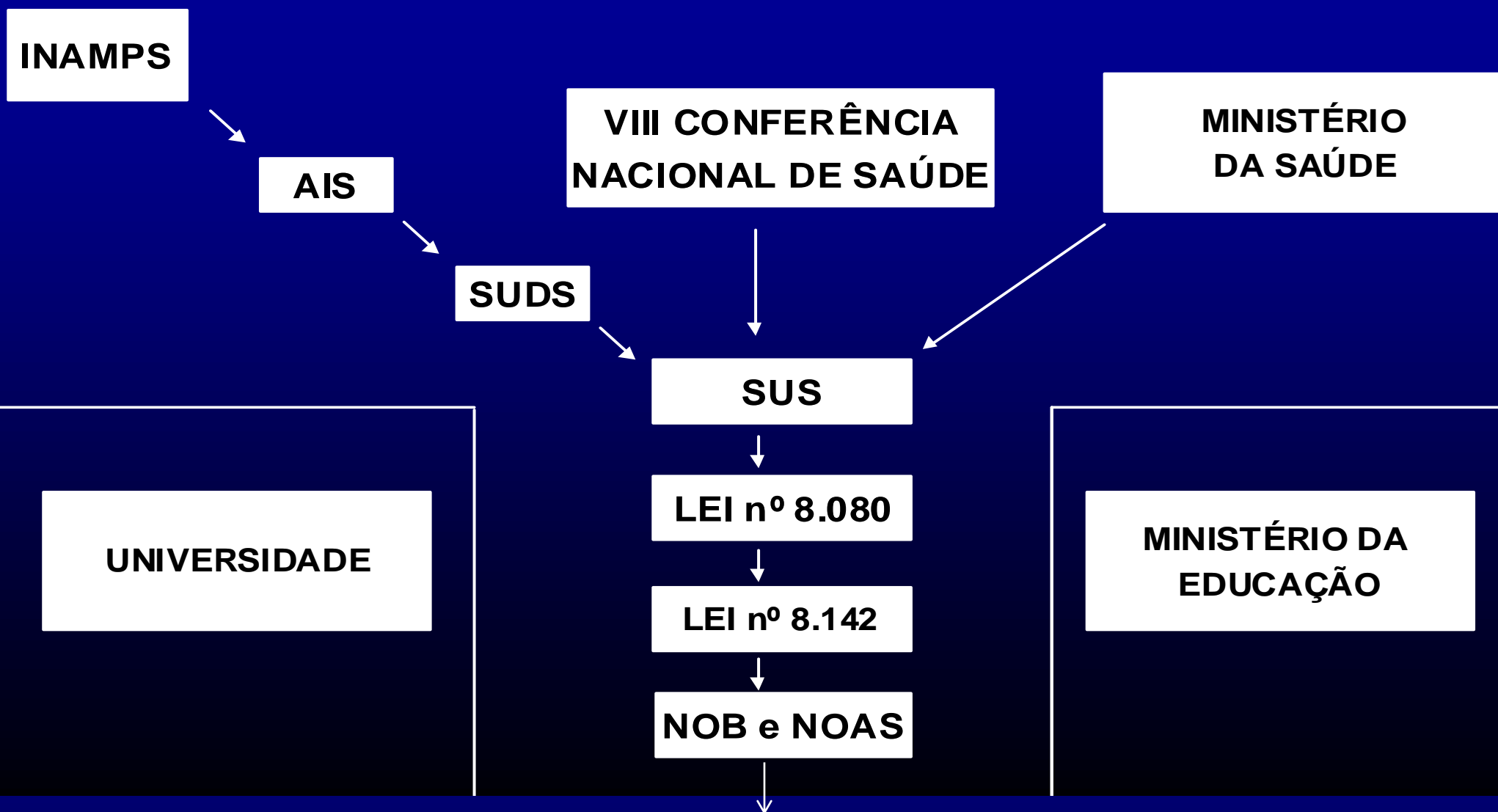




# **A Saúde Pública e Privada no Brasil e sua Regulação**

# EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO



**PACTO DA SAÚDE / CONTRATOS ORGANIZATIVOS AÇÃO PÚBLICA**

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Política de estado
- Política de saúde
- Política de ciência e tecnologia
- Política de educação
- Política social

## Garantias Legais

- Princípios doutrinários
  - Acesso universal, com equidade e atenção integral
  - Controle social
- Princípios organizativos
  - Descentralização administrativa
  - Atenção hierarquizada, regionalizada e regulada

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## RECURSOS PARA ORGANIZAÇÃO

- **NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS (93 e 96)**
- **NORMAS DA ATENÇÃO À SAÚDE (NOAS/ 01/02)**
- **PACTO DA SAÚDE(2006)**
- **CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA –  
COAP (2011)**

*Portaria Nº 545, Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de maio de 1993.*

*Portaria nº 2.203, Norma Operacional Básica 1/96 do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 06 de novembro de 1996.*

*Portaria nº 373, Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 fev. 2002.*

*Portaria Nº 399/Pacto pela Saúde Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev.2006*

*Decreto Federal nº 7.508, junho de 2011*

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## DISPOSITIVOS PARA ORGANIZAÇÃO

### NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS (93 e 96)

- MUNICIPALIZAÇÃO
- DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA
- FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

*Portaria Nº 545, Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de maio de 1993.*

*Portaria nº 2.203, Norma Operacional Básica 1/96 do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 06 de novembro de 1996.*

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## DISPOSITIVOS PARA ORGANIZAÇÃO

### NORMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (01 e 02)

- REGIONALIZAÇÃO
- PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO E INVESTIMENTO
- PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA
- MICRO-REGIÕES
- MUNICÍPIOS SEDE DE MICRO-REGIÕES E MUNICÍPIO POLO
- CENTRAIS DE REGULAÇÃO

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## DISPOSITIVOS PARA ORGANIZAÇÃO

### PACTOS DA SAÚDE

- PELA VIDA
- EM DEFESA DO SUS
- DE GESTÃO

COMISSÃO TRIPARTITE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## DISPOSITIVOS PARA ORGANIZAÇÃO

### AÇÕES DO PACTO PELA VIDA

- SAÚDE DO IDOSO
- CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E MAMA
- MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA
- DOENÇAS ENDÊMICAS E EMERGENTES
- PROMOÇÃO DE SAÚDE (HÁBITOS SAUDÁVEIS)
- FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA



# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## DISPOSITIVOS PARA ORGANIZAÇÃO

### AÇÕES DO PACTO PELO SUS

- PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL
- ELABORAR E DIVULGAR CARTA DE DIREITOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## DISPOSITIVOS PARA ORGANIZAÇÃO

### AÇÕES DO PACTO DE GESTÃO

- DESCENTRALIZAÇÃO
- REGIONALIZAÇÃO
- FINANCIAMENTO
- PLANEJAMENTO
- PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA
- REGULAÇÃO
- PARTICIPAÇÃO SOCIAL
- GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## POLÍTICAS NACIONAIS

- ATENÇÃO BÁSICA<sup>1</sup>
- URGÊNCIA<sup>2</sup>
- DE REGULAÇÃO<sup>3</sup>
- PACTOS PELA SAÚDE, PELA VIDA E DA GESTÃO<sup>4</sup>

STARFIELD, B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York, Oxford, University Press, 1992<sup>1</sup>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, mar.2006<sup>1</sup>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048 de novembro de 2002.<sup>2</sup>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS 1863 / Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, setembro de 2003<sup>2</sup>**

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria MS 1864 / novembro de 2003<sup>2</sup>**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559 de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, agosto de 2008<sup>3</sup>

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006<sup>4</sup>**

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006<sup>4</sup>**

# CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA – COAP

- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES;
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME;
- **Mapa da saúde;**
- **Planejamento integrado das ações e serviços de saúde;**
- Regiões de saúde;
- Articulação interfederativa;
- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

# COMPONENTES DAS RENASES

I - Ações e serviços da atenção básica (primária);

II - Ações e serviços da urgência e emergência;

III - Ações e serviços da atenção psicossocial;

IV - Ações e serviços da atenção ambulatorial especializada

V - Ações e serviços da atenção hospitalar;

V - Ações e serviços da vigilância em saúde.

# ASPECTOS LEGAIS DO ACESSO

## PRAZO PARA INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO DE PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA

- **Art. 2º** O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.
- **§ 1º** Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, **considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.**
- **Art. 3º** O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.
- **Art. 4º** Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

***Lei Nº 12.732, novembro de 2012***

# FINANCIAMENTO DA SAÚDE

GRANDE DESAFIO SOCIAL

**INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS COM INEFICIÊNCIA DOS GASTOS**

## Cenário:

- Gastos crescentes com saúde
- Participação desigual das 3 esferas de governo
- Contexto de graves desigualdades sociais

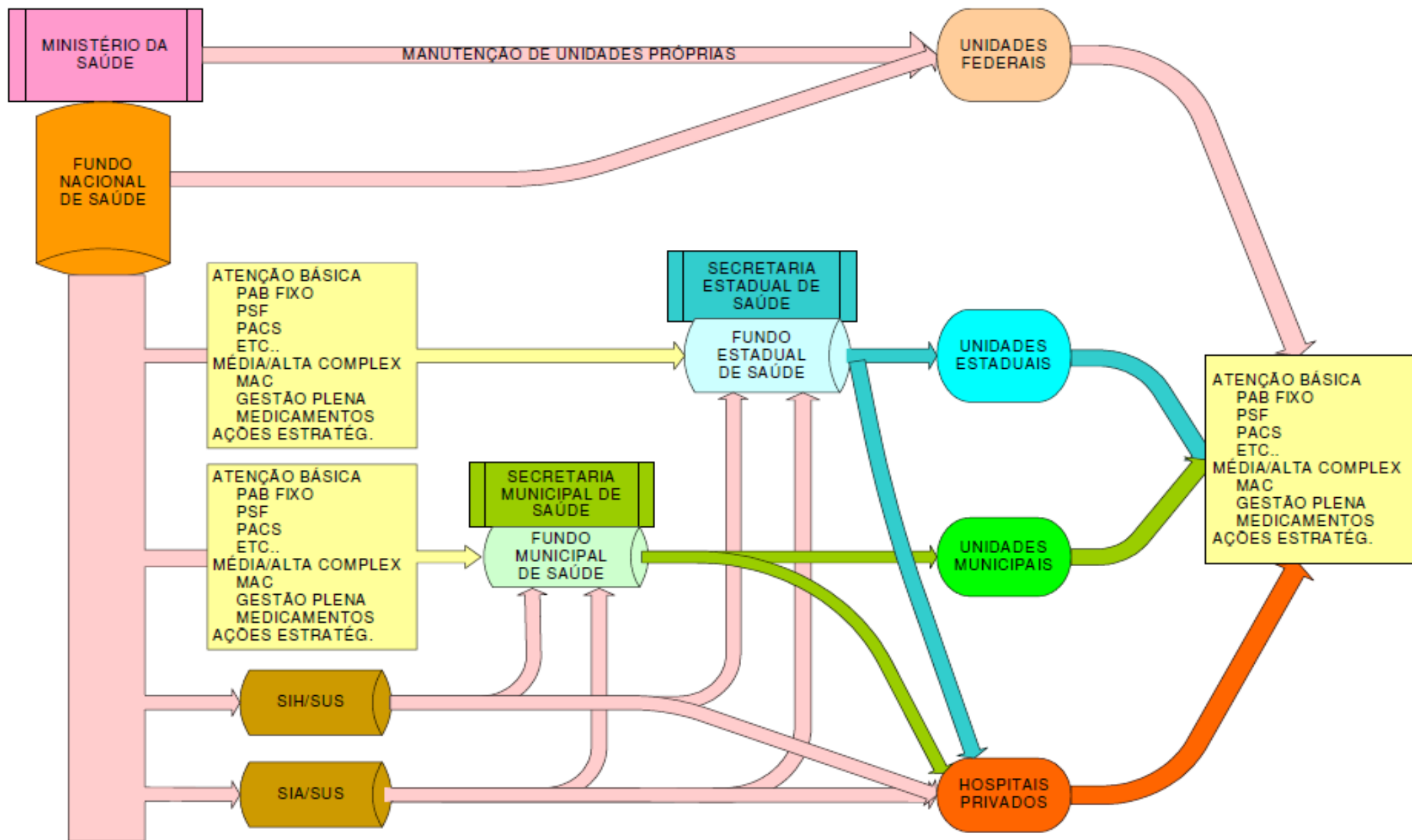
# FINANCIAMENTO DA SAÚDE

## DETERMINANTES DAS DESPESAS

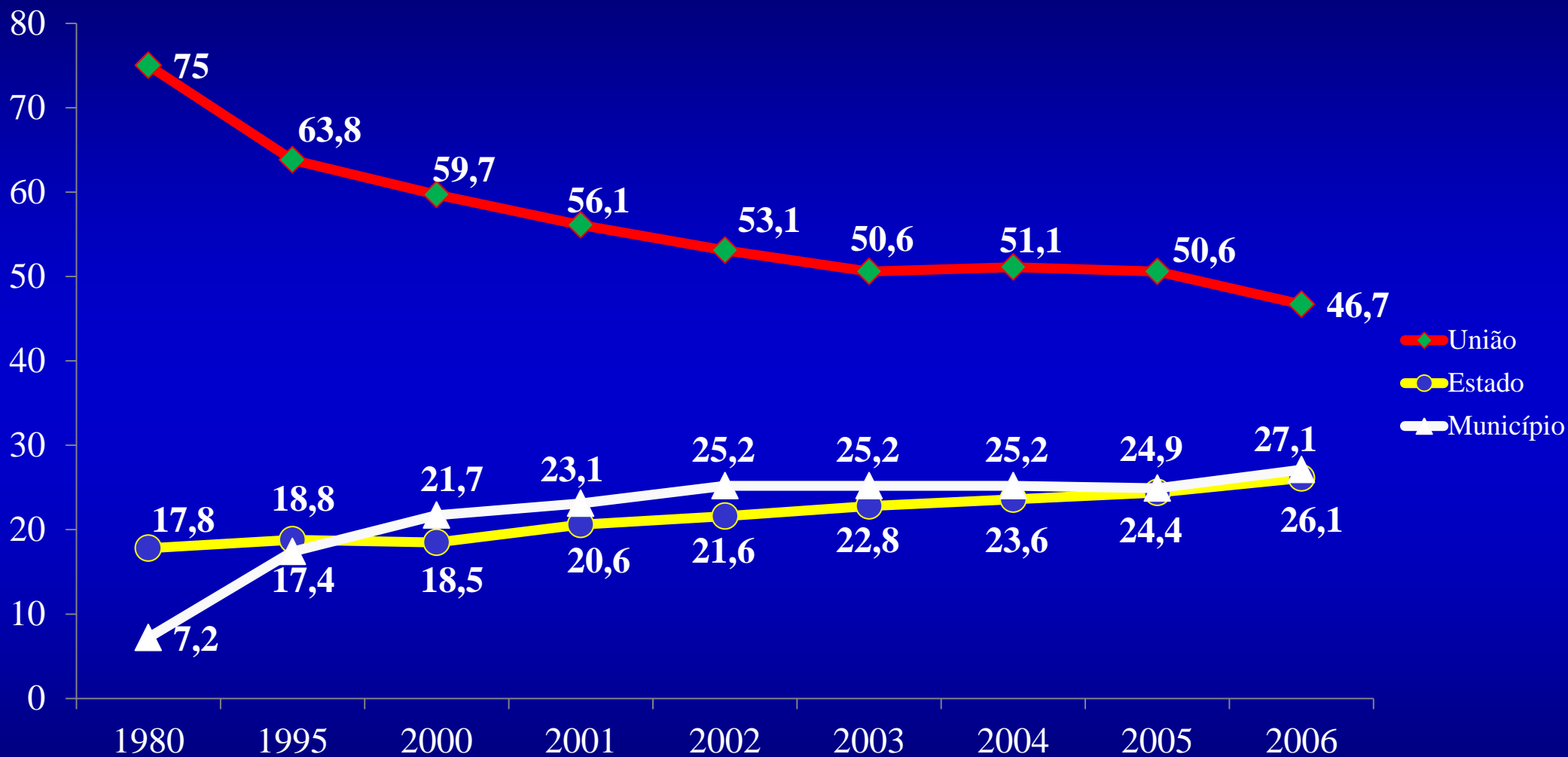
- EXTENSÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE;
- TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA
- TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA
- INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS
- FATORES SÓCIO-ECONÔMICO E CULTURAIS



