

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS
UNIDADE TÉCNICA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS – DRAC

série técnica

Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

A POLÍTICA DE REGULAÇÃO DO BRASIL

12

**BRASÍLIA-DF
2006**

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS
UNIDADE TÉCNICA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS - DRAC

A POLÍTICA DE REGULAÇÃO DO BRASIL

ORGANIZAÇÃO

Claunara Schilling e Afonso Teixeira dos Reis
*Assessores Técnicos do Departamento de Regulação,
Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC - Secretaria
de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde*

José Carlos de Moraes
*Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e
Controle de Sistemas - DRAC - Secretaria de Atenção à
Saúde - Ministério da Saúde*

Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 12

BRASÍLIA-DF
2006

Organização Pan-Americana da Saúde - Opas/OMS
Representação no Brasil
Horácio Toro Ocampo
<http://www.opas.org.br>

Unidade Técnica de Desenvolvimento de
Sistemas e Serviços de Saúde/Opas
Gerente da Unidade Técnica
Júlio Manuel Suárez
www.opas.org.br/servico

Equipe técnica Opas
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre

Ministério da Saúde do Brasil
Ministro
José Agenor Álvares da Silva
<http://www.saude.gov.br>

Secretaria de Atenção à Saúde
Secretário
José Gomes Temporão

Departamento de Regulação, Avaliação e
Controle de Sistemas
Diretor
José Carlos de Moraes

Equipe técnica DRAC/MS
Assessoria Técnica
Afonso Teixeira dos Reis
Claunara Schilling Mendonça
Paula dos Santos Grazziotin

Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
Antônio Carlos Onofre de Lira

Coordenação Geral de Controle de Sistemas
Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo

Coordenação Geral de Sistemas de Informação
Rosane de Mendonça Gomes

Coordenação de Programação Assistencial
Elaine Maria Giannotti

Coordenação Geral de Suporte Operacional de
Sistemas
Wilson Schiavo

Colaboração: Idiana Luvison
Normalização: Fernanda Nahuz
Revisão: Leonardo Barros
Editoração: Formatos design gráfico
Tiragem: 1.000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da
Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

A política de regulação do Brasil,

Claunara Schilling Mendonça / Afonso Teixeira dos Reis / José Carlos de Moraes (orgs.)
Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12)

ISBN: 85-87943-61-8

1. Políticas de Saúde - Brasil. I. Mendonça, Claunara Schilling. Reis, Afonso Teixeira. Moraes, José Carlos de. II. Título. III. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde.

NLM: WA 525

2006 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

LISTA DE SIGLAS

AIH - AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
APAC - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE
APVP - ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS
ASTEC - ASSESSORIA TÉCNICA
BPA - BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL
CGRA - COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO
CGSI - COORDENAÇÃO GERAL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
CGSOS - COORDENAÇÃO GERAL DE SUPORTE OPERACIONAL DOS SISTEMAS
CGCSS - COORDENAÇÃO GERAL DE CONTROLE DE SERVIÇOS E SISTEMAS
CIB - COMISSÕES INTERGESTORAS BIPARTITE
CIT - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CNRAC - CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE
CNS - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
CPA - COORDENAÇÃO DE PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL
DAB - DEPARTAMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA
DAE - DEPARTAMENTOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DAPE - DEPARTAMENTOS DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS
DCAA - DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA
DECAS - DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS
DENASUS - DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA
DORT - DISTÚRBO OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS COM O TRABALHO
DRAC - DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS
FAEC - FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO
GAP PRESTADOR - GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
GIH - GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
IAP - INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
IAPAS - INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
IDH - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

INPS - INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
LER - LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO
MAC - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
NOAS - NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NOB - NORMA OPERACIONAL BÁSICA
OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
PAB - PISO DE ATENÇÃO BÁSICA
PAIR - PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO
PDR - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO
PNASH - PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES
PNASS - PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PPI - PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA
RIPSA - REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE
SADT - SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPIA
SAMHPS - SISTEMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAS - SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SCNES - SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SCNS - SISTEMA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
SES - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SGTES - SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
SIA - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS
SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SIH - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES
SIHD - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DESCENTRALIZADO
SIMAC - SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
SISREG - SISTEMA DE REGULAÇÃO
SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SNA - SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA
SNCPCH - SISTEMA NACIONAL DE CONTROLE DE PAGAMENTOS DE CONTAS HOSPITALARES
SUDS - SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UAC - UNIDADES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

QUADRO 01 - “CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA E REGULAÇÃO” DO ESTADO, NO SETOR SAÚDE, NO BRASIL	24
FIGURA 01 - ORGANOGRAMA ATUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	29
FIGURA 02 - TIPOS DE REGULAÇÃO	40
FIGURA 03 - ESTRUTURA DE TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS	98
GRÁFICO 01 - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS ACIMA DE 100 MIL HABITANTES COM ESTRUTURA DE REGULAÇÃO DO ACESSO, POR REGIÃO. BRASIL, AGOSTO 2005	73
GRÁFICO 02 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA CNRAC, POR ESPECIALIDADE E ANO DE EXECUÇÃO. BRASIL, 2002 - 2004	74
GRÁFICO 03 - ORIGEM DA POPULAÇÃO ATENDIDA NAS CENTRAIS DE INTERNAÇÕES ELETIVAS NOS MUNICÍPIOS ACIMA DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006	78
GRÁFICO 04 - ORIGEM DA POPULAÇÃO ATENDIDA NAS CENTRAIS DE URGÊNCIA NOS MUNICÍPIOS ACIMA DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006	80
GRÁFICO 05 - ORIGEM DA POPULAÇÃO ATENDIDA NAS CENTRAIS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS NOS MUNICÍPIOS ACIMA DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006	82
GRÁFICO 06 - ORIGEM DA POPULAÇÃO ATENDIDA NAS CENTRAIS DE EXAMES NOS MUNICÍPIOS ACIMA DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006	84
GRÁFICO 07 - IMPACTO FÍSICO RESULTANTE DA UTILIZAÇÃO DOS PARÂMETROS ASSISTENCIAIS PRIORITÁRIOS E TOTAL DA PRODUÇÃO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - MAC. BRASIL, 2005	104
GRÁFICO 08 - IMPACTO FINANCEIRO RESULTANTE DA UTILIZAÇÃO DOS PARÂMETROS ASSISTENCIAIS PRIORITÁRIOS, LIMITE FINANCEIRO DA PRODUÇÃO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (ABRIL 2006) E VALOR DA PRODUÇÃO - MAC 2005. BRASIL, 2005	104
TABELA 01 - MUNICÍPIOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, COM CENTRAIS DE REGULAÇÃO PARA INTERNAÇÕES ELETIVAS POR INCORPORAÇÃO OU NÃO DE RECURSOS DE INFORMÁTICA. BRASIL, 2006.....	77

TABELA 02 - MUNICÍPIOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, COM CENTRAIS DE REGULAÇÃO PARA INTERNAÇÕES ELETIVAS POR INCORPORAÇÃO OU NÃO DE RECURSOS DE INFORMÁTICA, POR REGIÃO GEOGRÁFICA. BRASIL, 2006	77
TABELA 03 - MUNICÍPIOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, QUE REALIZAM BUSCAS DE VAGAS PARA INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA POR INCORPORAÇÃO OU NÃO DE RECURSOS DE INFORMÁTICA. BRASIL, 2006.....	79
TABELA 04 - MUNICÍPIOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, QUE REALIZAM BUSCAS DE VAGAS PARA INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA POR INCORPORAÇÃO OU NÃO DE RECURSOS DE INFORMÁTICA NAS GRANDES REGIÕES GEOGRÁFICAS. BRASIL, 2006	80
TABELA 05 - MUNICÍPIOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, QUE POSSUEM CENTRAIS DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS POR INCORPORAÇÃO OU NÃO DE RECURSOS DE INFORMÁTICA. BRASIL, 2006.....	81
TABELA 06 - MUNICÍPIOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, QUE POSSUEM CENTRAIS DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS POR INCORPORAÇÃO OU NÃO DE RECURSOS DE INFORMÁTICA EM GRANDES REGIÕES GEOGRÁFICAS. BRASIL, 2006	82
TABELA 07 - MUNICÍPIOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, QUE POSSUEM CENTRAIS DE MARCAÇÃO DE EXAMES E OUTROS PROCEDIMENTOS POR INCORPORAÇÃO OU NÃO DE RECURSOS DE INFORMÁTICA. BRASIL, 2006.....	83
TABELA 08 - MUNICÍPIOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, QUE POSSUEM CENTRAIS DE MARCAÇÃO DE EXAMES E OUTROS PROCEDIMENTOS POR INCORPORAÇÃO OU NÃO DE RECURSOS DE INFORMÁTICA EM GRANDES REGIÕES GEOGRÁFICAS. BRASIL, 2006	84
TABELA 09 - MUNICÍPIOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, COM PLANO OU PROJETO CONTEMPLANDO PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS POR GRANDE REGIÃO GEOGRÁFICA DO PAÍS. BRASIL, 2006.....	86
TABELA 10 - UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PELOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS, ACIMA DE 250 MIL HABITANTES, POR REGIÃO DO PAÍS. BRASIL, 2006	87
TABELA 11 - ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS PARA O ESTABELECIMENTO DE PROTOCOLOS NOS MUNICÍPIOS ACIMA DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006	88
TABELA 12 - PERCENTUAL DE RESPOSTAS DO PNISS SEGUNDO O TIPO DE AVALIAÇÃO. BRASIL, 2006.....	95
TABELA 13 - IMPACTO FÍSICO E FINANCEIRO RESULTANTE DA UTILIZAÇÃO DOS PARÂMETROS POR ÁREA ESTRATÉGICA. BRASIL, 2005.....	105

