e avaliação da produção, inclusive a relação entre programação, produção e pagamento;*
- *Avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos por meio de análise de dados e indicadores e verificação dos padrões de conformidade;*
- *Processamento da produção Ambulatorial e Hospitalar SIA/SUS.*

O monitoramento é uma ação de controle das ações e serviços de saúde que deve ser realizada de forma sistemática e contínua e que possibilita, através das informações do SIA e SIH: a) identificação de distorções que alertam para a necessidade de auditorias; b) melhoria de critérios para a contratação; c) redefinição de protocolos para a regulação do acesso aos serviços; d) reajuste de programação físico-orçamentária; e) ações de avaliação e replanejamento; f) acompanhamento de gastos e da qualidade dos serviços prestados; g) realocação de recursos por nível de atenção e programas prioritários; h) reorganização da rede para a repactuação da PPI; i) acompanhamento da produção dos estabelecimentos de saúde.

Regulação do Acesso:

Ao final da reunião se discutiu ainda a questão da garantia do acesso. Assim Vitória retoma com a seguinte reflexão:

As pacientes procuraram o serviço de atenção básica por conta de suas queixas clínicas. A equipe de atenção básica elaborou um diagnóstico e propôs, do ponto de vista clínico-cirúrgico, uma solução. Porém, isto não foi suficiente para a necessidade de saúde que se apresentava. Mesmo com a equipe de atenção básica atingindo o limite de sua capacidade produtiva, num cenário, mundial e nacional, em que as necessidades de saúde se diversificam e complexificam, reforça-se a necessidade do gestor municipal de saúde colocar na sua agenda a discussão referente a integração assistencial. Logo uma questão se coloca: como atuar para facilitar a regulação do acesso, a começar pela atenção básica?

Há, hoje, diversas ferramentas tecnológicas que podem ser utilizadas pela gestão para organizar a regulação do acesso municipal. Num município de pequeno porte, em que a atenção básica prepondera, e onde há dificuldades em contar com estrutura grande de regulação centralizada, os aplicativos para alcançar o acesso podem facilitar a descentralização¹⁹.

19 Importante ressaltar que a simples aquisição e implantação de sistema informatizado não resolve as questões de integração do sistema municipal de saúde por si. É fundamental apostar em processos de negociação e pactuação com o conjunto de trabalhadores da saúde, para que essa rede se torne de fato efetiva.

Começando pela alimentação do aplicativo com as informações referentes a serviços existentes, agendas atualizadas e protocolos para acessar, pode-se estabelecer mecanismos, por meio da informatização, para que os profissionais da atenção básica consigam, no processo de atenção, efetivar o acesso aos procedimentos que necessitem, conforme os protocolos assistenciais²⁰.

Num cenário ideal, é recomendável que o acesso se dê de maneira mais descentralizada possível. Para procedimentos mais comuns, mediante protocolo, e, no caso dos procedimentos mais complexos ou mais escassos, que o acesso seja permitido, pelo menos, para a alimentação das solicitações a fim de que o regulador definido pela gestão possa conhecer as demandas em tempo breve, analisar o cumprimento das condições pactuadas e efetivar o acesso.

Mesmo quando não houver disponibilidade desses recursos para o conjunto da rede de atenção, é possível que o sistema seja integrado por meio de um processo de educação permanente, com a pactuação dos protocolos e a definição de responsabilidades compartilhadas, havendo uma estrutura central, ou regional, para a alimentação do sistema.

As discussões mais recentes envolvendo municípios, estados e a União tende ao fortalecimento das práticas de regulação na Atenção Básica, que considerem a gestão do acesso à atenção especializada e a gestão da demanda reprimida; a maior governança sobre as ofertas da Atenção Especializada, com transparência na sua organização, distribuição e acesso; o desenvolvimento de sistemas de informação integrados, que permitam a gestão do acesso e o acompanhamento e registro compartilhado das ações de saúde e do cuidado.

Além disso, as discussões ainda trazem como pauta o direcionamento do modelo de regulação a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de modo a gerar uma maior responsabilização com a gestão do acesso aos recursos assistenciais.

20 O SISREG – Sistema Nacional de Regulação é uma ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde, disponível sem custo para os municípios, mediante a capacitação de profissionais para seu uso e a disponibilidade de equipamentos e conectividade.

Assim, a nova proposta procura alcançar²¹:

- *A busca da integralidade do cuidado, de forma articulada e transversal na RAS;*
- *Qualificar o encaminhamento dos usuários entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, sempre buscando a equidade e a otimização do tempo de espera para acesso ao cuidado;*
- *A diminuição das tensões geradas na relação de ida e volta no encaminhamento entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada e na relação com as centrais de regulação;*
- *Tornar a regulação um processo mais sistêmico, ocorrendo em todos os pontos de atenção, de forma articulada;*
- *A atuação das centrais de regulação nas situações de escassez, nos recursos assistenciais estratégicos ao gestor e na regulação das reservas técnicas;*
- *A valorização dos Núcleos Internos de Regulação nos hospitais e na assistência ambulatorial especializada;*
- *A capilaridade dos processos de educação permanente, voltados para a formação de equipes nos diversos níveis de atuação dos agentes reguladores.*

Ainda em relação ao problema enfrentado por Olga, é necessário refletir que, para além de se definir uma referência regional para os procedimentos de internação para cirurgias eletivas de vesícula biliar, é necessário que se estabeleça um fluxo para este acesso.

Uma estrutura que, em meio hospitalar, permite a integração entre essa unidade e o complexo regulador, é o Núcleo Interno de Regulação (NIR). Neste Núcleo, tanto é possível que os serviços que solicitam serviços hospitalares busquem o acesso, quanto o próprio serviço hospitalar possa acessar os serviços complementares (ou mais complexos) que necessite do complexo regulador, além de estabelecer o retorno ao serviço que acompanha o usuário para manter a integralidade do cuidado, após a alta.

21 Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez.2010 e Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.127 p.

Mais ainda, os NIR são estruturas que, com base nas pactuações, protocolos e fluxos estabelecidos, podem otimizar a utilização dos recursos das unidades hospitalares, promovendo maior efetividade e menor dispêndio.

Os **Complexos Reguladores** por sua vez são concebidos para operacionalizar a regulação do acesso e para conferir ao sistema uma capacidade ordenada de responder às demandas e às necessidades de saúde dos usuários nos diversos níveis assistenciais do sistema de saúde.

Os Complexos Reguladores integram e articulam as Centrais de Regulação de Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e podem ter abrangência distrital, municipal, regional, estadual ou nacional, dependendo das características, anseios e necessidades dos estados e municípios envolvidos nos processos gestores a serem pactuados nas instâncias democráticas e de debates do SUS.

“Assim”, sinaliza Vitória: “Vila SUS terá uma rede formada por caminhos do cuidado, e não serviços ou profissionais pouco conscientes do seu papel e de suas atribuições para promover a qualidade da saúde”.