# FLUXOS FINANCEIROS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



# Evolução das proporções em percentual das aplicações em saúde pela união, estados e municípios-Fonte: MS, ANS, IBGE SIOPS



## Arrecadação de Impostos:

União – 60% / Estados – 24% / Municípios – 16%

Cumprimento dos mínimos constitucionais de 2000 a 2008

União: deve cerca de 20 bilhões

Estados : devem cerca de 28 bilhões

Municípios: colocaram a mais cerca de 30 bilhões

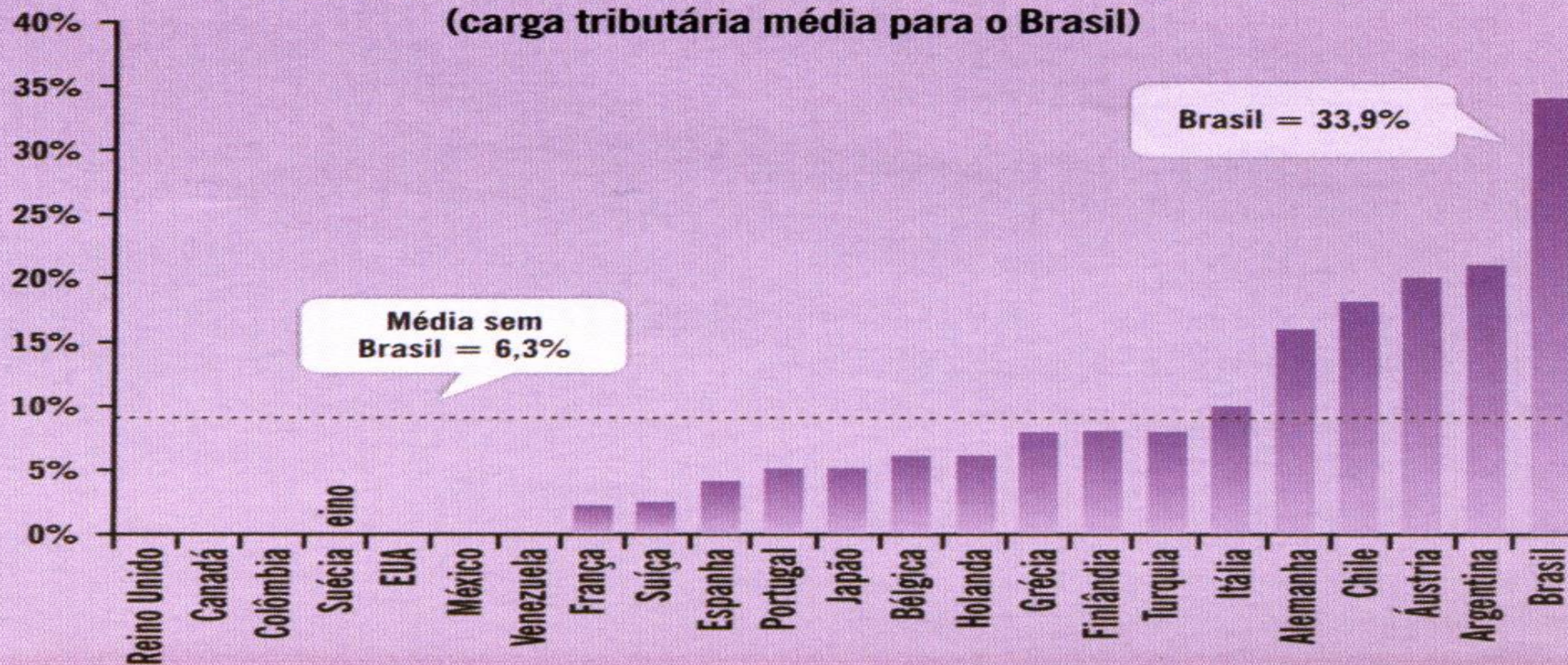
<b>País</b>	<b>Gasto total <i>per capita</i> com a saúde (PPP int \$)</b>	<b>Gasto <i>per capi- ta</i> do governo com a saúde (PPP int. \$)</b>	<b>Participação do governo (%)</b>
Argentina	1.387,00	921,00	66,4%
Brasil	943,00	431,00	45,7%
Chile	1.185,00	561,00	47,3%
França	3.934,00	3.013,00	76,6%
Espanha	3.152,00	2.272,00	72,1%
Reino Unido	3.399,00	2.843,00	83,6%
Estados Unidos	7.410,00	3.602,00	48,6%

Fonte: WHO. Global Health Observatory Data Repository <http://apps.who.int/ghodata/#>

# Brasil, líder em impostos

Ao comparar a carga tributária brasileira com a de outros 22 países, o Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT) permite traçar um gráfico sobre a incidência de impostos sobre medicamentos em alguns países. O Brasil está no topo do *ranking*:

**Incidência de impostos sobre medicamentos em alguns países  
(carga tributária média para o Brasil)**



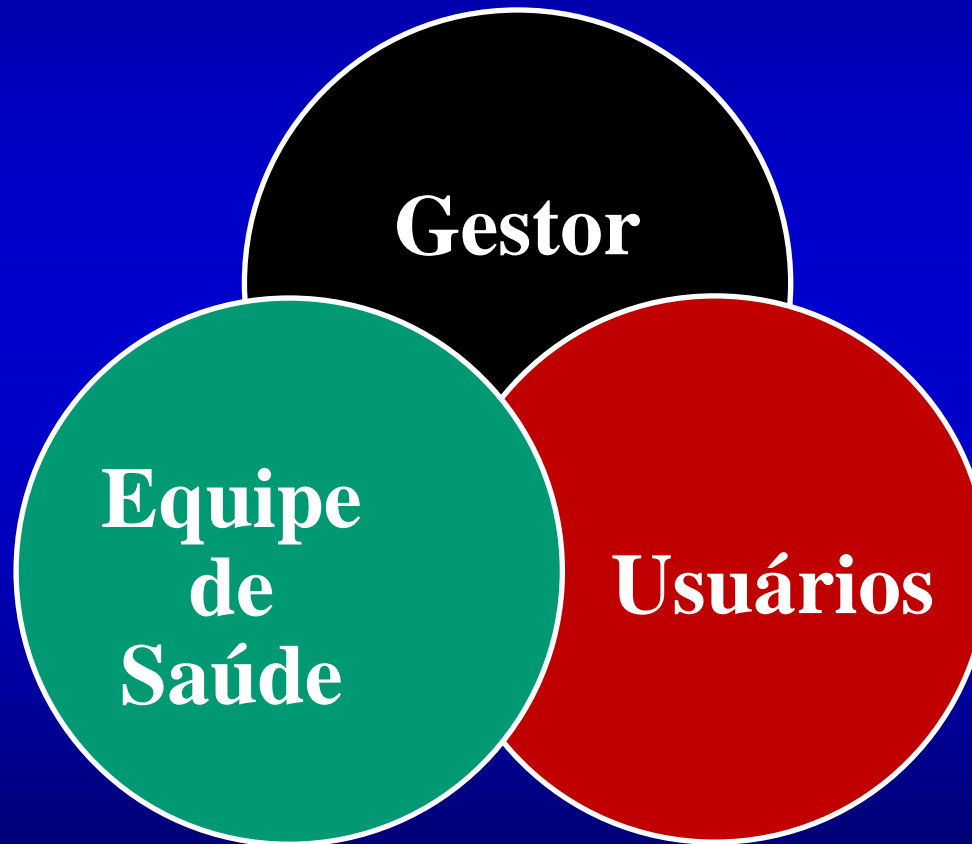
# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

“ Atividade e a responsabilidade de dirigir um **sistema de saúde** mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, **planejamento**, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.”

# AGENTES DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO

## PROCESSO ASCENDENTE E PARTICIPATIVO



DESENVOLVER → ESCUTA

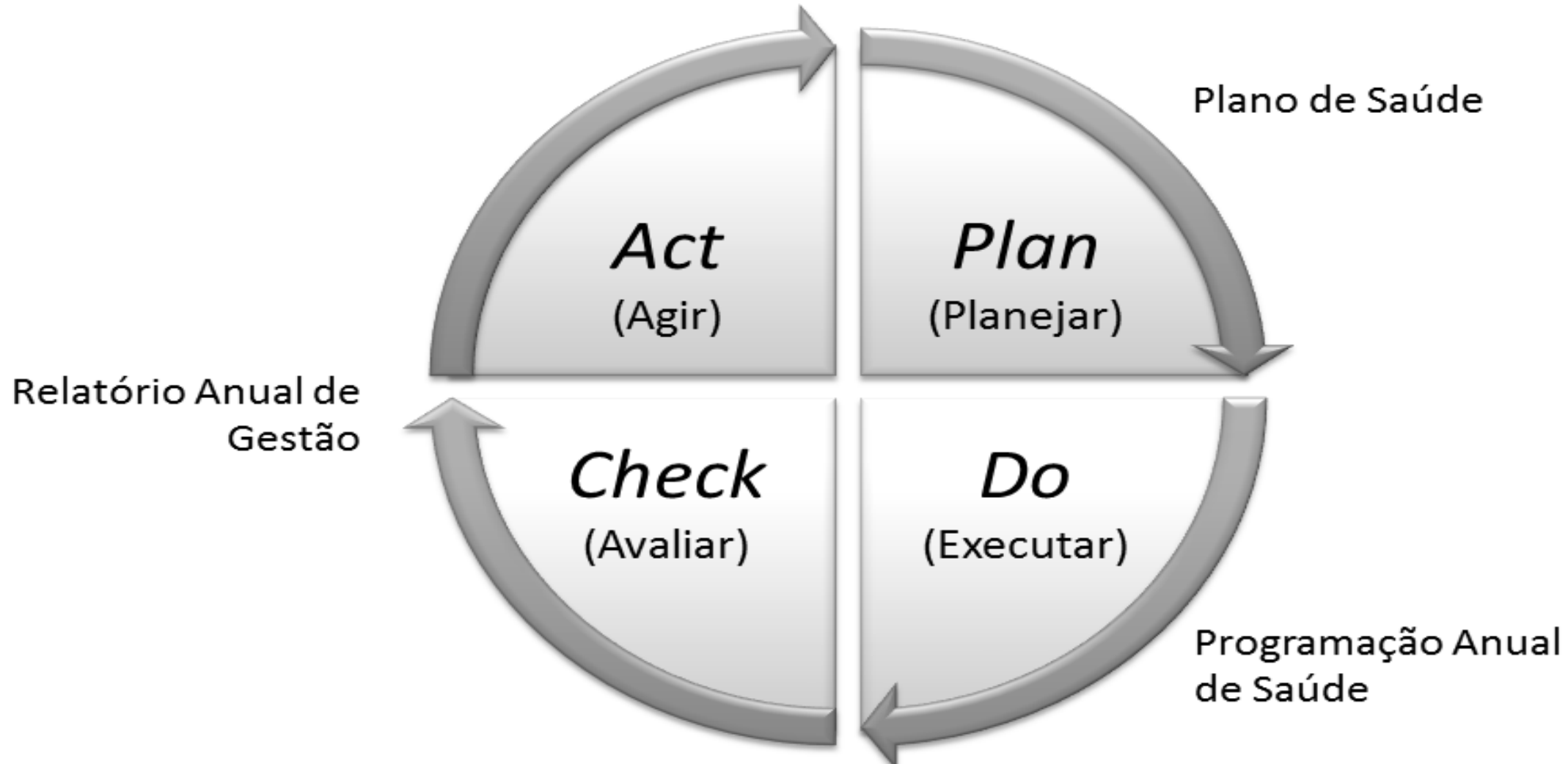
# INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## ELENCO BÁSICO

- ➔ Plano de Saúde
- ➔ Programação Anual de Saúde
- ➔ Relatório de Gestão

Portaria GM 3.176 (24/12/2008) - O Plano de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) - relacionados com o exercício da função gestora e com o Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

# INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE




Plan (Planejar), Do (Realizar) Check (Avaliar) e Act (Agir): Ciclo PDCA e os Instrumentos de Planejamento em Saúde



# INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO - PDR

**PDR**  Instrumento que define as diretrizes da organização regionalizada da assistência.

**Objetivo:** Conformar sistemas de atenção funcionais e resolutivos por meio de divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, segundo critérios sanitários, geográficos, epidemiológicos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade