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	5
LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS.....	7
PREFÁCIO OPAS.....	11
PREFÁCIO DO MS	13
APRESENTAÇÃO	15
1. HISTÓRICO DA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO SETOR SAÚDE.....	17
1.1 PERÍODO DE 1978 A 2002	17
1.2 O DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS - DRAC - 2003 A 2006.....	28
2. REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.....	33
2.1 CONCEITOS GERAIS	33
2.2 REGULAÇÃO COMO AÇÃO SOCIAL.....	34
2.3 REGULAÇÃO NO SETOR SAÚDE	36
2.4 REGULAÇÃO ESTATAL SOBRE O SETOR SAÚDE - REFORMULANDO CONCEITOS PARA REFORMULAR PRÁTICAS E FINALIDADES	37
3. POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO.....	51
3.1 A REGULAÇÃO DO ESTADO SOBRE O SETOR SAÚDE NO BRASIL - BREVE ANÁLISE DA POLÍTICA DE REGULAÇÃO DOMINANTE NO SUS	51
3.2 DIRETRIZES PARA DESENVOLVER E IMPLEMENTAR A REGULAÇÃO NO SUS	55
4. RESULTADOS ALCANÇADOS - 2003 A 2006	69
4.1 REGULAÇÃO NO PACTO DE GESTÃO	69
4.2 PUBLICAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO	71
4.3 CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS	72
4.4 LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO DE COMPLEXOS REGULADORES NO PAÍS	72
4.5 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	84
4.6 FINANCIAMENTO DOS COMPLEXOS REGULADORES	88
4.7 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA AS CENTRAIS DE REGULAÇÃO	89
4.8 CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE (CNRAC)	91
4.9 PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS).....	92
4.10 INSTRUMENTOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE REGULAÇÃO	96
4.11 PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO DA LÓGICA DE PROGRAMAÇÃO	99
4.12 CURSO BÁSICO DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA DO SUS... 105	
5. REFERÊNCIAS	111

PREFÁCIO OPAS

Com a implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro e a descentralização dos serviços, notam-se avanços na ampliação e na qualificação de ações em saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade. Estes avanços foram possíveis graças a um conjunto de estratégias e normatizações que possibilitaram à gestão do sistema de saúde desenvolver um novo papel relacionado à organização e à prestação de serviços.

Este novo papel da gestão do sistema de saúde visa estimular a incorporação de uma cultura avaliativa e do foco da qualidade no âmbito dos sistemas e dos serviços. Assim, busca garantir a qualidade de informação e o alinhamento de conceitos que contribuam com as atividades de planejamento, acompanhamento, regulação, controle e avaliação do serviço de saúde prestado por meio da socialização de práticas que promovam o equilíbrio entre diferentes dimensões de gestão da saúde.

Dessa forma, a presente publicação tem o objetivo de registrar o processo de reformulação da Política de Regulação, Controle e Avaliação, proposta pelo governo brasileiro, o qual considera uma concepção ampliada de regulação estatal no setor saúde, incorporando a condução política, a análise da situação, o planejamento e a comunicação, permeando, assim, o conceito de gestão.

Mais do que isso, espera-se que este conteúdo possa despertar o debate junto aos demais países sobre o tema, entendendo que somente por meio do conhecimento é possível alcançar a eficiência da gestão em saúde e a melhoria da qualidade de vida das populações.

Horácio Toro Ocampo
Representante da OPAS/OMS no Brasil

PREFÁCIO DO MS

O Ministério da Saúde vem, com a proposição da Política Nacional de Regulação, cujas diretrizes estão apresentadas nesta publicação, consolidar um importante eixo para a gestão do Sistema Único de Saúde.

Esta política insere-se como um dos componentes do Pacto pela Saúde, na sua diretriz Pacto de Gestão. Surge para garantir a operacionalização do gestor na garantia de uma oferta regulada dentro de um fluxo que permita o caminho mais oportuno na resposta da necessidade do cidadão.

A parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), promovendo publicações como esta, vem preencher uma lacuna na sistematização de conceitos e práticas fundamentais para o avanço nessa área.

José Agenor Álvares da Silva
Ministério da Saúde

APRESENTAÇÃO

Desenhar uma nova Política de Regulação pressupõe uma determinada compreensão sobre a Regulação no Setor Saúde, assim como uma análise da Política de Regulação existente. A abordagem desta publicação permite, por meio de um resgate histórico dos conceitos e experiências estruturados no SUS nas áreas de regulação, controle e avaliação, a reformulação destas como elemento de avanço da ação gestora do SUS.

Esta publicação apresenta inicialmente o histórico da regulação, controle, avaliação e auditoria no setor saúde e assegura o registro dos avanços nestas áreas no Ministério da Saúde, bem como, ao garantir a inserção, pela primeira vez, da regulação no seu atual desenho organizacional, coloca este tema em uma dimensão alinhada com a formulação de políticas de saúde universalistas que efetivem os direitos sociais e de cidadania.

Em seguida apresenta os conceitos de regulação, bem como suas práticas que, tais como as de controle, avaliação e auditoria, não têm sido uniformes. Discrimina campos de atuação da regulação articulada e integrada às ações de controle, avaliação e auditoria, representando-a como Regulação sobre Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

A Política Nacional de Regulação surge como resposta ao avanço organizacional e conceitual dessas áreas e se estrutura em eixos fundamentais: fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da Atenção à Saúde; implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores e capacitar os quadros estratégicos gerenciais do SUS.

Por último, são sistematizados os resultados decorrentes das ações encaminhadas pelo Ministério da Saúde no período recente, tais como: a Regulação no Pacto de Gestão, a regulamentação da Política de Regulação, o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS e a Contratação de Serviços de Saúde e os avanços nos instrumentos de operacionalização das diversas ações propostas.

José Gomes Temporão
Secretário de Atenção à Saúde

José Carlos de Moraes
Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

1. HISTÓRICO DA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO SETOR SAÚDE

■ 1.1 Período de 1978 a 2002

Pretende-se, neste tópico, fazer uma aproximação histórica às concepções, às práticas e às finalidades da regulação estatal sobre o Setor Saúde. A idéia é iniciar uma reflexão que toma por base as noções de “regulação”, “controle”, “avaliação” e “auditoria” expressas em leis, normas operacionais, portarias e outras instruções, assim como as práticas destas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dentro da história recente do SUS.

O conceito, as práticas e as finalidades da regulação em saúde não se encontram totalmente desenvolvidos, e tem sido mais fácil deparar-se, no setor estatal da saúde, com os temas do controle, avaliação e auditoria. Só mais recentemente, o Ministério da Saúde vem disseminando um determinado conceito de regulação. Os conceitos e as práticas destes temas não têm sido uniformes e têm variado ao longo dos anos.

As ações de controle e de avaliação da assistência à saúde começaram de forma mais estruturada com a constituição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978. Por meio de sua Secretaria de Controle e Avaliação, com as respectivas coordenadorias em nível estadual, o INAMPS atuava junto aos prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário, buscando controlar principalmente a produção e os gastos na assistência médica aos segurados.

Alguns formulários de captura de dados e de autorização de gastos com os seus respectivos sistemas de informação tornaram-se importantes ferramentas para as ações de controle assistencial e contábil-financeiro. De 1976 a 1983, vigiu a Guia de Internação Hospitalar (GIH), que pagava por atos e insumos e constituía o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH). A partir de agosto de 1981, foi criada a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que pagava por procedimentos (conjunto de atos e insumos) com valores pré-definidos. A AIH começou a ser implantada inicialmente apenas no estado do Paraná, expandindo-se para as demais unidades da federação em janeiro de 1984. Até 1991, ela alimentou o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que foi substituído pelo Sistema de Infor-

mações Hospitalares (SIH), vigente até hoje. Para o controle dos gastos com a atenção ambulatorial, utilizavam-se guias de pagamentos globais dos serviços prestados, como a Autorização de Pagamentos e, de 1984 a 1998, a Guia de Autorização de Pagamento (GAP Prestador).

As principais ações de controle assistencial executadas pelo INAMPS eram baseadas na revisão dos prontuários médicos dos hospitais, após implantação das AIHs e na revisão dos boletins de produção ambulatorial de clínicas e laboratórios contratados e conveniados. O controle da execução orçamentária seguia os moldes vigentes à época para todos os órgãos públicos federais.

No processo de descentralização desencadeado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1988, que transferiu unidades, trabalhadores e patrimônio do INAMPS para a administração dos estados, as ações de controle e avaliação da assistência não chegaram a ser estadualizadas, sendo desenvolvidas pelos escritórios de representação do INAMPS em cada unidade federada ou como um setor completamente separado da estrutura das secretarias estaduais (SANTOS, 1998).

No processo de definição do arcabouço legal do SUS, os temas do controle, avaliação, auditoria e regulação aparecem como constitutivos.

Segundo o Art. 197 da Constituição de 1988: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080, em seu artigo 15, I, define como atribuição comum da União, estados, Distrito Federal e municípios a “definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde”; e em outros artigos são especificadas as competências em cada esfera de gestão (Art.16, XVII; Art. 17, II e XI; Art. 18, I, XI e XII). Em seu artigo 16, XIX, fixa como competência do gestor federal “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal” (BRASIL, 1990 a).

É importante ressaltar que a Lei 8.080, em seu artigo 16, não trata apenas da fiscalização, controle e avaliação da assistência à saúde (inciso XVII), mas também destas atividades sobre o meio ambiente; sobre condições e ambientes de trabalho; sobre procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; e sobre os padrões éticos

para a pesquisa e assistência. Em seu artigo 15, III, como competência comum das esferas, define o “acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais”; além de determinar, em outros artigos, a elaboração de normas técnicas e o estabelecimento de padrões de qualidade para a assistência, a promoção da saúde do trabalhador, a qualidade sanitária, etc. (BRASIL, 1990 a).

Também como competência comum às esferas de gestão, o inciso XI do artigo 15 define a “elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública”. E, como competência da direção nacional do SUS, o Art. 16, XIV, traz: “elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde” (BRASIL, 1990 a).

Já a Lei 8.142 diz da competência dos Conselhos de Saúde para o “controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990 b).

Embora a Lei 8.080 traga os temas e estabeleça competências quanto à regulação, controle, avaliação e auditoria, o faz de forma genérica, remetendo sempre ao “fiscalizar”, “controlar”, “avaliar”, “acompanhar”, “elaborar normas”, “regular”, não definindo o que significa cada uma destas ações e nem especificando os seus procedimentos e como será a sua operacionalização. Isto foi tarefa das normas e portarias subseqüentes e principalmente das práticas de cada governo federal, estadual e municipal e suas respectivas gestões do SUS.

Em 1991, a Norma Operacional Básica (NOB 91) estabeleceu o repasse de recursos do orçamento do INAMPS aos estados e municípios para o custeio da atenção hospitalar e ambulatorial, via convênios e pagamentos por produção, além de determinar critérios de acompanhamento, controle e avaliação das ações cobertas por este financiamento. Ratificou o papel de controle dos conselhos de saúde, conforme a Lei 8.142 e atribuiu ao INAMPS o controle e a fiscalização da execução orçamentária e financeira por meio da Diretoria de Administração Financeira e das Auditorias Regionais das Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle. Já a avaliação técnica e financeira ficou sob coordenação do Ministério da Saúde e do INAMPS, que atuavam em cooperação com estados e municípios (BRASIL, 1991).

A NOB 92 discriminou competências, nas quais os municípios responderiam pelo controle e avaliação sobre os serviços assistenciais; aos estados caberia controlar serviços periodicamente e controlar o “controle municipal”. Recomendava, genericamente, que a avaliação verificasse a eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços, assim como

se as metas foram cumpridas e os resultados alcançados. A União analisaria e corrigiria o desenvolvimento do controle e avaliação assistencial no sistema de saúde nacional de forma pedagógica e por meio da cooperação técnica aos estados e municípios. Esta norma manteve o controle, fiscalização da execução orçamentária pelo INAMPS, estabelecida na NOB 91 (BRASIL, 1992).

Já citados na NOB 91, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e novo sistema para as AIHs, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que substituiu o SAMHPS, são definidos na NOB 92. O SIA começa a ser implantado em alguns estados.

Mantém-se a mesma prática de controle e avaliação das ações e serviços, de caráter contábil financeiro, sob gestão do INAMPS, a hospitalar, por meio da AIH/SIH, e a ambulatorial, pela GAP-Prestador e pelo iniciante SIA.

Como se pode constatar pelas normas e pela história, de 1991 a 1993, as ações de controle e avaliação efetivas da assistência e da execução orçamentária permaneceram centralizadas no INAMPS, com participação marginal dos estados e municípios, que se restringiam ao repasse de dados quantitativos da produção hospitalar e ambulatorial.

A NOB 93, apesar de manter o formato da remuneração por produção de serviços apresentados, instituiu a transferência fundo a fundo para os municípios habilitados na Gestão Semiplena, regulamentada só em 1994. Para a habilitação nas condições de Gestão Parcial e Semiplena, os estados e municípios tinham que comprovar, entre outros pré-requisitos, a constituição de serviços de controle, avaliação e auditoria, com médicos designados para a Autorização da Internação Hospitalar (AIH) e de procedimentos ambulatoriais de alto custo; capacidade técnica de operar o SIA, o SIH e a central de controle de leitos (BRASIL, 1993 a).

Em julho de 1993, é extinto o INAMPS e criado o Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Em 1995, o SNA é regulamentado, compreendendo estrutura e funcionamento nas três esferas de gestão do SUS. As suas principais atribuições eram o controle da execução segundo padrões estabelecidos; a avaliação de estrutura, processos e resultados; e a auditoria da regularidade dos serviços mediante o exame analítico e pericial. Para tal, o SNA deveria executar o controle da aplicação dos recursos transferidos; o controle dos sistemas e do funcionamento dos órgãos de controle, avaliação e auditoria (União sobre estados e municípios, estados sobre municípios); além do controle das ações e serviços de saúde sob gestão ou de abrangência de cada esfera. Nos estados e municípios, ao SNA caberia também o controle dos consórcios intermunicipais (BRASIL, 1995). No plano

federal, o órgão responsável foi o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da Saúde; nos estados e municípios, foram criadas estruturas correlatas.

A NOB 96, apesar de ter sido publicada em 1996, teve a sua efetiva implementação no início de 1998. Trouxe para os estados as condições de Gestão Avançada e Plena do Sistema e para os municípios a Plena da Atenção Básica e a Plena do Sistema. Após as portarias do Ministério da Saúde que modificaram o texto original da NOB 96, as formas de financiamento foram: o Piso da Atenção Básica, dividido na parte fixa (R\$10,00 a R\$18,00 per capita) e na parte variável (incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ao Programa de Saúde da Família, ao Programa de Carências Nutricionais, à Assistência Farmacêutica Básica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária), o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, todos transferidos fundo a fundo, segundo as exigências de habilitação. O custeio da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade foi viabilizado pela transferência fundo a fundo aos estados e municípios em Gestão Plena do Sistema, e, para os não habilitados nesta forma, manteve-se a remuneração por serviços produzidos, do gestor federal aos prestadores. Em 1999, foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sob gestão da esfera federal, para custear ações e programas específicos do Ministério da Saúde, além de algumas ações de alta complexidade. Os recursos do FAEC passaram a ser transferidos fundo a fundo ou pelo pagamento direto a prestadores.

A NOB 96 exigiu que estados e municípios comprovassem capacidade de contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamentos dos serviços, conforme especificidade de cada condição de gestão em que se habilitassem, compreendendo em comum: o cadastro atualizado dos prestadores e usuários; a alimentação dos bancos de dados nacionais e a operação do SIA e SIH; a realização das ações de auditoria analítica e operacional; o controle prévio à realização dos serviços com autorizações segundo as necessidades dos usuários; a avaliação dos impactos e resultados dos serviços sobre as condições de saúde da população, assim como a disponibilidade de estrutura e dos recursos humanos para a realização destas ações e a integração delas com as de programação. Para as Gestões Plenas do Sistema, municipal e estadual, exigia, também, a estruturação do respectivo componente do SNA, a administração da oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade/alto custo (foi criada a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade - APAC), a operacionalização de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e a viabilização da referência intermunicipal (BRASIL, 1996).

O período de 1993 a 2000 pode ser caracterizado, genericamente, pelo início e desenvolvimento, nos estados e municípios, das ações de controle, avaliação e auditoria, orientadas pelas diretrizes e pela constituição do Sistema Nacional de Auditoria, que preconizava desde a articulação das ações de controle (sobre a execução orçamentária, sistemas e serviços assistenciais), às ações de avaliação (de estrutura, processo e resultados) e de análise pericial. Tais diretrizes, reforçadas pela NOB 96, em parte foram implementadas por alguns municípios em Gestão Semiplena, depois Plena do Sistema. No entanto, a prática da maioria dos estados e municípios se restringiu a um controle contábil financeiro baseado no SIA e SIH, limitando-se ao controle do gasto do “teto” financeiro transferido ou disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Em 1998, foi definido o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio de Medida Provisória (nº 1.791), transformada em Lei no ano de 1999. O Sistema consistiria em um conjunto de “instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária”. A Anvisa “terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras” (BRASIL, 1999).

Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia, vinculada ao Ministério da Saúde, de “atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde” (BRASIL, 2000).

A partir de 2000, o Ministério da Saúde, por meio de alguns decretos, ratificou a separação entre auditoria e as ações de controle e avaliação. Ao SNA competiria o controle dos recursos repassados aos estados, municípios e Distrito Federal e o exame analítico, a verificação “in loco” e pericial da regularidade dos procedimentos executados. Ao controle e avaliação caberia o monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvido no âmbito do SUS. Na estrutura do Ministério, o Departamento Nacional de Auditoria, componente federal do SNA, passa a se vincular diretamente ao Ministro da Saúde, e o recém-criado Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas da Secretaria de Assistência à Saúde responderia pelas ações de controle e avaliação assistenciais.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002) vieram para organizar a regionalização da assistência, buscando enfrentar o que foi denominado de “atomização do SUS” em sistemas municipais isolados, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR). A NOAS 01/2002 (versão concertada da NOAS 01/2002) manteve as mesmas condições de gestão da NOB 96, exceto para os municípios, para os quais a Gestão Plena da Atenção Básica foi substituída pela Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, cujo financiamento passou a se dar pelo Piso de Atenção Básica (PAB) Ampliado.

Quanto às ações de controle, avaliação e auditoria, a NOAS 2002 reforça todas as exigências, as atividades comuns e específicas a cada condição de gestão dos estados e municípios da NOB 96. No entanto, as recomendações da NOB 96 às gestões plenas do sistema municipal e estadual para a operacionalização de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e a viabilização da referência intermunicipal são aprofundadas pela NOAS, marcando a sua diferença com a norma anterior. A regionalização, como estratégia de conformar uma rede intermunicipal hierarquizada de referência especializada, fez exigências à organização dos fluxos de referência e contra-referência, assim como à implantação de instrumentos e estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços, trazendo para a pauta o conceito de “regulação assistencial”, em substituição às proposições esparsas de implantação das centrais de controle de leitos, consultas e exames, vindas desde a NOB 93.