**Coordenação:** Gestor Estadual

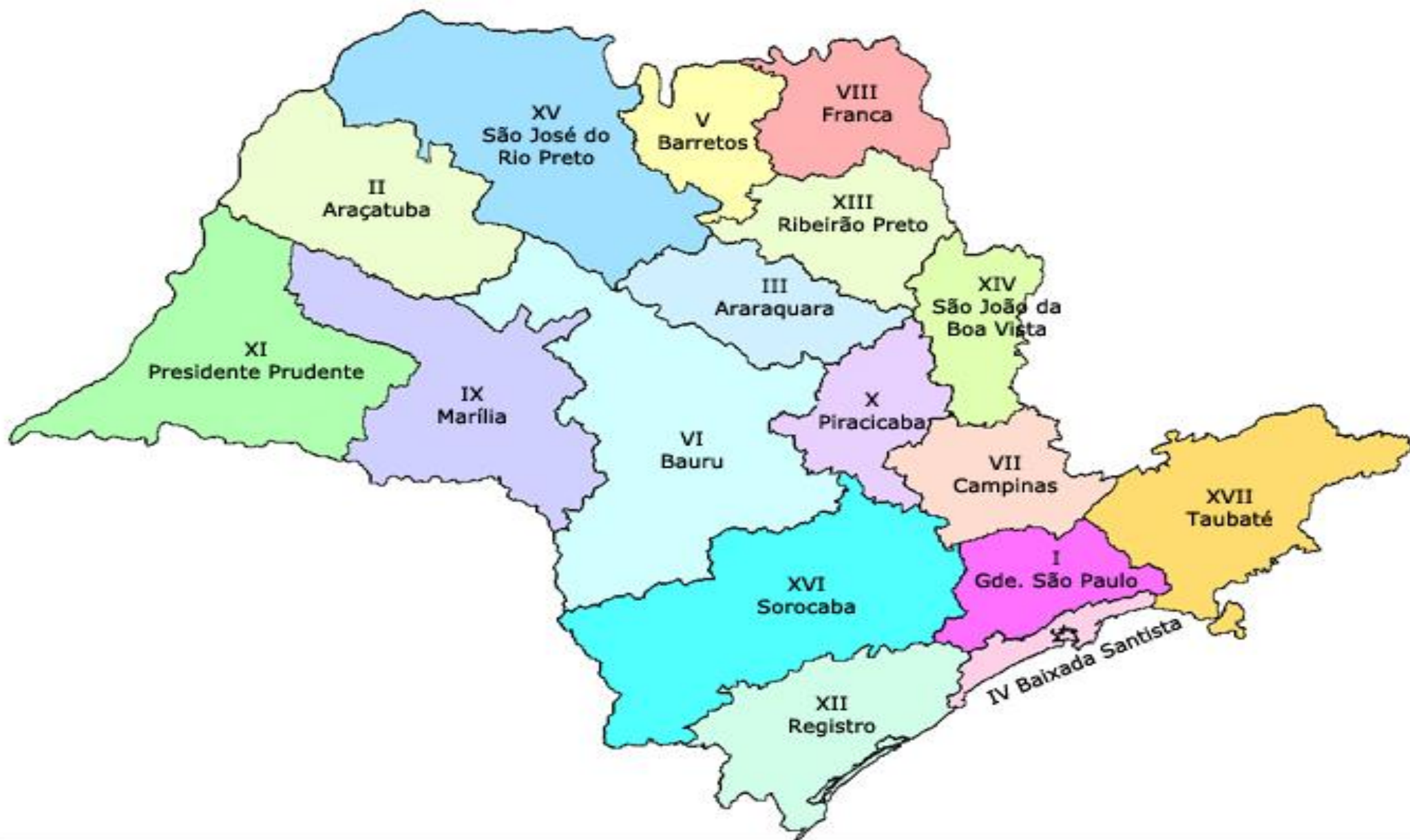
# INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO - PDR

### ESTRUTURA

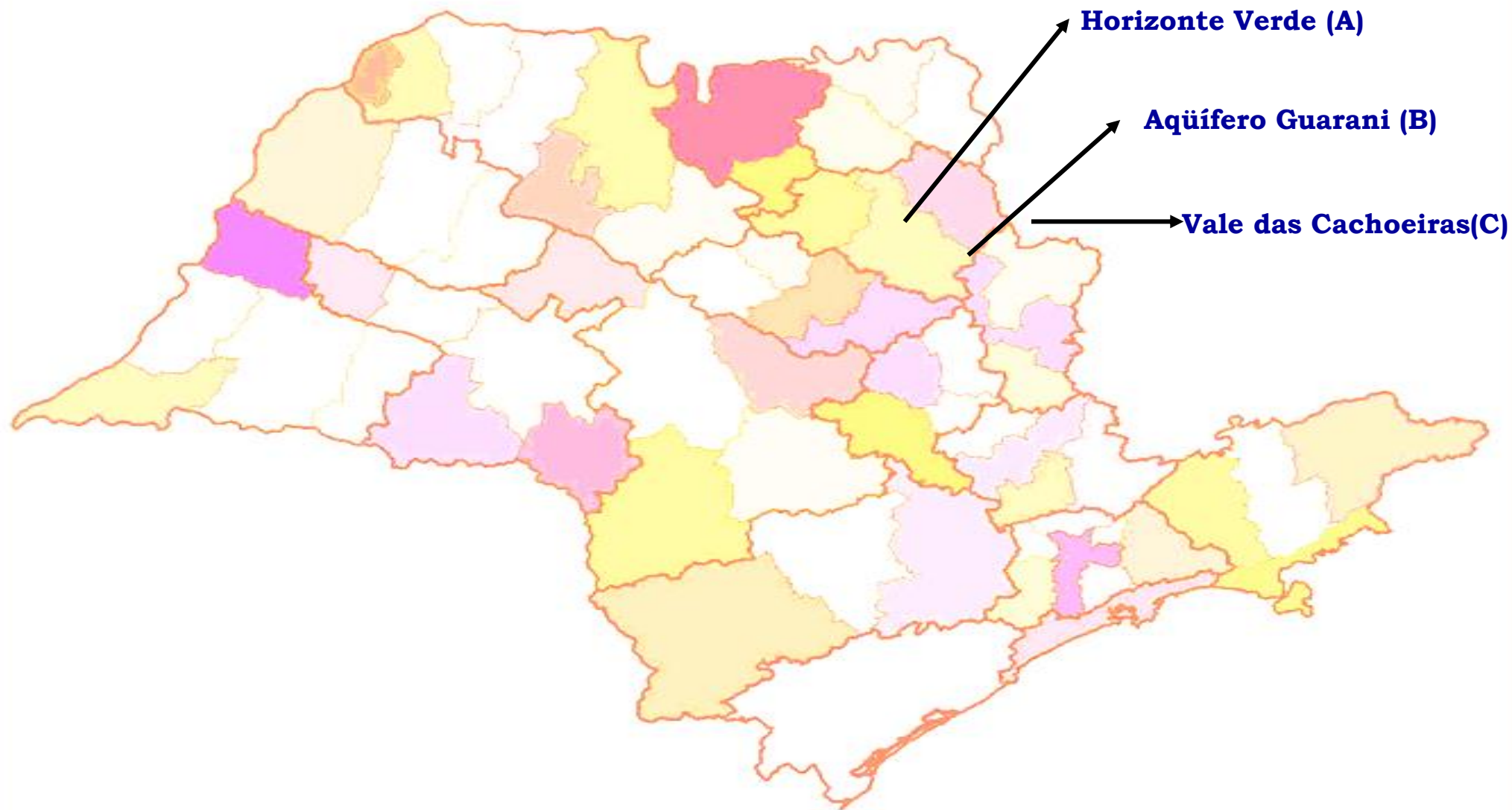
- Fluxos de referência para os níveis de complexidade e mecanismos de relacionamento intermunicipal
- Organização de redes assistenciais
- Plano Diretor de Investimentos – Prioridades e estratégias de investimento

**Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, 2007.**



**População Estimada DRS XIII: 1.280.493 hab.**

# REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO – REGIÕES DE SAÚDE



População Estimada: 1.280.493 hab.

# PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA

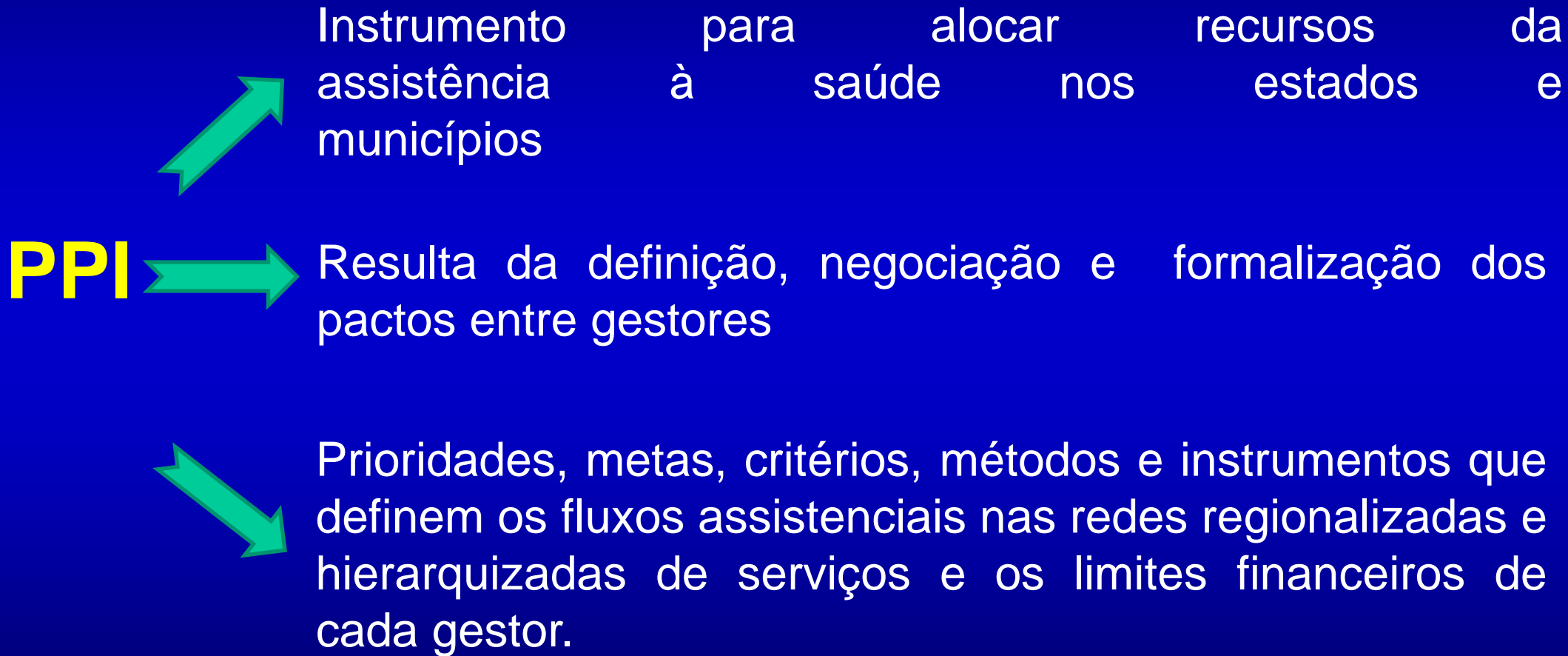
## CONCEITO

Definição, mediante planejamento, da quantificação das ações de saúde para a população residente em cada território, com pactuação intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

## OBJETIVOS

- Orientar a alocação de recursos financeiros
- Definir os Limites Financeiros de Média e Alta Complexidade (parcela destinada à população própria e referenciada)
- Possibilitar a transparência dos pactos intergestores a serem explicitados no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso
- Possibilitar a visualização de parcela de recursos federais, estaduais e municipais alocados para custeio da assistência à saúde
- Fornecer subsídios para os processos de regulação de acesso
- Contribuir na organização de redes de serviço regionalizadas e hierarquizadas

# INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



# AUDITORIA EM SAUDE

Instrumento de avaliação da gestão em saúde e sua capacidade de articulação intra e intersetorial, que permite comparar o que está sendo feito com os critérios técnicos, operacionais e legais estabelecidos, mediante verificação:

- das ações e serviços oferecidos,
- dos processos e resultados,
- da preservação de padrões estabelecidos,
- das condições de acolhimento,
- da comunicação em saúde,
- da aplicação dos recursos públicos.

# ATRIBUIÇÕES DOS NÍVEIS DE GESTÃO

## Esfera Federal

Pactuação de diretrizes e padrões da PPI no âmbito nacional

- Acompanhamento e assessoramento ao processo de PPI nos Estados e Municípios
- Desenvolvimento de instrumento e metodologia para a PPI
- Repasse dos recursos federais destinados à assistência
- Acompanhamento da execução dos limites financeiros de estados e municípios

Avaliação das programações estaduais e municipais



# ATRIBUIÇÕES DOS NÍVEIS DE GESTÃO

## Esfera Estadual

Coordenação do processo de PPI

- Pactuação na CIB dos critérios e parâmetros no estado

- Assessoramento aos municípios

- Monitoramento, avaliação e regulação das programações e pactos intermunicipais

- Encaminhamento dos resultados do processo da PPI ao MS

## Esfera Municipal

- Programação local com base nos problemas identificados e prioridades definidas

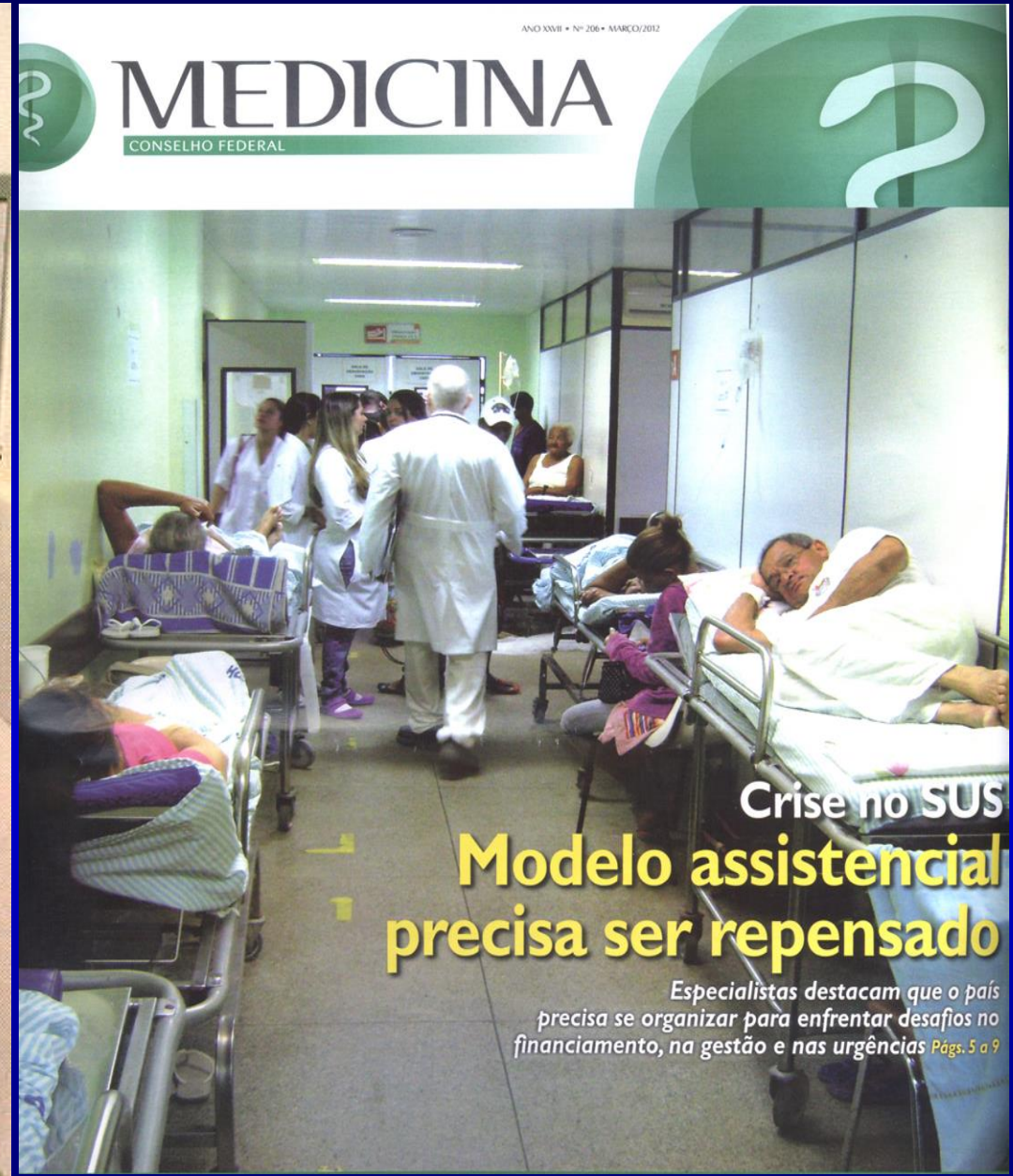
Programação das referências (regionalização vigente)

- Atividades de regulação, controle e avaliação no município

- Participação do processo de acompanhamento e regulação das redes regionalizadas



Corredor do hospital de Urgência/1988  
Conselho Federal de Medicina -



Corredor do hospital de Urgência/2012  
Conselho Federal de Medicina -



**Crise no SUS**  
**Modelo assistencial precisa ser repensado**

*Especialistas destacam que o país precisa se organizar para enfrentar desafios no financiamento, na gestão e nas urgências* Págs. 5 a 9

# O GLOBO

IRINEU MARINHO (1876-1925)

RIO DE JANEIRO, QUARTA-FEIRA, 29 DE NOVEMBRO DE 2006 • ANO LXXXII • Nº 26.777

ROBERTO MARINHO (1904-2003)

• O presidente eleito do Equador, Rafael Correa, anunciou que vai rever contratos de petroleiras estrangeiras, entre elas a Petrobras, para aumentar os lucros do Estado. **Página 31**

## Sanguessugas: caso acaba em pizza no Senado

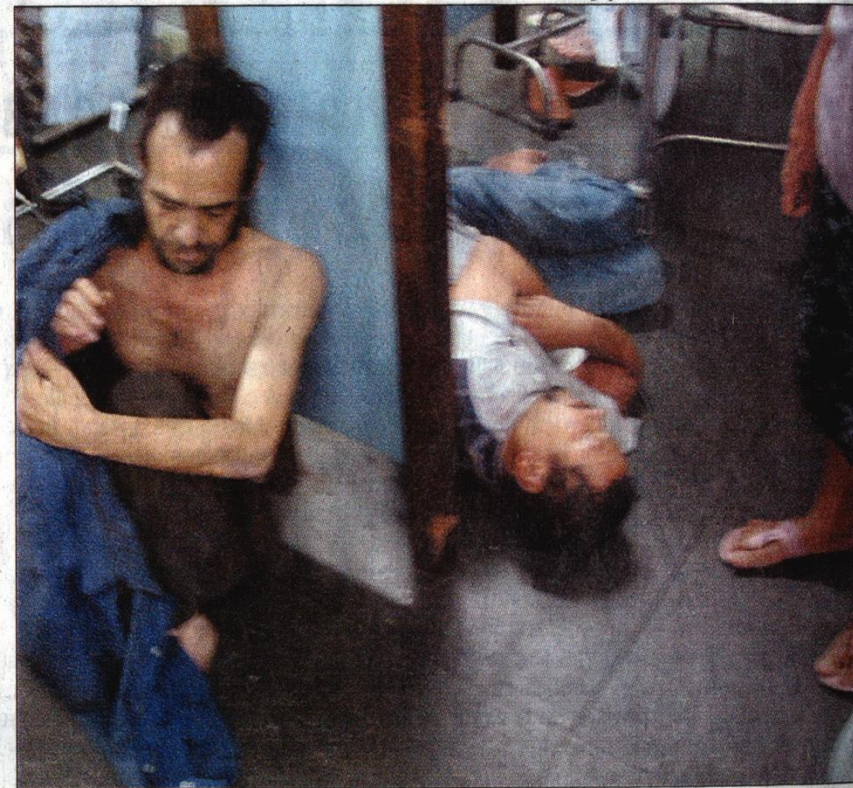
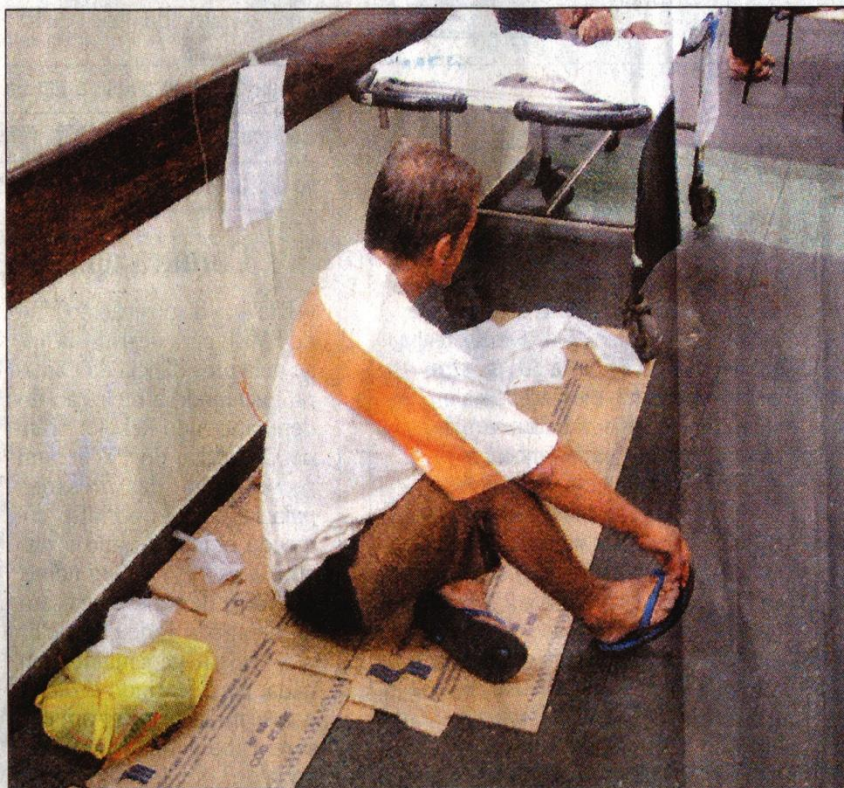
• Os 3 senadores acusados de envolvimento com sanguessugas foram absolvidos pelo Conselho de Ética. Só Ney Suassuna recebeu uma censura verbal. **Página 9**

## Minas usará chip para conter pitbull

• Em Belo Horizonte, os 6

## OS SEM-LEITO

Divulgação/Comissão de Saúde da Câmara



• Um paciente senta sobre papelão e outros são abandonados pelo chão do Hospital Souza Aguiar, um dos maiores do Rio. As imagens dos pacientes sem-leito foram flagradas pela Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores. A prefeitura alega que os problemas são localizados. **Página 15**

# ribeirão

**POLÍCIA**  
Cresce número de assassinatos em 34 cidades da região  
Pág. C3

**SERTÃOZINHO**  
Polícia investiga doação de terra com ossos humanos  
Pág. C3

## Falha em UBS sobrecarrega distritais

Afirmção é do secretário da Saúde, Stenio Miranda, que vê ainda falta de investimento nas unidades básicas

**Titular da pasta diz também que médicos estão despreparados para realizar o atendimento primário**

HÉLIA ARAUJO DE RIBEIRÃO PRETO

A falta de investimentos e o desconhecimento da população sobre o trabalho nas UBSs (Unidades Básicas da Saúde) aumentaram o número de pacientes nas UBDSs de Ribeirão no ano passado.

A afirmação é do secretário da Saúde, Stenio Miranda, que disse também que deve implantar ainda neste ano um novo sistema de atendimentos nas distritais.

Segundo o secretário, na última década houve pouco investimento na saúde básica, o que afetou o vínculo entre o serviço da rede e o paciente. Por isso, ele quer ampliar o Programa Saúde da Família para atender pelo menos 50% da população — hoje a cobertura é de 12%.

Em 2010, dos 1,7 milhão de atendimentos na rede municipal, 46,21% foram nos cinco primeiros níveis — as UBDS — e 35,53% nas 30 unidades de atenção básica (veja quadro ao lado).

Do total de atendimentos nas UBDSs, cerca de 85% são de baixa complexidade e poderiam ser realizados na rede de atenção básica.

Embora a maioria da população desconheça, cada médico de UBS tem que ter duas vagas para atendimento eventual, ou seja, sem agendamento prévio.

Como a rede básica tem cerca de 400 médicos, seriam aproximadamente 800 atendimentos de baixa complexidade nas UBSs — 32% da média diária (2.500) nas cinco UBDSs.

Além da "falta de conhecimento da população", Miranda diz que alguns médicos não estão preparados para fazer atendimento prévio.

"Eles entendem que não é obrigação deles atender além das consultas agendadas, o que é um equívoco ético e administrativo."

Para resolver essa situação, Miranda pretende adotar um novo sistema de atendimento nas distritais. Assim como o Hospital das Clínicas

▶ OUTRO LADO ◀

**Números não são a totalidade, diz secretária**

DE RIBEIRÃO PRETO

A secretária-adjunta da Saúde de Ribeirão, Darlene Mestriner, afirmou que os números apresentados na prestação de contas da pasta não são a totalidade de atendimentos da rede.

Segundo ela, não se pode considerar os dados, uma vez que se referem só às internações e aos atendimentos de média e alta complexidade.

Procurada pela Folha, a prefeita Darcy Vera (DEM) respondeu por meio de sua assessoria que em 2009 Ribeirão atendeu pacientes de 535 cidades de todo o país. Neste período, foram realizados 18,3 mil atendimentos com 6.655 pacientes.

"Ressaltamos que pacientes de outras cidades que precisam ser tratados no Hospital das Clínicas acabam indo para a rede municipal para obter o encaminhamento."

Para isso, os pacientes usam endereços de parentes e amigos de Ribeirão, ainda

segundo a nota. Há alguns anos, o IIC passou a exigir encaminhamento da rede para fazer os atendimentos.

Hoje a prefeita vai participar de uma reunião em SP, no Palácio dos Bandeirantes, para discutir a necessidade de ampliação de leitos e serviços sob gestão estadual numa parceria com a cidade.

só recebe pacientes com encaminhamento da rede pública, as UBDSs só vão atender pacientes encaminhados pelas unidades básicas.

### DESPREPARO

O diretor adjunto do Simesp (sindicato dos médicos do Estado), Renato Arena, também vê um despreparo por parte dos próprios médicos, muitas vezes insatisfeitos com os baixos salários.

Segundo Arena, como a prefeitura dispõe de poucos médicos e prioriza que eles trabalhem nas distritais, acabam deixando desguarnecidas as unidades básicas.



As moscas

Recepção da UBS do Adão do Carmo Leonel vazia na tarde ontem, em Ribeirão Preto; população desconhece serviços



Movimento

Enquanto isso, na UBDS da Vila Virgínia, pacientes reclamam da demora no atendimento

**Agendamento em unidades leva até dois meses**

DE RIBEIRÃO PRETO

O agendamento de consultas nas UBSs de Ribeirão pode demorar até dois meses. A área que enfrenta maior dificuldade é de clínica-geral, na qual faltam médicos.

Segundo o secretário da Saúde, Stenio Miranda, não há filas para consultas em pediatria e o prazo para agendamento em ginecologia é considerado "razoável".

No entanto, o principal gargalo da rede é na clínica-médica, uma vez que faltam médicos na área e a demanda de pacientes é maior.

"Um dos grandes problemas é que o gestor das nossas unidades não usam o sistema. Há uma dificuldade para que entendam a necessidade de otimizar o serviço", disse.

Para o diretor-adjunto do Simesp, Renato Arena, a demora no agendamento em UBSs está diretamente ligada à superlotação nas UBDSs.

"O paciente não quer esperar 30 dias. Assim, procura diretamente as distritais."

Ainda assim, em 2010 foram 241,4 mil consultas em clínica-médica — 39,43% do total no período.

### CONSULTAS REALIZADAS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

	UBDS (Pronto-Atendimento)*	UBS (Consulta básica)*	Outros (Convênios e especializada)*	Total de atendimentos
2004	34,26	40,98	24,78	1.250.570
2005	34,54	41,98	23,47	1.367.551
2006	38,49	38,37	23,15	1.409.798
2007	37,60	33,67	28,73	1.531.185
2008	35,11	32,58	32,30	1.573.651
2009	45,23	36,57	18,20	1.653.078
2010	46,21	35,53	18,26	1.723.199

\* Em %. Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Pacientes de alta e média complexidade atendidos até nov.2010



# Plano de saúde muda nome e foge de punição

Ministério Público investiga se ANS poupou operadora ao excluí-la de lista de empresas suspensas por irregularidades

**Agência afirma que a suspensão voluntária de planos é 'praxe'; empresa diz que atende a demanda de clientes**

ANDREZA MATAIS  
DE BRASÍLIA

Vitrine do governo na saúde, o programa de monitoramento dos planos privados é investigado pelo Ministério Público Federal por suspeita de favorecimento.

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) é acusada de poupar a Unimed Rio excluindo o nome da operadora de uma das listas de empresas suspensas por não cumprirem prazos de atendimento de consultas.

Antes de ser punida a própria empresa pediu a suspensão dos planos, escapando da maior sanção. No mesmo dia, registrou novos produtos, autorizados pela agência, com nomes diferentes.

A **Folha** revelou ontem que as reclamações dos usuários de planos à ANS podem levar até 12 anos para serem analisadas. O PPS, partido de oposição, anunciou que pedirá a convocação do presidente da agência ao Congresso.

Um dia antes de a ANS fechar a lista dos planos que seriam punidos, a Unimed Rio pediu à agência a suspensão voluntária de 109 planos.

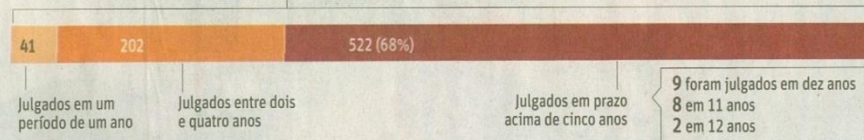
Desses, 34 estavam na lista de planos mal avaliados e que seriam punidos com a suspensão das vendas.