A NOAS define a regulação assistencial 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” (BRASIL, 2002). Tais assertivas delimitam claramente a regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais.

Mas esta regulação assistencial deve estar articulada ao processo de avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação dos recursos (detalhadamente especificada pela programação da assistência por meio da Programação Pactuada e Integrada - PPI), além da interface com as ações de controle e avaliação. Para a NOAS, o fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar na: avaliação da organização e do funcionamento dos sistemas; relação com os prestadores de serviços (conhecimento da estrutura, profissionais e serviços destes, contratação segundo objetivos definidos e respostas às necessidades

assistenciais, autorização prévia de procedimentos, etc.); avaliação da qualidade dos serviços produzidos, da satisfação do usuário, dos resultados e impactos sobre a saúde da população (BRASIL, 2002). Decorre daí a exigência, aos estados e municípios, da elaboração dos Planos de Controle, Regulação e Avaliação.

A Portaria SAS nº 423/2002 ratificou as diretrizes de uma política de “Controle, Regulação e Avaliação” delineada na NOAS e buscou discriminar competências de cada esfera de gestão do SUS. A Portaria SAS nº 729/2002 elegeu alguns indicadores que teriam a função tanto de orientar a elaboração, quanto de avaliar a implementação dos Planos de Controle, Regulação e Avaliação de estados e municípios.

Sobre os conceitos, práticas e finalidades do “Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação” advindos da NOAS e de portarias afins, pode-se falar de uma tensão entre a regulação do acesso, às vezes de viés restritivo e com vistas a adequar a demanda à oferta disponível, e uma regulação ampliada que preconiza a integração com ações de controle e avaliação, planejamento e programação, mas com foco na regulação da assistência de média e alta complexidade. Também é notável a manutenção da separação entre “Controle, Regulação e Avaliação” e “Auditoria”.

O quadro abaixo mostra uma síntese do transcorrer dos conceitos, práticas e finalidades do “Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação” na história recente do SUS.

Quadro 01 - “Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação” do Estado, no setor Saúde, no Brasil

Período	Acontecimentos relevantes	Conceito, práticas, finalidades	Executantes
1978 a 1987	- Reforma previdenciária e constituição do SINPAS/ INAMPS-1978. - VIII Conferência Nacional de Saúde-1986.	- Foco contábil-financeiro, controle e avaliação realizados <i>a posteriori</i> sobre as internações hospitalares e faturas ambulatoriais. - Criadas as ferramentas de controle hospitalar GIH/SNCPCH (1976-1983) e, a partir de 1984, a AIH/SAMPHS e, para o controle ambulatorial, a AP, substituída, em 1984, pela GAP/ Prestador.	INAMPS Ausência dos estados e municípios

Período	Acontecimentos relevantes	Conceito, práticas, finalidades	Executantes
1988 a 1990	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação do SUDS-1988. - Constituição legal e início da implantação do SUS. - Leis Orgânicas da Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não ocorre estadualização do controle e avaliação com o SUDS. - A Lei 8.080/90 pauta as ações e competências das esferas de gestão no controle, avaliação, auditoria e regulação de serviços, mas de forma genérica. - Lei 8.142/90 - Conselhos de Saúde como controladores e avaliadores das políticas, ações e serviços de saúde. - Mantém-se a mesma prática de controle e avaliação AIH e GAP sob coordenação do INAMPS. 	<p>INAMPS</p> <p>Ausência dos estados e municípios</p>
1991 a 1993	<ul style="list-style-type: none"> - NOB 91, NOB 92 transferência de recursos do INAMPS para estados e municípios, via convênio e pagamento por produção. 	<ul style="list-style-type: none"> - NOB 91 - controle, fiscalização e avaliação da execução orçamentária dos recursos repassados pelo INAMPS centrada em desempenho técnico, econômico e financeiro. - NOB 92 - controle e avaliação sobre os serviços assistenciais pelos municípios; aos estados caberia controlar serviços periodicamente e controlar o “controle municipal”. A União analisaria e corrigiria o sistema de controle e avaliação assistencial. Manteve-se o controle, fiscalização da execução orçamentária pelo INAMPS. - Mantém-se a mesma prática de controle e avaliação contábil financeira AIH e GAP, sob gestão do INAMPS, cabendo aos estados e municípios o repasse de dados. - Início da implantação do SIA. 	<p>INAMPS, por meio de suas Auditorias Regionais</p> <p>Atuação marginal dos estados e municípios</p>

Período	Acontecimentos relevantes	Conceito, práticas, finalidades	Executantes
1993 a 2000	<ul style="list-style-type: none"> - Extinção do INAMPS e criação do SNA. - A NOB 93 institui as gestões incipiente, parcial, semiplena, a transferência fundo a fundo, as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). - A NOB 96 institui gestões plenas, PAB, PACS, PSF, PBVS, TFEC e PPI. - Em 1988/1999, foram criados o SNVS e a Anvisa. 	<ul style="list-style-type: none"> - SNA com competências de controle, avaliação e auditoria da execução orçamentária, dos sistemas, das ações e serviços de saúde em cada esfera de gestão. - NOB 96 - requisitos comuns para a habilitação de gestão: capacidade de contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamentos dos serviços. Requisitos para a Gestão Plena do Sistema: implantação do SNA, controle de consultas especializadas, SADTs, leitos e referências intermunicipais. - Início da atuação dos estados e municípios com a visão contábil financeira do INAMPS, baseada no controle sobre as AIHs e SIA, um controle limitado ao gasto dos “tetos”. - Algumas experiências inovadoras de Gestões Semiplenas/Plenas em controle, avaliação e auditoria, conforme o SNA e a NOB 96. 	<p>Ministério da Saúde Início e desenvolvimento da atuação dos estados e municípios</p>

Período	Acontecimentos relevantes	Conceito, práticas, finalidades	Executantes
2000 a 2002	- Criação da ANS. - NOAS 2001/ 2002, regionalização da assistência, PDR, PDI, GPABA. - Portarias nº 423 e 729 de 2002, sobre Controle, Regulação e Avaliação.	- Constituição da ANS e início das atividades de regulação sobre a saúde suplementar. - A auditoria desvincula-se do controle e avaliação. - Formulação da Política de Controle, Regulação e Avaliação - regulação sobre a assistência de média e alta complexidade. - Conceito de regulação, tensão entre foco sobre controle do acesso e regulação ampliada da assistência. - Discriminação de competências entre as esferas de governo no controle, regulação e avaliação. - Petição do Plano de Controle, Regulação e Avaliação a estados e municípios.	Ministério da Saúde ANS Anvisa estados municípios

Da aproximação histórica acima se pode apreender que os conceitos, práticas e finalidades do “Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação” se deram sobre a:

- execução das ações diretas de saúde - consultas, exames, terapias, internações, principalmente na atenção de média e alta complexidade, com focos na contabilidade financeira do pagamento da produção e/ou nos processos de execução das ações, portanto, também sobre prestadores de serviços, envolvendo cadastro, habilitação, autorização, controle do acesso, supervisão, etc;
- execução orçamentária e a aplicação dos recursos destinados à saúde, com focos nos recursos próprios de cada esfera de gestão e nos recursos financeiros transferidos pela União a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS;
- produção e a comercialização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, incluindo os ambientes, os processos, os insumos e as tecnologias a eles relacionados;
- performance dos Sistemas de Saúde em cada esfera de gestão do SUS;
- performance do Sistema de Saúde Suplementar.

De maneira genérica, a ação sobre tais “objetos” nem sempre se deu de forma articulada pelos distintos atores responsáveis. A tendência foi manter a separação, uma certa especialização, sobre cada objeto. O controle e a avaliação tiveram como objeto principal o controle da execução das ações diretas de saúde; a auditoria focou a execução orçamentária, a aplicação dos recursos destinados à saúde, além de verificar a regularidade dos serviços mediante o exame analítico e pericial; a vigilância sanitária fiscalizou a produção e a comercialização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; à ANS cabia regular o Sistema de Saúde Suplementar. Ao mesmo tempo, existiu uma margem de confusão, de sobreposição de competências. Por exemplo, quase todos fizeram dos sistemas seu objeto: a auditoria se propunha a analisar também a execução das ações diretas de saúde; a vigilância sanitária também cadastrou e controlou estabelecimentos, objeto do controle e da avaliação; e estes também visavam à execução orçamentária; dentre outras sobreposições.

O projeto original do SNA parece que foi o que mais articulou o controle, a avaliação e a auditoria, mas não contemplava a regulação do acesso e a articulação com a vigilância sanitária. O projeto contido na NOAS busca uma integração do planejamento/programação com o controle, a regulação do acesso e a avaliação na assistência de média e alta complexidade, mas não se refere à atenção básica, desarticula-se da auditoria e não busca somar com a vigilância sanitária. A ANS iniciou-se e seguiu atuando de forma autônoma na regulação do setor privado não vinculado ao SUS, com uma pequena ponte no processo de ressarcimento a este.