Ao aceitar a suspensão, a ANS excluiu a Unimed Rio da lista, alegando que não poderia suspender algo que já não era mais comercializado.

A publicidade dada à pu-

**LONGA ESPERA** ANS leva até 12 anos para punir empresas por irregularidades

**765** processos envolvendo operadoras foram analisados pela diretoria colegiada entre janeiro e fevereiro deste ano



## DA QUEIXA DO CONSUMIDOR ATÉ A MULTA...

Todas as decisões são analisadas individualmente, a não ser que envolvam problema e clientes de uma mesma operadora

- 1 O consumidor faz a queixa à ANS. O atendente já informa que não há prazo para atender a demanda
- 2 Após análise, a operadora de saúde tem dez dias para resolver. Se a empresa não resolver o problema, a demanda segue para a fiscalização
- 3 Um parecerista da ANS analisa a defesa da operadora. Outro servidor analisa e, se mantiver a infração, decisão vai para publicação\*
- 4 A operadora pode ingressar com recurso, que é então analisado pela diretoria colegiada da ANS
- 5 A multa é finalmente aplicada. As empresas podem, porém, questioná-la na Justiça



\*Diário Oficial da União

nição do governo é considerada pelas operadoras a maior sanção, pois afeta a credibilidade das empresas.

Além disso, quando a agência determina a suspensão das vendas, a operadora só pode retomar a comercialização após comprovar que regularizou a situação.

Os procuradores querem saber porque quatro operadoras que também estavam com os planos suspensos tiveram os nomes divulgados, ao contrário da Unimed Rio.

No mesmo dia em que pediu a suspensão, a Unimed Rio ingressou com outra demanda na ANS. Pediu o registro de 40 novos planos — todos com nomes análogos aos que tinham sido suspensos.

Surgiram o Unimed 2, Unimed Alfa 2, Unimed Alfa 2 Dental, Unimed Beta 2 Dental, entre outros. A ANS autorizou o registro dos novos planos no dia seguinte.

## ANÁLISE

### Agência não impõe limite à comercialização dos planos

JOSÉ SESTELO  
ESPECIAL PARA A FOLHA

A criação da ANS foi parte de um movimento de transposição para o Brasil de estruturas de regulação pública que teve como matriz inspiradora a experiência dos EUA. Ocorre que lá, diferente daqui, não existe um sistema de saúde público, definido constitucionalmente como de acesso universal.

Essa contradição essencial é o "mito de origem" de uma agência que, embora formalmente componha a estrutura do Ministério da Saúde (ges-

tor do Sistema Único de Saúde), na prática, transita por uma realidade paralela que vive de costas para o SUS.

O comércio de planos de saúde não é, de fato, suplementar ao SUS, mas pautado por uma lógica concorrencial que busca reservar os espaços comercialmente rentáveis de venda de serviços de saúde para si e segregar a demanda de clientes com doenças crônicas ou de custo de tratamento potencialmente alto para o sistema público.

Nos países com sistemas públicos de saúde organizados, o espaço para esse tipo

de comércio é limitado e claramente definido. Aqui, funciona como se não houvesse um limite além do qual a venda de planos de saúde seria inconveniente para o conjunto do sistema.

Regular a saúde para valer seria deter, impor limites à expansão desse esquema.

Seria assumir claramente que existe uma diferença qualitativa entre a lógica do interesse público em saúde, representada pelo SUS, e a lógica comercial que separa pessoas doentes segundo sua capacidade de pagamento.

Essa lógica não considera que, muitas vezes, quem necessita de assistência é quem menos pode pagar por ela.

JOSÉ SESTELO é mestre em saúde coletiva pela Universidade Federal da Bahia

## >OUTRO LADO<

### Empresa afirma que mudança atende a demanda de clientes

DE BRASÍLIA

A Unimed disse que desconhece o procedimento do Ministério Público do Rio para investigar a razão de ter seu nome excluído da lista de operadoras punidas pelo governo no ano passado.

"Dessa forma, não tem como comentar o assunto", afirmou, por sua assessoria.

A empresa informou que pediu o registro de novos planos "pela necessidade de reformulação dos mesmos, adequando a oferta da rede de prestadores em cada produto e atendendo a demandas dos próprios clientes."

De acordo com a Unimed Rio, a mudança vinha sendo estudada há meses pela cooperativa e o período em que ela ocorreu não tem nenhuma relação com a agenda de fiscalização da agência.

A ANS disse que a Unimed Rio solicitou por conta própria a suspensão de diversos planos por falta de interesse na comercialização.

Segundo a agência, "é praxe no mercado" pedidos de suspensão voluntários. "A Unimed Rio, inclusive, assinou em fevereiro um termo de compromisso com a ANS para correção dos problemas assistenciais de cumprimento de prazos."

O órgão regulador afirmou que só divulga a lista dos planos suspensos por ele de forma cautelar "para proteção dos beneficiários."

PUBLICADO DESDE 1921 - PROPRIEDADE DA EMPRESA FOLHA DA MANHÃ S.A.

Presidente: LUIZ FRIAS

Diretor Editorial: OTAVIO FRIAS FILHO

Superintendentes: ANTONIO MANUEL TEIXEIRA MENDES E JUDITH BRITO

Editor-executivo: SÉRGIO DÁVILA

Conselho Editorial: ROGÉRIO CEZAR DE CERQUEIRA LEITE, MARCELO COELHO, JANIO DE FREITAS, GILBERTO DIMENSTEIN, CLÓVIS ROSSI, CARLOS HEITOR CONY, CELSO PINTO, ANTONIO MANUEL TEIXEIRA MENDES, LUIZ FRIAS E OTAVIO FRIAS FILHO (secretário)

Diretoria-executiva: ANTONIO CARLOS DE MOURA (comercial), MURILO BUSSAB (circulação), MARCELO MACHADO GONÇALVES (financeiro) E EDUARDO ALCARO (planejamento e novos negócios)

## EDITORIAIS

editoriais@uol.com.br

### Porta giratória na ANS

Órgão controlador do setor privado de saúde constitui bom exemplo dos equívocos do governo do PT no que toca às agências reguladoras

Quase 50 milhões de brasileiros confiam sua saúde aos planos privados de assistência médica. Embora paguem os impostos que mantêm o Sistema Único de Saúde (SUS), fogem do legendário mau atendimento para cair na malha de cerca de 1.300 operadoras particulares — da cruz para a caldeirinha, seria o caso de dizer.

O atendimento na rede privada — mercado em expansão, que já atrai interesse de investidores internacionais — é cada vez mais parecido com o do SUS, com muitas filas e empecilhos para realizar consultas e exames. Isso quando não ocorre a simples recusa de tratamento, em especial os mais complexos e caros. As reclamações à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre negativas de acesso mais que dobraram entre 2010 e 2011, de 13.370 para 29.288.

Só em 2012 o setor passou a ser mais pressionado pela ANS, que em outubro suspendeu a comercialização de três centenas de planos. Mas o desempenho da agência reguladora ainda fica longe de representar eficazmente os interesses da população, como mostraram reportagens desta **Folha**.

O jornal se debruçou sobre 765 processos abertos por denúncias de irregularidades que foram jul-

gados pela ANS em janeiro e fevereiro. Descobriu que 68% deles tramitavam havia cinco anos ou mais.

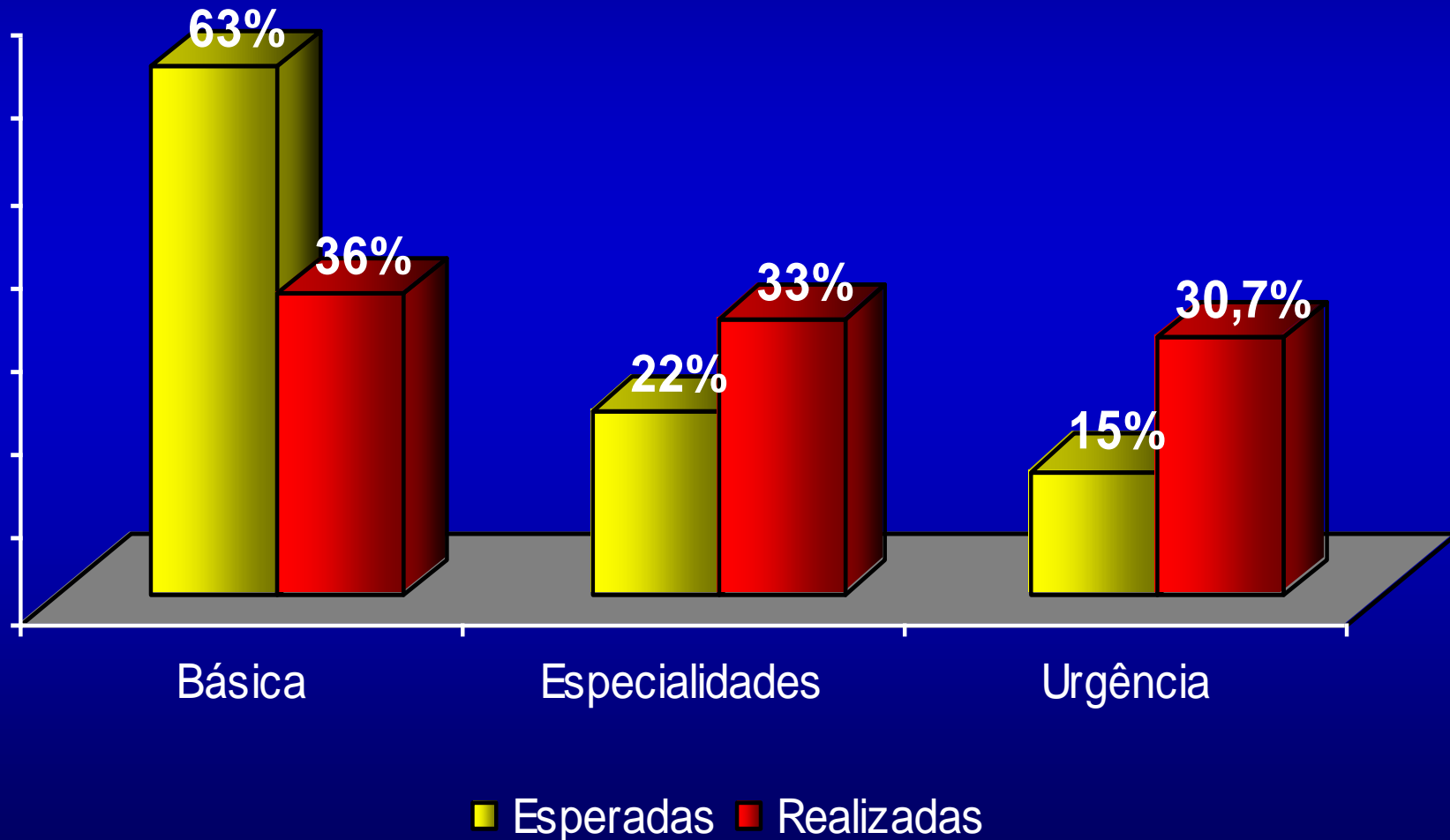
Como as regras para operadoras mudam a toda hora, muitos desses processos perdem o objeto antes de julgados e terminam arquivados. A ANS, que tem 1.185 funcionários, justifica a demora pela obrigatoriedade de seguir um processo legal, com várias fases de defesa e recursos, que depois podem dar ensejo a ações na Justiça.

Vários administradores da ANS provêm de altos cargos nas operadoras ou acabam voltando a trabalhar no setor, circulação apelidada de "porta giratória". Não surpreendem, em face de tal promiscuidade, episódios como o da suspensão voluntária de 109 planos pela Unimed Rio apenas um dia antes da divulgação dos que teriam a venda banida pela agência — de pronto acompanhada pelo pedido de registro de 40 novos planos.

Há quem associe isso ao fato de que, em 2010, 48 operadoras tenham repassado R\$ 11,8 milhões para campanhas políticas. Segundo os pesquisadores Mário Schaffer (USP) e Lígia Bahia (UFRJ), os recursos doados a partidos aumentaram mais de 700% desde 2002.

Quando chegou ao governo federal, o PT bradava contra a "captura", por interesses privados, das agências reguladoras criadas pelo PSDB. Há dez anos no poder trabalha para tirar-lhes autonomia e loteá-las entre políticos. Os resultados da recaptura estão à vista, e não só nos serviços de saúde.

# PROPORÇÃO ESPERADA DE CONSULTAS MÉDICAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIZADA E DE URGÊNCIA, COTEJADA COM A REALIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, NO ANO DE 2004



# ATENÇÃO BÁSICA: CONCEITO

- **Nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada preferencial.**
- **Atende as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), e ao longo do tempo.**
- **Fornece atenção para todas as condições, exceto as infreqüentes ou raras.**
- **Coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros.**
- **Aborda os problemas mais freqüentes da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação.**
- **Integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde.**
- **Organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.**

*STARFIELD, B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York, Oxford, University Press, 1992.*

*BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, mar.2006*

# ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

## REGIONALIZAÇÃO E HIERAQUIZAÇÃO NO SUS

- **Transplantes (fígado, rim, medula)**
- **Hemodiálise**
- **Cirurgia Cardíaca**
- **Ressonância Magnética**
- **Parto**
- **Cirurgia da Vesícula**
- **Hérnia**
- **Ultra-sonografia**
- **Amidalite**
- **Furúnculo**
- **Unha Encravada**
- **Exame de Sangue, Urina, Fezes**

**Alta Complexidade**

**Média Complexidade**

**Baixa Complexidade**



# ESTRUTURA E ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

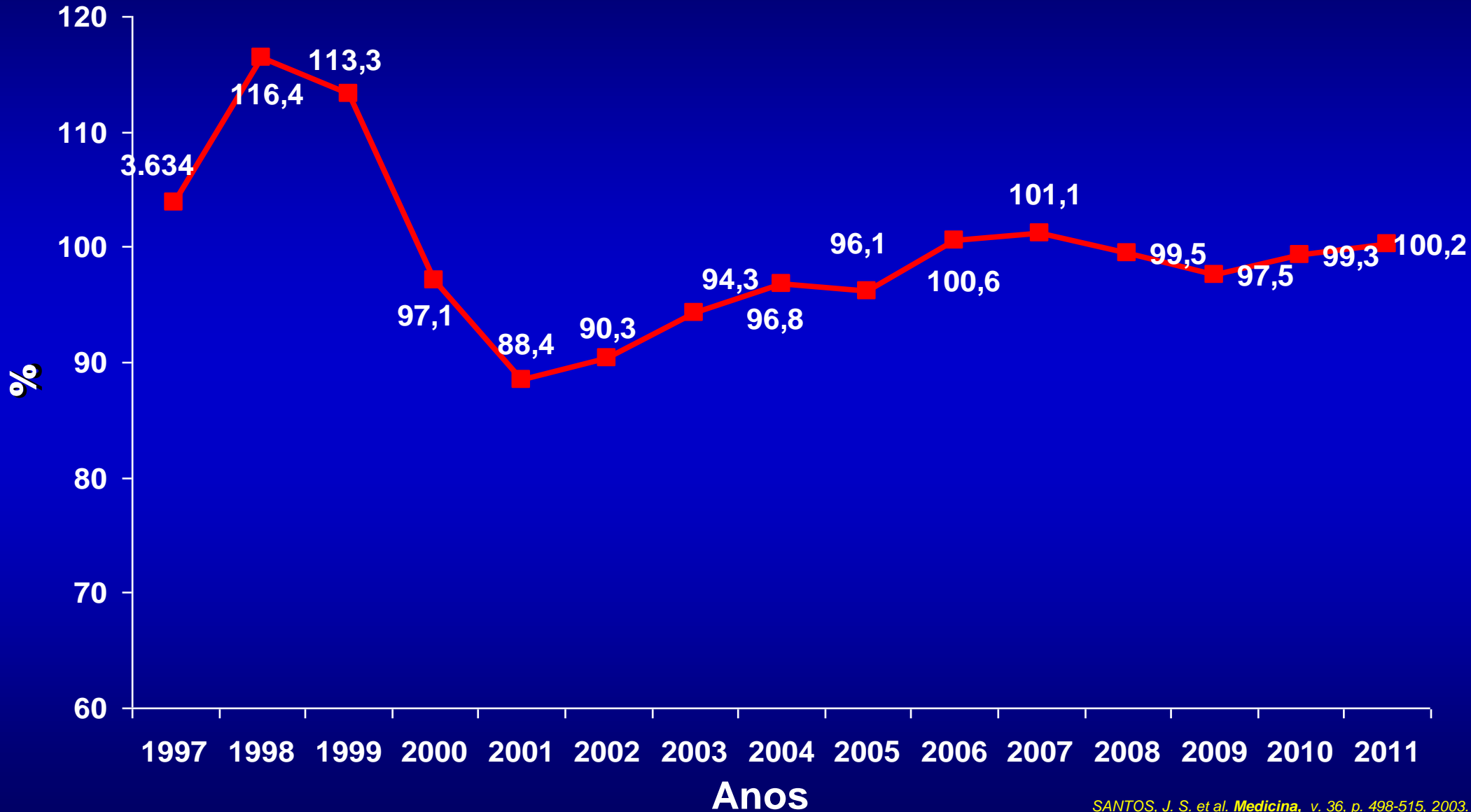




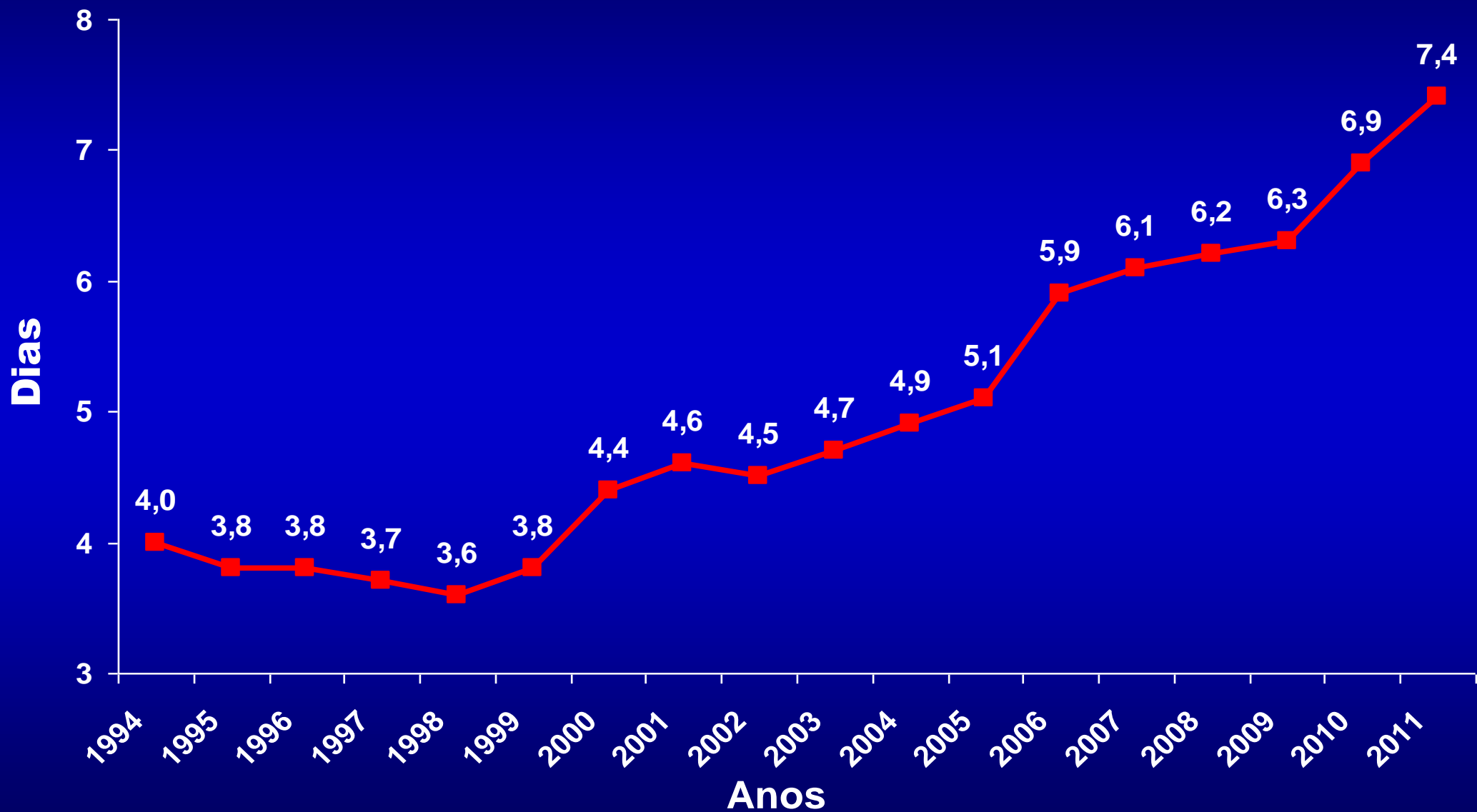
# EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS NA UNIDADE URGÊNCIA MEDIANTE INÍCIO DA REGULAÇÃO MÉDICA NO ANO DE 2000



# EVOLUÇÃO DA TAXA DE OCUPAÇÃO NAS UNIDADES CAMPUS E URGÊNCIA MEDIANTE INÍCIO DA REGULAÇÃO MÉDICA NO ANO DE 2000



# EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO DAS UNIDADES CAMPUS E URGÊNCIA MEDIANTE INÍCIO DA REGULAÇÃO MÉDICA NO ANO DE 2000



↓ Sala de espera



URGÊNCIAS  
Clínicas



MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Política Nacional de Atenção às Urgências

2.ª edição ampliada



SAMU  
192



Brasília – DF  
2004

© 2004 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Série E. Legislação de Saúde

Tiragem: 2.ª edição ampliada – 2004 – 1.500 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Coordenação-Geral de Urgência e Emergência

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 9.º andar, sala 925

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 314 3397

Fax: (61) 315 3638

E-mail: [cgue@saude.gov.br](mailto:cgue@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/samu](http://www.saude.gov.br/samu)

*Equipe técnica das*

Portarias n.º 1.863/03 e n.º 1.864/03:

Ademar Artur Chioro dos Reis

Armando Negri Filho

Irani Ribeiro de Moura

Itajaí Albuquerque

Lígia Soares

Maria Cecília Cordeiro Dellatorre

Zilda Barbosa

*Equipe técnica da*

Portaria n.º 2.048/02:

Armando Negri Filho

Edson Vale Teixeira Jr.

Elaine Machado Lopez

Irani Ribeiro de Moura

Lígia Soares

Rosane Ciconet

Zilda Barbosa

*Equipe técnica da*

Portaria n.º 2.072/03:

Ademar Artur Chioro dos Reis

Irani Ribeiro de Moura

José Sebastião dos Santos

Maria Cecília Cordeiro Dellatorre

Margareth de Matos Cardoso

Zilda Barbosa

*Equipe técnica da*

Portaria n.º 1.828/GM/04:

Ademar Artur Chioro dos Reis

Cleusa Rodrigues da Silveira

Bernardo

Irani Ribeiro de Moura

Josafá Santos

Roberto Bittencourt

*Equipe técnica da*

Portaria n.º 2.420/GM/04:

Ademar Artur Chioro dos Reis

Irani Ribeiro de Moura

Roberto Bittencourt

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

## Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 2. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

244 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)  
ISBN 85-334-0854-4

1. Serviços médicos de emergência. 2. Legislação sanitária. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título. III. Série.

NLM WX 215

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2004/1157

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

*Equipe editorial:*

Normalização: Leninha Silvério, Luciana Cerqueira

Projeto gráfico e capa: João Mário P. d'A. Dias

Revisão: Denise Camib, Lilian Alves

# CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS – U.E.

	2011	2012
Número de Pacientes Atendidos	21.622	21.645
Regulados – Reg. Municipal	10.714	10.182
Vaga Zero Municipal	9,3%	8,7%
Regulados – Reg. Estadual	5.582	6.234
Vaga Zero Estadual	11,8%	12,1%
<b>Total Regulado</b>	<b>16.296</b>	<b>16.416</b>
% de Regulados	75,4%	75,8%
<b>Procura Espontânea</b>	<b>4.089</b>	<b>4007</b>
% de espontâneos	18,9%	18,5%

\* PARA COMPLEXO REGULADOR REGIONAL



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**RIBEIRÃO PRETO**

***ESTRUTURAÇÃO DO COMPLEXO  
REGULADOR***

**Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em audiência  
Pública com o Ministério Público Estadual em 10 de agosto de  
2005**

***PORTARIA GM Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008***

# POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

(Portaria GM nº 1.559, 01/08/08)

## REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA

# IMPACTO DE SUPRESSÃO DAS COTAS PARA MAMOGRAFIA E DA INTRODUÇÃO DE PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO

## Média Mensal

EXAME	1º Bimestre 2005	1º Bimestre 2006	Variação (%)
MAMOGRAFIA BILATERAL	1523	798	-47,64

Necessidade mensal – Limites(\*) Inferior – 319 Superior - 511

Portaria 1101/GM/2002

**FONTE: DACA**

# SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – RIBEIRÃO PRETO

**Impacto do Complexo Regulador nas Despesas Hospitalares, em reais  
nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março dos anos de 2005 e 2006**

Prestadores	ANOS		
	2005	2006	Variação
Santa Casa	2.499.939,04	2.009.475,53	-19,61
Beneficência Portuguesa	2.752.401,87	2.545.936,42	-7,50
Santa Lydia	243.413,59	166.738,74	-31,49
Mater	358.288,92	376.026,21	4,95
Unaerp	207.152,35	221.687,52	7,01
São Francisco	213.950,24	92.168,08	-56,92
Sanatório São Vicente	22.226,25	63.951,02	187,72
Órtese e Prótese	1.972.937,93	1.306.339,28	-33,78
<b>TOTAL</b>	<b>8.270.310,19</b>	<b>6.782.322,80</b>	<b>-17,99</b>

## SAÚDE

Crescem quase 100% gastos com cirurgias do coração feitas em filantrópicos com novo secretário em Ribeirão

# 'Agrado' aos hospitais

JOSÉ ANTONIO

BONATO Gazeta de Ribeirão  
jose.bonato@gazetade  
ribeirao.com.br

O faturamento dos hospitais filantrópicos de Ribeirão Preto com cirurgias do coração aumentou quase 100% nos meses que se seguiram à saída do médico José Sebastião dos Santos do cargo de secretário municipal da saúde, em maio.

Os hospitais receberam em maio R\$ 224.405,01, contra R\$ 408.940,19 em junho, quando Santos não era

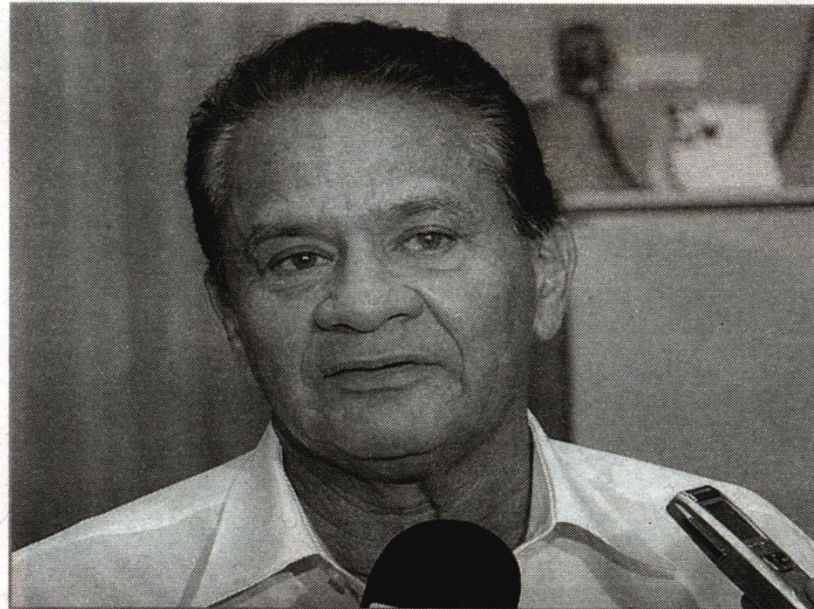
**Médicos recebiam 'restituição' de impostos**

mais secretário, e R\$ 401.400,58 em julho. Os dados são do Ministério

da Saúde.

Quando estava no cargo de secretário, Santos passou a destinar as cirurgias do coração, consideradas de alta complexidade e rentáveis, para o Hospital das Clínicas.

A lógica era a seguinte: enviando os pacientes para o Hospital das Clínicas (HC), o município não teria que pagar por elas, e sim o Estado, ao qual o HC está subordinado. Com isso, economizava di-



Fabio Melo

O secretário municipal da Saúde de Ribeirão Preto, Oswaldo Cruz Franco

nheiro, que seria destinado para pagar cirurgias mais simples, estas sim, a cargo dos hospitais filantrópicos.

Os hospitais, perderam, entre janeiro e março, aproximadamente R\$ 600 mil com essa medida (veja quadro). Foi mais um fator de instabilidade, além da pressão da Câmara, que culminou na saída

de Santos do cargo.

O atual secretário municipal de Saúde, Oswaldo Cruz Franco, diz que, embora sejam de preferência do HC, as cirurgias do coração estão sendo destinadas aos hospitais filantrópicos como forma de compensar o prejuízo que eles têm com outros atendimentos prestados a pacientes do SUS (Sis-

tema Único de Saúde).