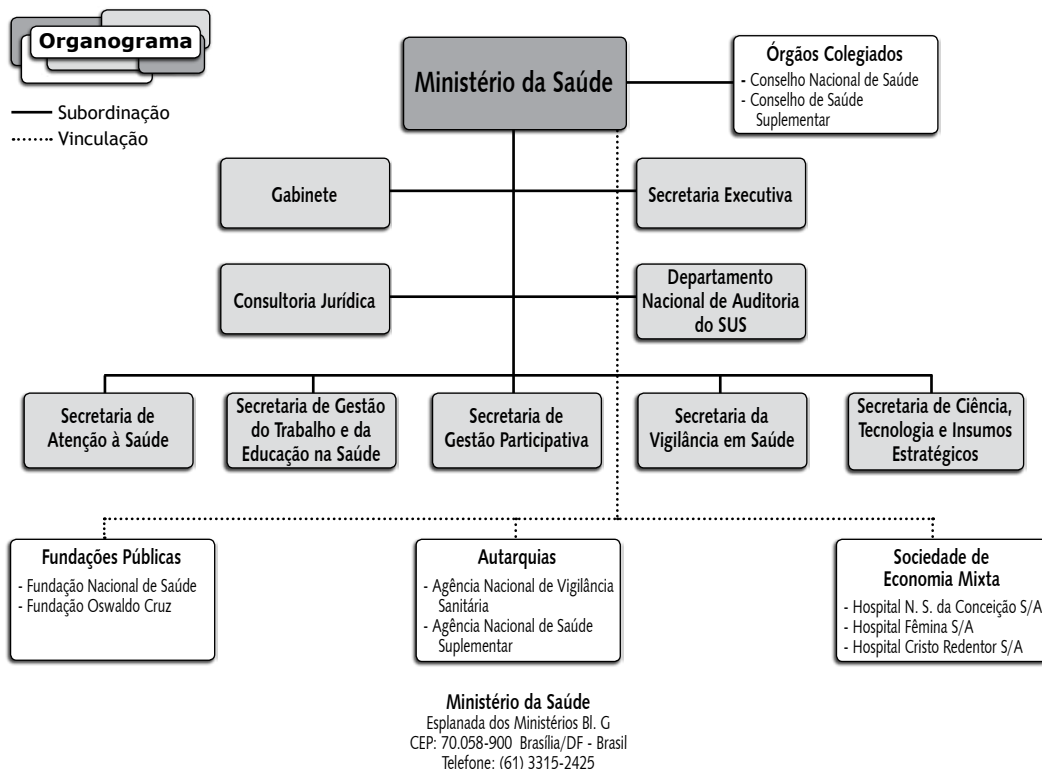
■ 1.2 O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC - 2003 a 2006

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) tem como objetivo geral coordenar e aprimorar a implementação da Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação, além de viabilizar financeiramente o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar do SUS.

O DRAC foi constituído pelo Decreto nº 4.726, de 09/06/2003, que aprovou a nova Estrutura Regimental Básica do Ministério da Saúde. Compõe, com os departamentos de Atenção Especializada (DAE), de Atenção Básica (DAB), de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE) e com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

A nova estrutura regimental que configura o Ministério da Saúde pode ser vista na figura abaixo:

Figura 01 - Organograma atual do Ministério da Saúde



Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=378

O DRAC está estruturado administrativamente em quatro coordenações formais: a Coordenação Geral de Controle de Serviços e Sistemas (CGCSS), a Coordenação Geral de Regulação e Avaliação (CGRA), a Coordenação Geral dos Sistemas de Informação (CGSI) e a Coordenação Geral de Suporte Operacional dos Sistemas (CGSOS). Conta também com a Coordenação de Programação Assistencial (CPA), o Setor de Ressarcimento ao SUS das Operadoras de Planos de Saúde e com uma Assessoria Técnica (ASTEC), que, embora tenha equipe e desempenhe funções, não consta no organograma oficial.

O DRAC foi o sucedâneo do Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS) da Secretaria de Assistência à Saúde, pertencente à estrutura administrativa anterior do Ministério da Saúde, na gestão 1999-2002, herdando as funções de:

- controle sobre as transferências de recursos fundo a fundo aos gestores plenos estaduais e municipais para o custeio da Média e Alta Complexidade (MAC); pagamento direto aos prestadores privados, segundo os tetos financeiros MAC dos estados não plenos; pagamento da produção dos hospitais universitários; pagamento da modalidade co-financiamento aos estados de SP e PE; pagamentos dos procedimentos realizados com recursos centralizados no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC (estratégicos, terapia renal substitutiva, alta complexidade, campanhas de cirurgias eletivas, etc.); pagamentos dos incentivos (Integrasus, IAPI, CAPs); e pagamentos da produção por determinação de processos judiciais;
- desenvolvimento das diretrizes e coordenação da implantação das atividades de Controle e Avaliação sobre a produção dos serviços de saúde, nos estados e municípios;
- gerência do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Profissionais (CNES);
- gerência operacional do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e das respectivas tabelas de procedimentos;
- aperfeiçoamento do controle e avaliação da execução das ações de saúde, por meio dos SIA e SIH;
- suporte operacional em informação e informática, subsidiando processos de direção, coordenação e avaliação do DRAC;
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH e a Pesquisa de Satisfação e Prêmio de Qualidade Hospitalar;
- desenvolvimento e gerência da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade;
- encaminhamento de processos de ressarcimento da saúde suplementar junto ao SUS.

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, na nova reorganização do Ministério da Saúde, não ficou com todas as funções do extinto DECAS. A elaboração e controle da execução dos contratos de gestão e a habilitação dos serviços de alta complexidade ficaram com o Departamento de Atenção Especializada da nova Secretaria da Atenção, já o Sistema de Envio de Cartas aos Usuários e o Serviço de Atendimento de Demandas Espontâneas foram para a recém criada Secretaria de Gestão Participativa.

Por outro lado, o DRAC recebeu novas funções como: a coordenação das ações e instrumentos de Programação Pactuada e Integrada (PPI) nos estados, municípios e no Distrito Federal;

a regularização e organização dos contratos de prestadores no SUS e o desenvolvimento das diretrizes de regulação do acesso (centrais de internação, consultas e exames), com seu instrumento informatizado, representado pelo projeto SISREG, que, no Governo 1999-2002, estavam com o Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência (departamento extinto e que fazia parte da Secretaria da Assistência à Saúde).

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas consumiu grande parte dos seus esforços, no ano de 2003, mantendo e viabilizando financeiramente o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar do SUS, por meio da condução e controle sobre as transferências de recursos aos estados e municípios em Gestão Plena, assim como pelo pagamento direto por produção aos prestadores. Ao mesmo tempo, teve que reorganizar outras tarefas herdadas do DECAS e ainda se inteirar das novas incumbências e conduzi-las.

Assim, a Coordenação Geral de Controle de Serviços e Sistemas (CGCSS) deu seguimento à sua rotina de controle das transferências de recursos, fazendo a mediação entre o processamento da produção pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (Datusus) e o Fundo Nacional de Saúde, por meio da elaboração dos empenhos para pagamentos. A Coordenação Geral dos Sistemas de Informação (CGSI) deu seguimento à gerência dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e de suas respectivas tabelas de procedimentos, além de assumir a gerência do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). À Coordenação Geral de Regulação e Avaliação (CGRA) coube a tarefa de articular as diversas iniciativas de regulação do acesso da gestão anterior, como a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e o projeto de centrais de regulação, a ser operacionalizado pelo sistema informatizado SISREG. Também passou a responder pelas diretrizes da contratação de prestadores privados de serviços de saúde por parte dos gestores do SUS, além da reformulação das ações de avaliação, por meio da reformulação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e seu variante PNASH Psiquiatria. A informal Coordenação de Programação Assistencial (CPA) ficou responsável por viabilizar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) em todos os estados e o Distrito Federal e, ao mesmo tempo, elaborar uma nova proposta de PPI.

Foi com este conjunto de tarefas que a direção do recém-criado Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas iniciou a sua missão na gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde, em especial na reformulação de uma política de “regulação, controle e avaliação”.

A inscrição do tema “regulação” pode ser encontrada na constituição do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pela primeira vez, o termo “regulação”, articulado ao clássico “controle e avaliação”, aparece na denominação de um departamento do Ministério da Saúde, cujos antecessores foram o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA - 1993 a 2000) e o Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS - 2000 a 2003).

O DCAA representou a época de constituição do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, quando se buscava a articulação das funções de “controle e avaliação” com as de auditoria. Já o DECAS representou a separação destas funções, ficando com as funções de “controle e avaliação”, enquanto o Departamento Nacional de Auditoria (Denasus) passava a responder pelas de auditoria.

Nos tempos do DCAA, o termo “regulação” não era usado para as estratégias de controle da oferta de serviços e de acesso dos usuários à assistência, mesmo que, desde a Norma Operacional Básica - SUS 01/93, já se recomendasse a montagem de centrais de controle de leitos e consultas.

O termo “regulação”, como regulação do acesso à assistência, ganha maior divulgação a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), quando o conceito de regulação assistencial passa a se disseminar no âmbito do SUS.

No Ministério da Saúde, na gestão 1999-2002, o Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, principal responsável pela implantação da NOAS, também respondeu pelas estratégias de regulação assistencial, buscando implantar o projeto SISREG. Já o Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS) foi o responsável por outra estratégia de regulação do acesso: a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade.

É neste contexto, com as heranças dos conceitos, práticas e finalidades do “controle, avaliação, auditoria e regulação”, desde a constituição do SUS, e com especial destaque para a formulação do conceito de regulação assistencial advindo da NOAS, que o Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas, no período de 2003 a 2006, foi chamado para definir o seu papel e as suas diretrizes de ação, ou seja, para formular a Política Nacional de Regulação, que deve orientar, não só o gestor federal, mas o conjunto dos gestores estaduais e municipais de saúde.

2. REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

■ 2.1 Conceitos gerais

Do Dicionário Aurélio (1999) pode-se extrair os seguintes significados:

- Controle: fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, departamentos, ou sobre produtos, etc., para que tais atividades, ou produtos, não se desviem das normas preestabelecidas.
- Avaliar: determinar a valia ou o valor, o preço, o merecimento; é ajuizar, calcular, estimar.
- Auditoria: exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações.

Assim, o controle pode ser tomado como a supervisão contínua que se faz para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado, para conferir se algo está sendo cumprido conforme um parâmetro próximo de um limite pré-fixado, se estão ou não ocorrendo extrapolações. O controle pode se dar de forma antecipada, concomitantemente ou subseqüentemente ao processo de execução das atividades.

A avaliação é um conjunto de ações que permitem emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado), a partir de um parâmetro (ótimo, desejável, preceito legal, etc.). Avaliar consiste em atribuir um valor ao encontrado a partir do esperado, uma medida de aprovação ou de desaprovação. Assim, a avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento e replanejamento, para se melhorar desempenhos e qualidades, etc.

A auditoria é um conjunto de técnicas que visam avaliar processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante o confronto entre uma situação encontrada com determinados critérios técnicos, operacionais ou legais. É uma importante técnica de exame especializado de controle, na busca da melhor alocação de recursos, visando evitar ou corrigir desperdícios, irregularidades, negligências e omissões. A finalidade da auditoria é comprovar a legalidade e a legitimidade dos atos e fatos e avaliar

os resultados alcançados quanto aos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade da gerência ou gestão orçamentária, financeira, patrimonial, operacional, contábil e financeira de unidades ou sistemas (BRASIL, 2001 a).

A regulação, também segundo o Aurélio (1999), tem como significados: sujeitar às regras, dirigir, regradar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para, regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, dentre outros.

A partir destes significados, pode-se tomar regulação como um conjunto de atos que:

- facilitam por meio de disposições;
- dirigem, sujeitam às regras;
- estabelecem regras para, regram, regulamentam;
- estabelecem ordem ou parcimônia em;
- ajustam, contêm, moderam, reprimem;
- aferem, confrontam, comparam.

Enfim, um conceito ampliado de regulação pode ser o de um conjunto de ações meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. De forma genérica, regulação abarcaria tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.) as próprias regulamentações, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento destas, como: fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações.

■ 2.2 Regulação como ação social

A regulação, enquanto ação social, pode ser conceituada como um conjunto de ações mediadas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia, compreendendo tanto o ato de regulamentar, as regulamentações, quanto as ações que asseguram o cumprimento destas.

A regulação da produção de bens e serviços comporta a regulação da produção de bens materiais (agropecuária, mineração, indústria) e também da produção de serviços como: comércio, transportes, publicidade, computação, telecomunicações, educação,

saúde, assistência social, recreação, setor financeiro e de seguros e administração pública, tomados enquanto setor terciário da economia (SANDRONI, 1985).

Assim compreendida, têm-se como sujeitos da regulação: o Estado, sujeitos coletivos da sociedade civil, organizações não governamentais, segmentos do capital, corporações de profissionais, etc. A regulação não é função apenas do Estado, mas ocorre também na sociedade civil e no mercado por meio da concorrência ou do monopólio.

As regulamentações e as ações que buscam o cumprimento destas seriam conformadas segundo os rumos hegemônicos da produção social. Ter como referência o modo como se dá a globalidade da produção, em uma sociedade específica, significa remeter o conceito da regulação a contextos histórico-sociais concretos, livrando-o de uma conceituação que se pretenda neutra e abstrata.

Os rumos hegemônicos da globalidade da produção, nas sociedades capitalistas, têm se baseado na propriedade privada dos meios de produção e na acumulação de capital via mercado, as quais conformam a distribuição dos frutos desta produção, assim como todas as relações sociais. A experiência histórica de cada nação é que tem tornado relativos estes rumos, segundo o papel do Estado, a potência da classe capitalista ou frações desta em manter seus interesses, o protagonizar da classe trabalhadora na luta por seus direitos e os patamares atingidos de conquistas democráticas, universais e de justiça social.

Assim sendo, pode-se dizer que a regulação em geral, e da saúde em particular, também tem os seus condicionantes nas finalidades e no modo particular de como se dá a produção capitalista em uma nação. No Brasil, a regulação deve ser compreendida segundo as características próprias do desenvolvimento de um capitalismo tardio, imerso no fluxo do mercado mundial em expansão, marcado pela presença de um Estado protagonista e empreendedor e atravessado por interesses privados e, ao mesmo tempo, de soberania limitada.

São estes os marcos que podem balizar uma análise da regulação no Setor Saúde no Brasil, suas características, limites e transformações, assim como subsidiar o desenho de novos caminhos para a regulação do Estado sobre o Setor Saúde, em consonância com uma política de saúde que viabilize o SUS e a saúde como direito de cidadania.

■ 2.3 Regulação no Setor Saúde

Partindo dos pressupostos da regulação enquanto ação social, no Setor Saúde ela será considerada como ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde.

Esta regulação no Setor Saúde tem o Estado como um dos seus sujeitos, além de outros sujeitos sociais não estatais, como: segmentos capitalistas presentes no setor (planos e seguros de saúde), corporações profissionais, usuários organizados (conselhos de saúde, por exemplo), dentre outros.

A regulação no Setor Saúde compreenderia tanto o ato de elaborar regulamentações facilitadoras ou limitadoras de determinados rumos da produção de bens e serviços de Saúde, quanto as ações de fiscalização, controle, avaliação e auditoria que assegurem o cumprimento daquelas regulamentações, isto é, uma série de ações meio que buscam viabilizar e/ou restringir a produção em saúde propriamente dita. Regular não se resume ao ato de regulamentar, mas também inclui uma gama de ações que verificam se a produção em saúde se dá conforme as regras estabelecidas.

Regulação, da forma como aqui está sendo conceituada, não se confunde com o ato de executar as regras. Produzir bens e ações de saúde conforme as regras é função dos produtores do Setor Saúde. Em geral, elaborar as regras e realizar uma série de ações meio (fiscalização, controle, avaliação) que devem fazer a “vigilância” do cumprimento destas regras é papel de um outro sujeito social (do regulador) e não do produtor de bens e serviços de saúde (exceto no caso da auto-regulação).

A regulação no Setor Saúde tem como objeto geral a produção de todas as ações de saúde e, em decorrência disto, tem como principais objetos: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade, etc.); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao Setor Saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde.

A regulação no Setor Saúde, enquanto um conjunto de ações de diversos sujeitos sobre outros tantos sujeitos sociais, é uma ação social complexa, de distintas qualidades que estão, invariavelmente, atravessadas por múltiplos interesses e finalidades.

O cenário atual mostra uma transição de uma determinada regulação do Estado sobre o complexo médico-industrial e sobre as corporações de profissionais, para um cenário onde entram outros atores reguladores (os seguros e os planos de saúde). Este novo cenário pode gerar outras possibilidades de regulação estatal.

Portanto, o maior desafio é compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e interesses, e de implementar estratégias baseadas em um marco de regulação centrado no usuário, isto é, que priorize o usuário, garantindo-lhe os direitos constitucionais tratados no capítulo da saúde.

■ 2.4 Regulação Estatal sobre o Setor Saúde - reformulando conceitos para reformular práticas e finalidades

Buscar-se-á agora delinear o que compreenderia a regulação estatal sobre o Setor Saúde, seu conceito e suas ações. Não se pretende seguir um caminho de conceituação abstrata e aistórica nem elevar tais conceitos a um patamar de “verdades inquestionáveis”, mas sim trazer algumas reflexões críticas sobre o que se tem acumulado desde a implantação do SUS, procedendo a uma revisão segundo os objetivos declarados de uma política de saúde que efetive os princípios e diretrizes do SUS.

A idéia é iniciar uma reflexão que tome por base as noções de regulação expressas em leis, normas operacionais, portarias e outras instruções, assim como as práticas de regulação do Ministério da Saúde dentro da história recente do SUS. Para esta reflexão, recorrer-se-á, também, a experiências de implementação de políticas de regulação em gestões municipais, com destaque para a estruturação de serviços de controle, avaliação e auditoria.

O conceito e a compreensão do que seria a regulação estatal na saúde não têm sido uniformes. O Ministério da Saúde, em anos recentes, vem disseminando um conceito de regulação que é sinônimo da regulação do acesso dos usuários à assistência à saúde. Isto é particularmente expresso na Portaria SAS nº 423 / 2002 (BRASIL, 2002).

Existem noções que tomam a regulação estatal apenas como o ato de regulamentar, de elaborar as regras. Para tal concepção, regulação não compreenderia as ações meio (fiscalização, controle, avaliação, auditoria) que assegurassem o cumprimento destas regras. Já outras noções tomam como centrais as ações meio, mantendo uma certa dicotomia entre o ato de elaborar as regras e as ações que fazem a vigilância de seu cumprimento.

Uma das concepções ampliadas de regulação estatal no Setor Saúde, além da fiscalização e do controle, incorpora também, como de sua competência, a condução política, a análise da situação, o planejamento e a comunicação, confundindo-se, assim com o conceito de gestão.

A regulação estatal sobre o Setor Saúde será aqui entendida como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o cumprimento destas. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal), constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde. Tal assertiva pode ser embasada no artigo 197 da Constituição de 1988, ao afirmar que: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle...” (BRASIL, 1988).

Atuar sobre os rumos da produção de serviços de saúde não significa obrigatoriamente definir estes rumos, mas zelar para que determinados objetivos desta produção sejam alcançados. Definir quais são estes objetivos é uma definição da Política de Saúde, de competência da gestão.