"No balanço total, [AS CIRURGIAS] acabam compensando [os supostos prejuízos] dos hospitais. Mas a secretaria tem segurado muito [os pedidos de cirurgia de alta complexidade], porque, se dependesse dos hospitais e dos médicos, teria que liberar mais. Só mandamos o que o HC não atende", afirmou o secretário.

A remuneração dos médicos também cresceu com a saída de José Sebastião dos Santos do cargo. Segundo o Ministério da Saúde, em maio, os médicos receberam R\$ 78.778,41, contra R\$ 130.648,66 em junho e R\$ 114.770,52 em julho (veja quadro).

A maioria dos médicos, parcela dos servidores da Saúde e os vereadores boicotaram a gestão de Santos. O ex-secretário reclamava do alto índice de ausência ao trabalho dos funcionários (incluindo médicos) e não aceitava ingerência da Câmara nos assuntos da secretaria.

Santos chegou a pedir a abertura de sindicância contra quatro médicos que se licenciaram do cargo mas continuaram a trabalhar em seus consultórios particulares, prática considerada irregular.

Ao reduzir as cirurgias de coração com implante de órteses e próteses, Santos atraiu a ira dos fabricantes desses equipamentos, que, em 2005, num congresso no Rio de Janeiro, atacaram as medidas do secretário. O preço de um marcapasso pode chegar a até R\$ 30 mil.

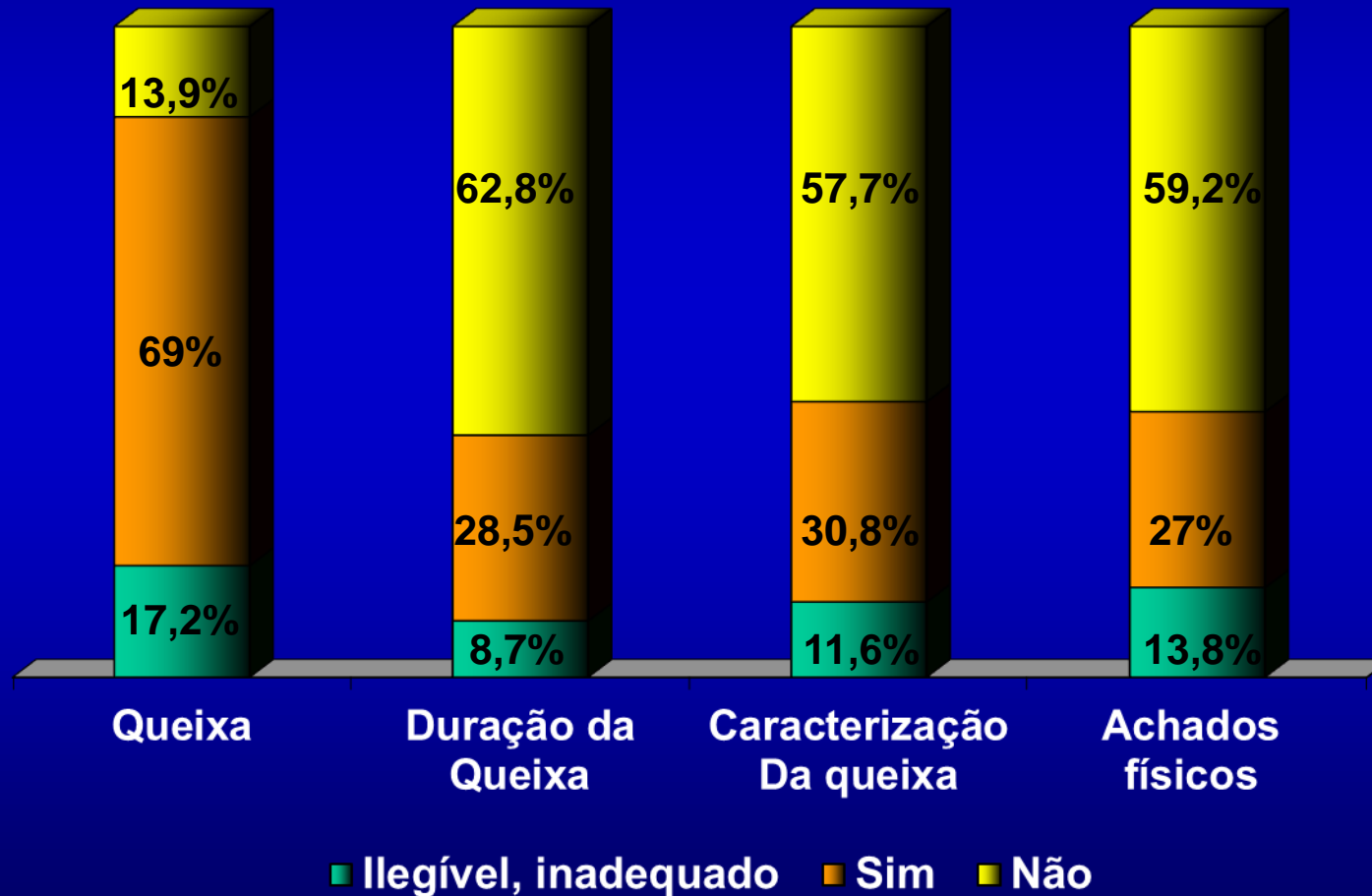
À frente da secretaria, Santos chegou a reduzir as despesas em quase R\$ 3 milhões, entre janeiro e março deste ano, com revisões de contratos e corte de subvenções (veja quadro), o que enfureceu médicos e hospitais.

O secretário acabou com uma "restituição", feita com o dinheiro do contribuinte, de impostos pagos por médicos por serviços prestados, batizado de Código 7. Em 2004, Ribeirão "restituiu" R\$ 473.086,00 aos médicos (veja quadro).

Outra "farra" que acabou quando Santos era secretário: Ribeirão repassava anualmente subvenções, com a aprovação da Câmara, para hospitais, sem nenhuma contrapartida. Em 2004, foram R\$ 2,106 milhões, contra R\$ 224 mil em 2005.

As subvenções ocorreram nos governos Palocci, Jábali e Maggioni.

# AVALIAÇÃO DAS GUIAS DE REFERÊNCIA ENCAMINHADAS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O COMPLEXO REGULADOR



# DEMANDA X NECESSIDADE

SARA - SISTEMA DE APOIO A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

DRS - FRANCA

PEDIDO DE ATENDIMENTO

(N/I) Não Informando

## Solicitante

Data da Solicitação: 14/03/2013 15:19:16 Número do Protocolo: 358049  
CENTRO DE SAÚDE II "EGIDIO BRONHARA" - MORRO AGUDO  
CNES: 2745704 MORRO AGUDO - SP  
Profissional: [REDACTED]  
CPF: 106.425.791-72

## Paciente

Registro: [REDACTED] Nº. Prontuário. Município: [REDACTED] CNS: 898000470018528  
Nome: [REDACTED]  
Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 11/09/1982 Idade: 30 Raça: NÃO INFORMADA  
Nome de Mãe: [REDACTED]  
CPF: [REDACTED] RG: [REDACTED]  
Escolaridade: NENHUM

## Endereço

Telefone: [REDACTED] Celular: (16)9108-5230 Contato: PESSOAL  
Endereço: FAZENDA BIQUINHA, S/N - CASA  
14640000 - MORRO AGUDO - SP - CENTRO  
Email: [REDACTED]

## Destino

Prioridade: MÉDIA  
Unidade: CAMPUS  
Especialidade: GAC - GASTRO CIRURGIA

## Geral

### História Progressiva e Quadro Clínico

ESTEATOSE HEPATICA LEVE

### Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica

ESTEATOSE HEPATICA LEVE

### CID 10

N/I

N/I

### Exames realizados - Data e Resultados:

(04/03/2013) US ABDOMEM TOTAL: ESTEATOSE HEPATICA LEVE

# DEMANDA X NECESSIDADE





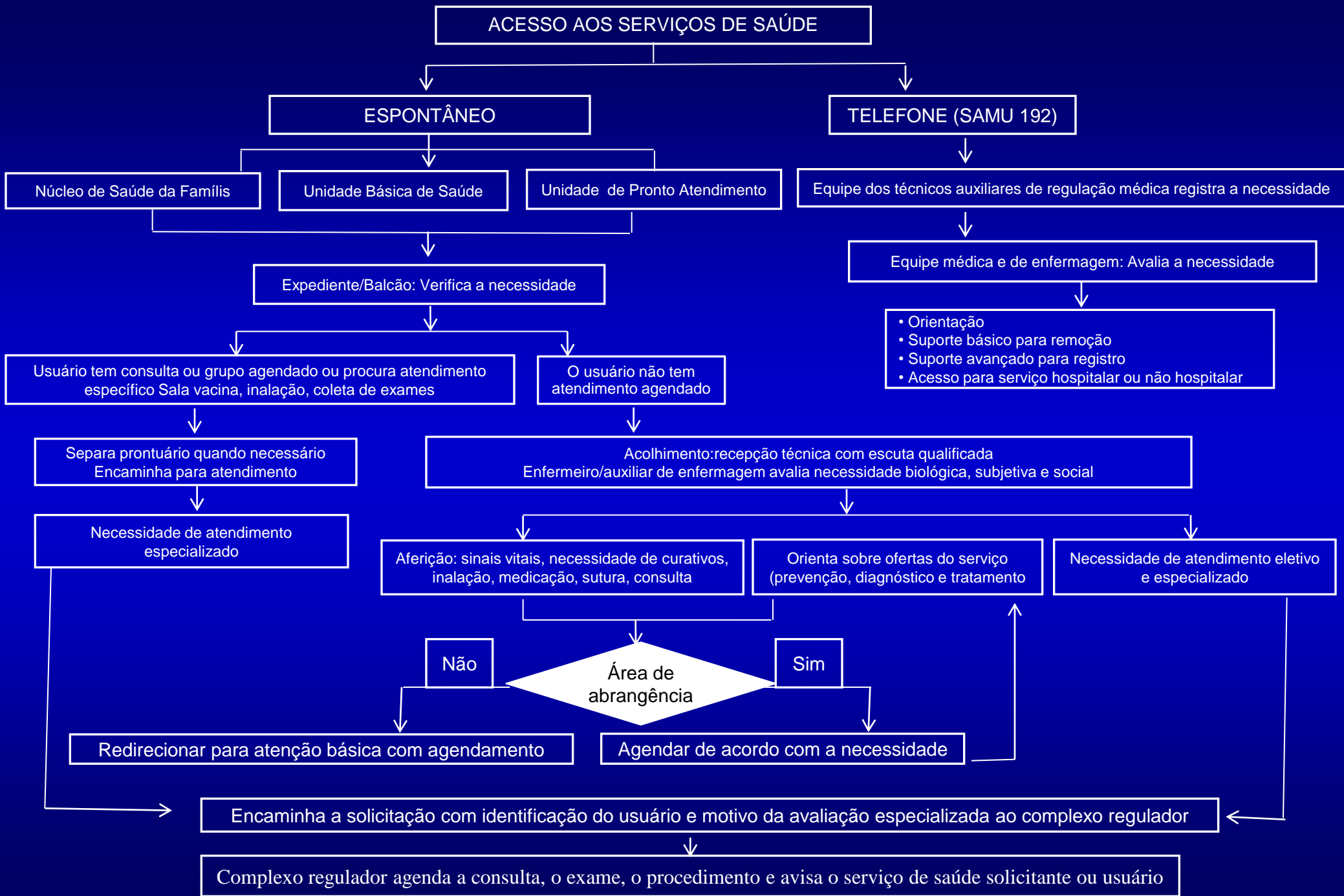
# **PROTOCOLO CLÍNICO DE REGULAÇÃO: ACESSO À REDE DE SAÚDE**

## **COMPONENTE CLÍNICO**

- Subsidiar o percurso da investigação e tratamento;
- Caracterizar a urgência (presença de dor e febre).

## **COMPONENTE REGULATÓRIO**

- Mapear a rede assistencial;
- Definir as atribuições dos serviços ante aos casos;
- Garantir o papel de coordenação da atenção básica;
- Garantir o papel de ordenação do complexo regulador.



**TELEFONE (SAMU 192)**

Equipe dos técnicos auxiliares de regulação médica registra a necessidade

Equipe médica e de enfermagem: Avalia a necessidade

- Orientação
- Suporte básico para remoção
- Suporte avançado para registro
- Acesso para serviço hospitalar ou não hospitalar

Acolhimento: recepção técnica com escuta qualificada  
Enfermeiro/auxiliar de enfermagem avalia necessidade biológica, subjetiva e social

Aferição: sinais vitais, necessidade de curativos, inalação, medicação, sutura, consulta

Orientação sobre ofertas do serviço (prevenção, diagnóstico e tratamento)

Necessidade de atendimento eletivo e especializado

Não

Sim

Área de abrangência

Redirecionar para atenção básica com agendamento

Agendar de acordo com a necessidade

Encaminha a solicitação com identificação do usuário e motivo da avaliação especializada ao complexo regulador

Complexo regulador agenda a consulta, o exame, o procedimento e avisa o serviço de saúde solicitante ou usuário

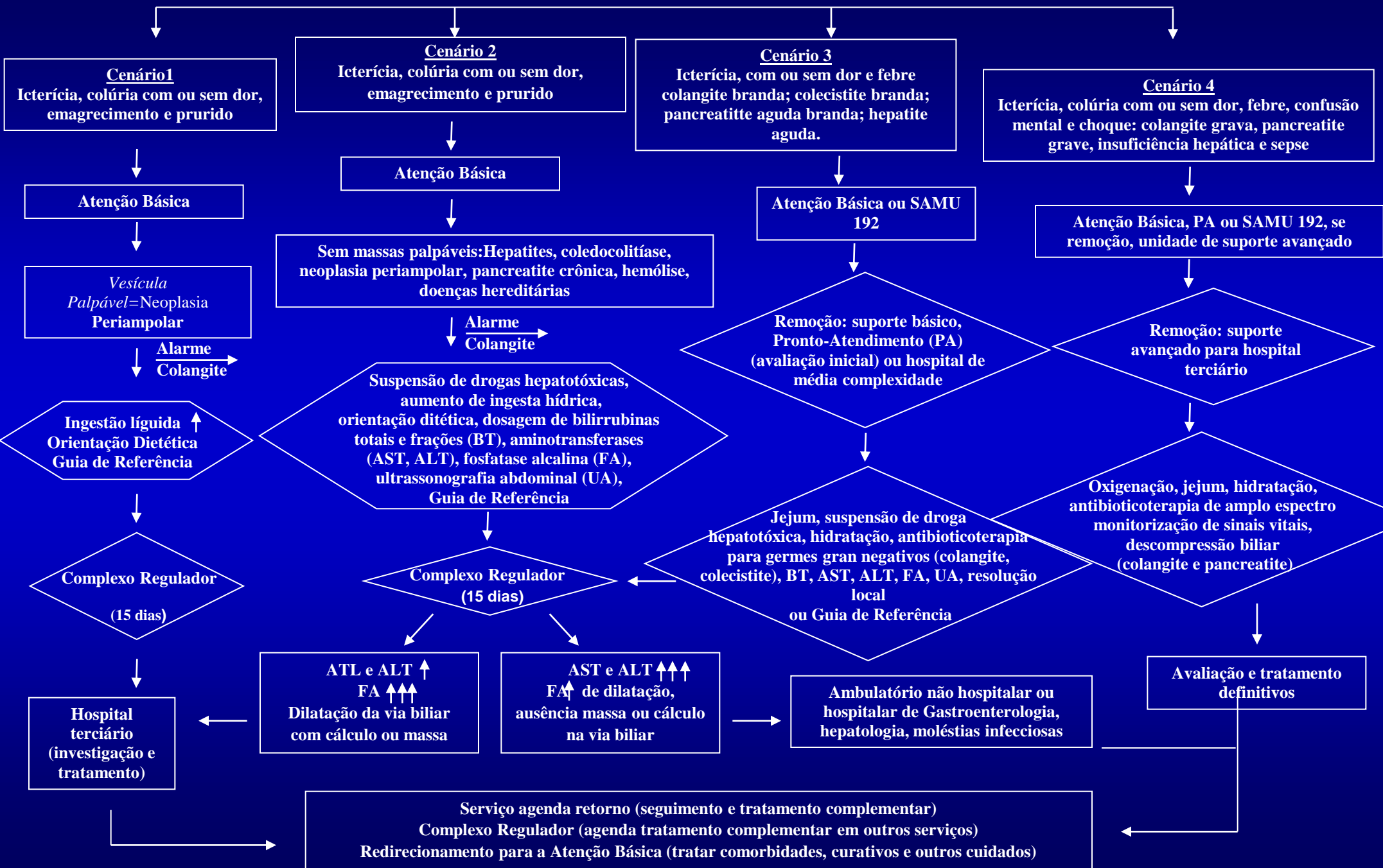


Mulher com 45 anos de idade , passado de dor abdominal com colestase flutuante , episódios de calafrios e prurido há 13 anos. Recebeu tratamento para hepatite medicamentosa, distúrbio psiquiátrico e doença dermatológica

*Paterson WG et al. Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. Can J Gastroenterol. 2006 Jun;20(6):411-23.*

# ICTERÍCIA NO ADULTO E IDOSO

Santos J et al. Clinical and regulatory protocol for the treatment of jaundice in adults and elderly subjects: a support for the health care network and regulatory system. Acta Cir Bras. 2008;2:133-42;





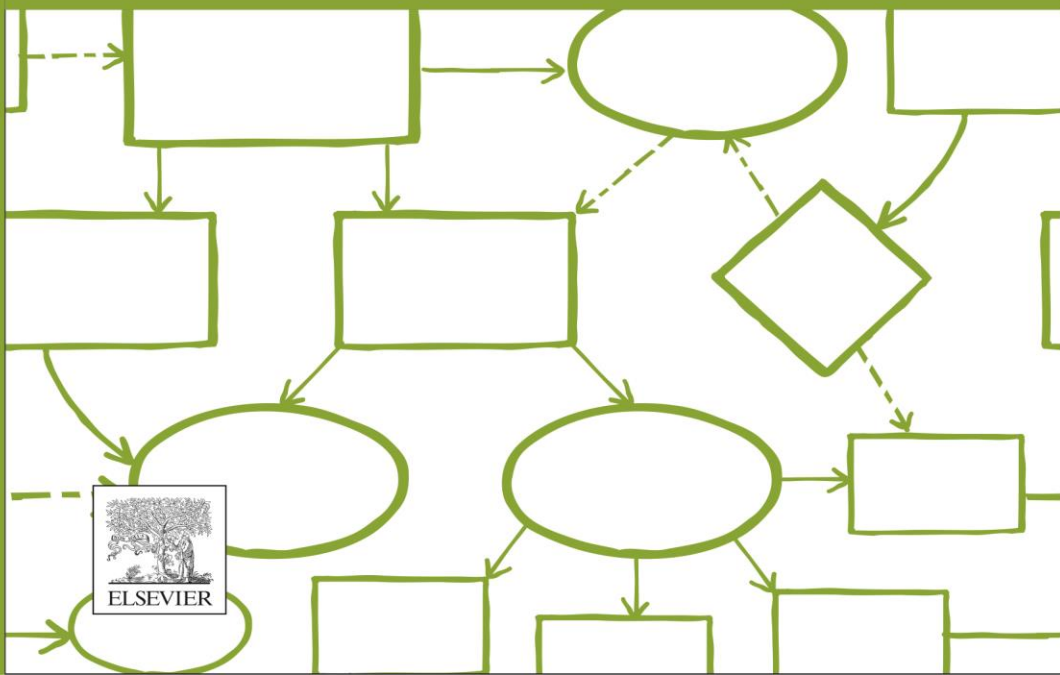
**Coordenação**  
José Sebastião dos Santos

**Organização**  
José Sebastião dos Santos  
Gerson Alves Pereira Jr.  
Ana Carla Bliacheriene  
Aldaisa Cassanho Forster



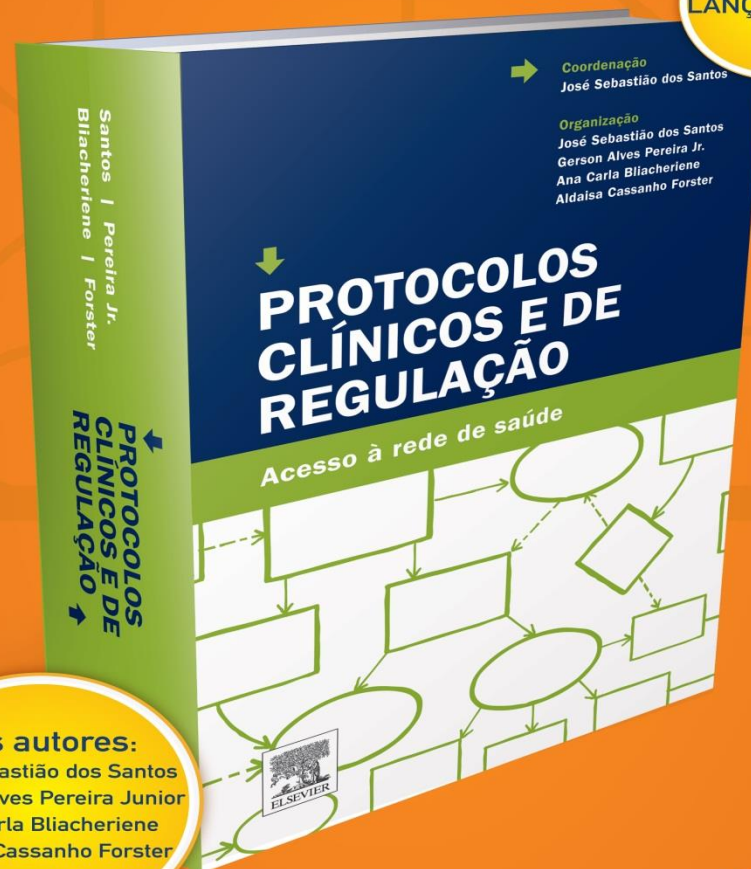
# PROTÓCOLOS CLÍNICOS E DE REGULAÇÃO

Acesso à rede de saúde



A ELSEVIER APRESENTA  
O MAIS NOVO LANÇAMENTO  
PROTÓCOLOS CLÍNICOS E DE REGULAÇÃO  
Acesso à rede de saúde

LANÇAMENTO

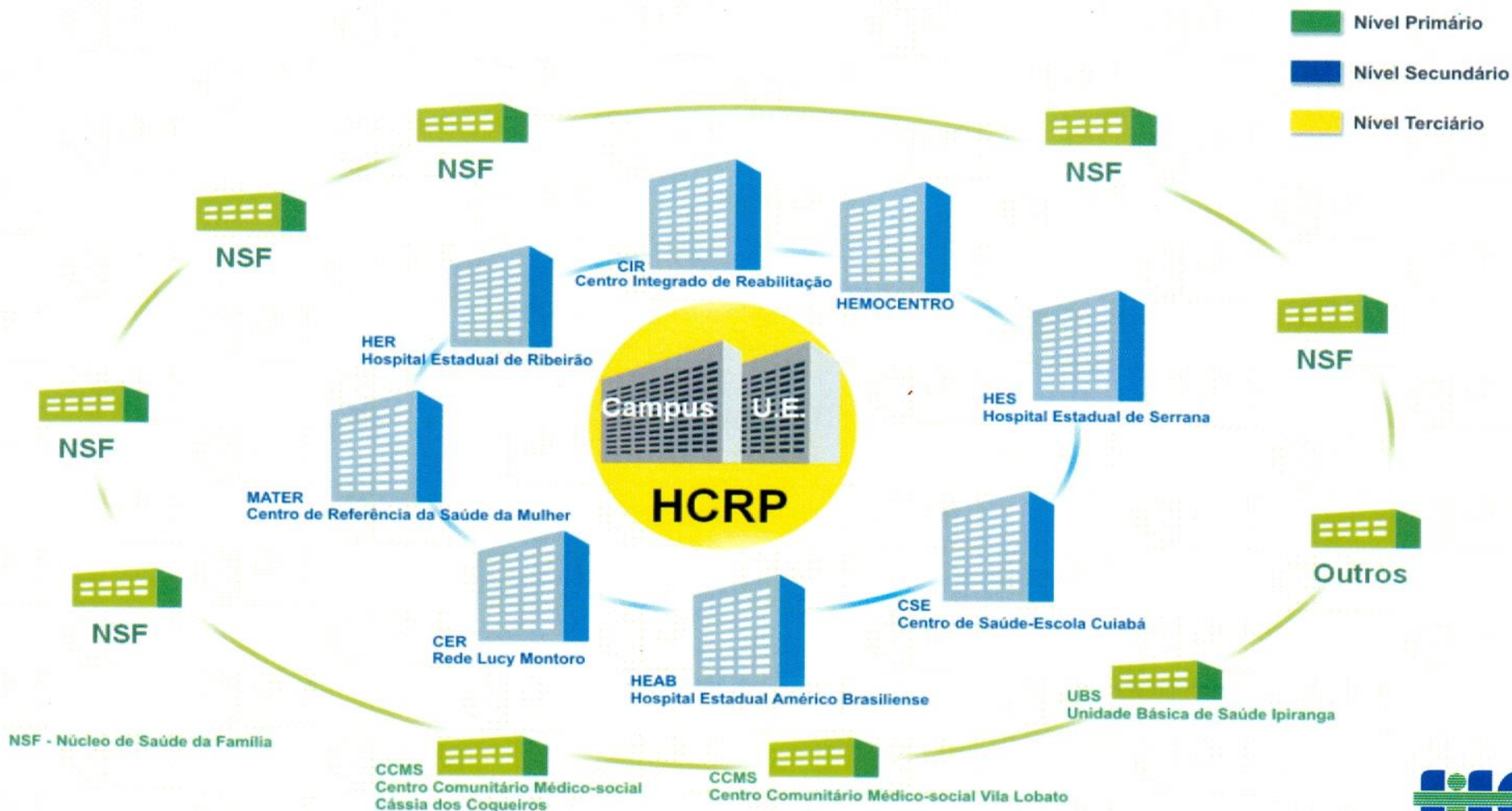


**Dos autores:**

José Sebastião dos Santos  
Gerson Alves Pereira Junior  
Ana Carla Bliacheriene  
Aldaisa Cassanho Forster

# COMPLEXO DE SAÚDE HCRP/FMRP/FAEPA/USP

## Atenção Integral à Saúde



## Estrutura Física



Área construída	150.628,73 m <sup>2</sup>
Leitos	1.097
Salas de operação	44
Salas de parto	6
Consultórios	287

## Assistência Hospitalar e Ambulatorial



Consultas	709.800
Internações	43.726
Cirurgias	36.780
Partos	4.931



Exames laboratoriais/especializados	3.118.337
Exames especializados	349.242

Dados de 2011

## Recursos Humanos

Funcionários (HCFMRP-USP/FAEPA)	5.632
Funcionários (HER, MATER, HEAB, NSF)	1.132
Residentes (Médicos e Multiprofissionais)	663
Aprimorandos	82

Dados de 2011

## Complexo de Saúde-FMRP-USP Financiamento (2011)

Instituição	Orçamento (R\$)
FMRP (orçamento)	144.426.025,00
FMRP (FAPESP, CNPq, CAPES)	61.308.186,03
FMRP (fontes adicionais)	29.937.896,32
HCFMRP (orçamento)	315.841.704,00
FAEPA (recursos públicos)	142.000.000,00
FAEPA (recursos privados)	27.000.000,00
Hospital Estadual RP	24.585.000,00
MATER	15.040.000,00
Hospital Estadual AB	41.754.845,00
FUNDHERP	44.920.000,00
<b>Total</b>	<b>846.813.656,35</b>

Orçamento do município de Ribeirão Preto (2011): R\$ 1.044.826.929,00

Orçamento do Campus da USP-RP (2011): 1.094.693.607,35

Complexo FMRP-USP/Município RP = 81,05%

Campus da USP/Município RP = 4,8% maior USP em relação município

# COMPLEXO HOSPITALAR HC-FMRP-USP-FAEPA

## PERFIS DOS HOSPITAIS

### INDICADORES DO ANO DE 2013

<b>Indicadores/Hospitais</b>	<b>HCRP</b>	<b>HE</b>	<b>MATER</b>	<b>HEAB</b>
Leitos	<b>873</b>	<b>40</b>	<b>49</b>	<b>104</b>
Relação Pessoal/Leito (%)	<b>7,5</b>	<b>6,8</b>	<b>4,3</b>	<b>7,03</b>
Receitas (R\$)	<b>593.630.539</b>	<b>21.324.360</b>	<b>17.531.500</b>	<b>47.038.927</b>
Taxa Absenteísmo Servidores (%)	<b>4,4</b>	<b>1,9</b>	<b>--</b>	<b>7,04</b>
Intervalo de Substituição (dias)	<b>1,8</b>	<b>2</b>	<b>--</b>	<b>2,2</b>
Média de Permanência (dias)	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>2,3</b>	<b>6,5</b>
Taxa Ocupação Operacional (%)	<b>79,2</b>	<b>74,4</b>	<b>67,9</b>	<b>74,6</b>
Taxa Infecção Hospitalar (%)	<b>3,2</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>1,3</b>
Taxa Mortalidade Hospitalar (%)	<b>3,8</b>	<b>0,01</b>	<b>0</b>	<b>7</b>





**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**