A gestão contempla no mínimo a definição da Política de Saúde e do correspondente projeto tecno-assistencial implementados por meio de planejamento, financiamento, orçamento, programação, regulação, e da(s) modalidade(s) de atenção, além do desenvolvimento de importantes funções em saúde, como gestão do trabalho e educação, informação e informática, ciência e tecnologia, além das funções administrativas e financeiras.

O ato de regulamentar essas funções da gestão trazem para o campo das regras formalizadas os rumos da Política de Saúde definida pelos gestores. É, portanto, quando a gestão exerce diretamente a função de regulação, dando os conteúdos da regulamentação geral do SUS. A regulação, enquanto uma função da gestão, para fazer cumprir as regulamentações orientadas pela Política de Saúde, pode elaborar outras regras, outras regulamentações secundárias.

Portanto, ficam marcadas as diferenças de conceituação de regulação aqui expressas com aquela da NOAS 01/2002 e da Portaria nº 423. Não se pode confundir regulação com Regulação do Acesso dos usuários a serviços de saúde nem com o ato de regulamentar apenas e tampouco com gestão em saúde.

Deste ponto em diante, para efeitos de discernimento, adotar-se-á o termo regulação para o conceito de regulação estatal sobre o Setor Saúde, expresso acima, e, quando se

referir à ação de regulação do acesso à assistência, usar-se-á esta mesma denominação - regulação do acesso à assistência, regulação do acesso ou regulação assistencial.

A regulação do Estado sobre o Setor Saúde no Brasil, desde o alvorecer do SUS, tem se dado em múltiplas frentes, caracterizando-se pela insuficiência da discussão teórico-conceitual e pela fragmentação e desarticulação das práticas, seja dentro de uma esfera de governo, seja entre as esferas municipal, estadual e federal. Depara-se freqüentemente com noções e práticas de “controle e avaliação”, “auditoria” e “regulamentação”, ora se referindo às ações de saúde, ora sobre sistemas de saúde.

Como forma de enfrentamento de tais questões, buscar-se-á aqui compreender a regulação do Estado sobre o Setor Saúde em dois ramos: a Regulação sobre Sistemas de Saúde e a Regulação da Atenção à Saúde.

Tal proposta de conceituação não deve ser tomada como uma divisão rígida da regulação, mas como uma forma de caracterizar campos de atuação da regulação que têm distintos sujeitos, objetos, ações e finalidades, mas que se complementam, apresentando pontos comuns e ações que se sobrepõem. A Regulação da Atenção à Saúde é dirigida à execução das ações diretas de atenção à Saúde por parte dos prestadores, portanto deve ser considerada como uma das ações da Regulação sobre Sistemas.

O que aqui está sendo denominado de Regulação sobre Sistemas de Saúde vai ao encontro de outra iniciativa do Ministério da Saúde, que busca, desde março de 2004, constituir uma ação governamental chamada de Monitoramento, Avaliação e Controle das Ações e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS. Pode-se dizer que seriam movimentos quase idênticos que buscam integrar os atos de regulamentar e de fazer a vigilância sobre o cumprimento desta regulamentação, com algumas diferenças de termos e de operacionalizações.

2.4.1 - Regulação sobre Sistemas de Saúde

A Regulação sobre Sistemas de Saúde tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional e, como sujeitos, o gestor federal e os gestores estaduais e municipais. Comporta ações de regulação do gestor da saúde da esfera federal sobre estados e municípios; do gestor da esfera estadual sobre municípios e prestadores; e dos municípios sobre os prestadores, assim como a auto-regulação de cada uma dessas esferas. Também comporta a regulação do Estado sobre o setor privado de produção de bens e serviços de saúde não conveniados e nem contratados pelo SUS.

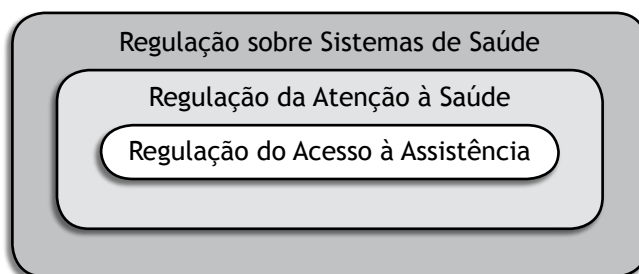
As principais ações de Regulação sobre Sistemas de Saúde são:

- Regulamentação Geral, isto é, a elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções da gestão (planejamento, financiamento e formas de transferência de recursos, descentralização/regionalização, programação, gestão do trabalho e educação, informação e informática, ciência e tecnologia) e as demais, exercidas diretamente pela gestão (auto-regulamentação e regulamentação de uma esfera de gestão sobre outra, segundo as leis do SUS).
- Controle sobre sistemas e avaliação dos sistemas.
- Regulação da Atenção à Saúde, ou seja, as ações de controle assistencial, contratação, regulação do acesso à assistência e de avaliação da atenção à saúde.
- As ações de auditoria que comportam a auditoria sobre sistemas ou de gestão e a Auditoria sobre ações e serviços de saúde ou assistencial, atualmente no SUS, a cargo do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
- Ações de integração com outras instâncias de controle público, como: Controle Interno, Tribunais de Contas, Ministério Público e outros.
- Ações de controle social, ouvidoria, algumas de vigilância sanitária (Anvisa) e a Regulação da Assistência Suplementar à Saúde (a cargo da ANS).

A Regulação sobre Sistemas de Saúde deve ser entendida como a regulamentação e as ações de fiscalização, controle e avaliação mais gerais sobre o funcionamento dos Sistemas de Saúde (nacional, estadual e municipal).

A reformulação dos conceitos de regulação pode ser representada pelo esquema abaixo:

Figura 02 - Tipos de Regulação



Assim, a regulação é uma função da gestão, a qual contempla uma atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta de ações de saúde nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) ambulatorial/hospitalar e sobre o acesso dos usuários a assistência nestes níveis.

A Regulação sobre Sistemas de Saúde, enquanto regulação ampliada, contém as ações de Regulação da Atenção à Saúde e estas, enquanto ações sobre a produção direta das ações de serviços e, portanto, sobre prestadores de serviços, contém as ações de Regulação do Acesso à Assistência.

2.4.1.1 - Controle sobre Sistemas

As ações de controle sobre sistemas compreenderiam as ações de monitoramento e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros no âmbito do SUS, tais como:

- Transferências financeiras fundo a fundo entre gestores para pagamento da Atenção de Média / Alta Complexidade e Assistência Farmacêutica (medicamentos excepcionais).
- Transferências *per capita* para custeio da Atenção Básica (PAB, PSF, PACS, etc.), da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, da assistência farmacêutica básica.
- Pagamentos realizados com recursos centralizados, na esfera federal ou estadual, de procedimentos (estratégicos, TRS, QT/RT, OPM, campanhas de cirurgias eletivas) e de incentivos (Integrarus, IAPI, CAPs).
- Pagamentos de produção determinados por processos judiciais.
- Recursos transferidos fundo a fundo para programas especiais (AIDS, Saúde Mental, Urgência/Emergência, etc.).
- Recursos transferidos por meio de convênios e contratos de metas.
- Recursos transferidos a unidades públicas com orçamento próprio.
- Recursos transferidos para investimentos.

Também podem ser citadas, como ações de controle sobre sistemas, obedecendo-se a exigências legais e deliberações das instâncias colegiadas de gestão, a fiscalização do cumprimento de critérios para habilitações nas condições de gestão, elaboração e execução de plano de saúde, normas e critérios de edificação e incorporação de tecnologias na saúde; a elaboração dos relatórios de gestão; a operação dos Fundos de Saúde; o funcionamento das instâncias de controle social, pactos de indicadores e metas; a constituição

dos serviços de regulação das respectivas esferas de gestão; a realização da Programação Pactuada e Integrada; os termos de compromissos entre entes públicos, dentre outras.

2.4.1.2 - Avaliação dos Sistemas de Saúde

As definições, os conceitos e as categorias analíticas usadas para definir ou analisar os sistemas de saúde variam segundo valores, princípios e concepções existentes sobre o que é saúde e qual o papel do Estado em relação à saúde da população que vive em seu território.

Portanto, para se definir e avaliar os sistemas de saúde, parte-se, aqui, do que está legislado para o Sistema Único de Saúde, no qual a saúde é conceituada como resultante das condições sociais e históricas de vida; é tomada como direito de cidadania, devendo o Estado garanti-la por meio da implementação de políticas públicas.

Assim, sistema de saúde não será entendido apenas como uma rede prestadora de serviços, mas como uma complexa e organizada resposta social e política às necessidades, demandas e direitos em saúde, em determinada sociedade e época, pressupondo a prestação de serviços individuais e coletivos, assim como a participação em ações intersetoriais que visem melhorar a saúde da população.

Nesta concepção, sistemas de saúde correspondem a complexas estruturas sociais compostas por distintos elementos que se inter-relacionam para produzir alguma resposta em saúde. Estes elementos são as unidades, setores programáticos, redes ou subsistemas que funcionam a partir de uma gama de processos de trabalho operados por trabalhadores e profissionais de saúde que, munidos de insumos, instrumentos, tecnologias e saberes, produzem ações e serviços de saúde.

Os sistemas de saúde não são estruturas que funcionam automaticamente, desprovidas de sentido, mas funcionam a partir de finalidades que dizem a quantidade e a qualidade das respostas a serem dadas, de como serão financiadas, de como será organizada a produção e a distribuição das ações e dos serviços de saúde, enfim, dos graus de como, de fato, a saúde será tomada como um bem inalienável de indivíduos, do coletivo e como um direito de cidadania.

Dizer das finalidades dos Sistemas de Saúde é dizer da dimensão política enquanto diretriz e projeto de determinados grupos sociais que vão conformar o modelo ou os modelos de atenção à saúde daquele Sistema de Saúde em um determinado período. Em outras palavras, os modelos de atenção à saúde são os modos históricos de organização da produção dos serviços de saúde de um determinado sistema de saúde, em geral, em um determinado período de governo, com a respectiva gestão em saúde.

Assim, embora se possa tomar os sistemas de saúde como estruturas mais perenes e, no caso do SUS, como componentes do Estado, ao conter as finalidades variáveis segundo as políticas, os sistemas de saúde comportam também uma parte mutável, segundo os governos, as suas gestões em saúde e os respectivos modelos de atenção à saúde propostos.

Sabendo que avaliação é um conjunto de ações que permitem emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma, avaliar os sistemas de saúde consiste, então, em atribuir um valor ao sistema encontrado, em uma comparação com o esperado (preceito legal, ótimo, padrão, meta, etc.), consistindo, assim, em uma medida de aprovação ou desaprovação daquele Sistema de Saúde em relação a um outro (ideal ou real) ou a ele mesmo no tempo.

Partindo das considerações acima, minimamente pode-se discriminar como aspectos fundamentais para se avaliar os sistemas de saúde no âmbito do SUS:

Quanto ao que avaliar:

- a abrangência do Sistema, se nacional, estadual ou municipal, e a respectiva esfera de governo e as gestões em saúde (um governo pode ter mais de uma gestão), considerando que tais esferas são interdependentes, onde a avaliação de uma esfera, embora tenha especificidades, também está condicionada pelo desempenho das outra duas.
- a pertinência das ações de saúde que foram priorizadas nos planos de saúde, de acordo com os determinantes e as condições de saúde da população (perfil de natalidade, bem estar, morbidade e mortalidade) em diferentes regiões geográficas e grupos sociais.
- o modelo (ou modelos) de atenção à saúde, ou seja, os modos de organização do Sistema de Saúde, avaliando:
 - características da gestão/gerência, do financiamento, da cobertura, do acesso, da integralidade, da hierarquização, da regionalização, da intersetorialidade, do controle social;
 - como estas funções se objetivam nas áreas de atenção (rede básica, especializada ambulatorial e hospitalar) e de vigilância (epidemiológica, controle de zoonoses, sanitária);
 - como são auxiliadas pelas ações meio de: regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho e educação em saúde; informação e informática; administrativa e financeira; planejamento, orçamento e programação; dentre outras.

Quanto ao porquê de se avaliar:

- para verificar os graus de efetivação da saúde como direito de todos e os graus de implementação dos princípios e diretrizes do SUS da universalidade de acesso; integralidade e igualdade de assistência; descentralização e comando único; regionalização e hierarquização; intersetorialidade; cooperação e eficiência dos gestores; eficácia dos serviços; participação da comunidade. Todos modulados pela equidade que busca superar as diferenças evitáveis e injustas, isto é, busca a igualdade na atenção com justiça social;
- para fazer da avaliação uma prática permanente de gestão das esferas federal, estaduais e municipais, quando os resultados da avaliação comporiam o quadro de elementos necessários à tomada de decisões rotineiras, a reorientação ou a reformulação das ações (regulação, atenção e outras da gestão), assim como se tornariam importantes subsídios para a elaboração e a implementação dos planos de saúde;
- para possibilitar que os resultados do processo avaliativo tornem-se um dos elementos norteadores de financiamento (custeio e investimentos), possibilitando não só o estímulo às melhores performances (de sistemas, estabelecimentos e equipes), mas também para indicar aqueles de performance inferior que se tornariam objetos de ações indutivas que os permitiriam galgar graus de desempenho.

Quanto ao como avaliar:

- utilizando, de maneira inovadora e articulada (incluindo o mapeamento geográfico ou o geo-processamento), as bases de dados demográficos, sócio-econômicos, cadastrais (de estabelecimentos, profissionais e usuários), epidemiológicos, orçamentários, de transferências financeiras e de produção dos serviços de saúde;
- utilizando dados de pesquisas periódicas (quali-quantitativas) ou da observação direta, como forma de obtenção de informações não disponíveis rotineiramente (satisfação dos usuários, aceitabilidade, padrões de conformidade dos estabelecimentos, etc.);
- discriminando e ao mesmo tempo integrando os diversos focos sobre o objeto da avaliação, contemplando sistemas, estabelecimentos, ações de saúde (vigilância, atenção, assistência farmacêutica), processos de trabalho (como o da gestão, o da gerência, o epidemiológico e o clínico), satisfação dos usuários e impacto dos serviços sobre a saúde da população;

- utilizando indicadores que avaliem a estrutura (estabelecimentos, equipamentos, insumos e medicamentos, quantitativos, cargas horárias e categorias dos profissionais, recursos financeiros, etc.), os processos (autorização de procedimentos e regulação do acesso, produção de procedimentos da atenção básica e da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, referências e contra-referências, auditorias, etc.) e os resultados (taxas de incidência e prevalência de doenças, taxas de mortalidade, por idade e por doenças, satisfação dos usuários, etc.);
- utilizando indicadores compostos de desenvolvimento, como: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e Esperança de Vida Sem Incapacidade, para avaliar as condições de vida e indiretamente os resultados dos Sistemas de Saúde;
- utilizando indicadores que meçam os graus de acesso, eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, continuidade, adequação das ações e serviços de saúde.

2.4.1.3 - Relação da Regulação sobre Sistemas com o orçamento e controle públicos

As ações de Controle e Avaliação da aplicação dos recursos financeiros pelos sistemas de saúde, as quais podem acontecer pontualmente e/ou de forma regular, devem subsidiar e compor as ações de Controle da Execução Orçamentária. Daí a articulação necessária da Regulação sobre Sistemas, como o Plano Plurianual e o Orçamento Anual. Conseqüentemente, o desenvolvimento da Regulação sobre sistemas deve interagir com outras instâncias de controle público das esferas de governo, como: as Secretarias de Controle Interno, os Tribunais de Contas e o Ministério Público, que também têm como objeto o Controle da Execução Orçamentária Estatal.

2.4.1.4 - Regulação da Atenção à Saúde

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção das ações diretas e finais de Atenção à Saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. Os principais sujeitos desta regulação são os gestores municipais e, de forma suplementar, os gestores estaduais e o gestor federal.

Podemos listar como típicas da Regulação da Atenção à Saúde as ações de contratação, de controle assistencial, de regulação do acesso à assistência, de avaliação da atenção à saúde e de auditoria assistencial. A maioria dessas ações pode ser ordenada por meio de portarias, normas e instruções, constituindo-se assim no arcabouço normativo da Regulação da Atenção à Saúde.

O recorte da regulação estatal sobre Sistemas, aqui denominado Regulação da Atenção à Saúde, é o que mais se aproxima do que a Portaria SAS nº 423 nomeia de “Controle, Regulação e Avaliação”, ou seja, a regulação da assistência na média e alta complexidade. A diferença seria que a Regulação da Atenção à Saúde deve compreender também a regulação da atenção básica e as ações de auditoria assistencial, além da proposição da efetiva integração com outras ações de regulação sobre sistemas.

Segue uma caracterização mínima das ações de Contratação, de Controle Assistencial, de Regulação do Acesso à Assistência e de Avaliação da Atenção à Saúde.

Contratação

A contratação consiste no ato de formalizar as relações pactuadas entre gestores e prestadores de serviço de saúde, estabelecendo obrigações recíprocas. No geral, cabe aos prestadores públicos e privados a produção de serviços de saúde, cujo custeio é feito com recursos públicos, caracterizando assim, a oferta pública de serviços de saúde.

A contratação de serviços de saúde está prevista na Constituição Federal de 1988, no parágrafo único do art. 199 que diz:

“As instituições privadas poderão participar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988);

Prevista também na Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8080 de 1990:

“Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

“Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público”.

A relação com prestadores privados de serviços de saúde tem se formalizado por meio de contrato ou convênio podendo variar de acordo com o objeto a ser contratado.

As relações entre gestores do SUS e os serviços privados com fins lucrativos têm sido mediadas pelos contratos de serviços baseados no pagamento de procedimentos por produção. Esta relação tem suas raízes na história da previdência social brasileira,

persistindo ainda no SUS, traços dos contratos do antigo INAMPS ou mesmo de situações carentes de qualquer formalização, apesar das exigências legais.

Os convênios e os contratos de gestão tem se destinado à relação entre gestores do SUS e entidades públicas, filantrópicas e sem fins lucrativos.

As ações de contratação ainda carecem de uma reformulação dentro de uma nova política de Regulação da Atenção à Saúde, na qual se pode prever a articulação com ações de programação, regionalização, controle, regulação do acesso e avaliação.

A contratação deve ser tomada como instrumento necessário para o controle e a qualificação da assistência e deverá ser o primeiro instrumento de regulação.

Ações de Controle Assistencial

Tomando como base a relação dos gestores com os prestadores de serviços de saúde, destaca-se como clássica a ação da Regulação da Atenção à Saúde, aquela de Controle Assistencial, que teria como atribuições:

- o cadastro de estabelecimentos, de profissionais e, mais recentemente, de usuários;
- a habilitação de prestadores para determinados serviços e as correspondentes vistorias técnicas;
- a programação orçamentária por estabelecimento, visando assegurar recursos, de forma sistemática, para a realização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais;
- a solicitação e a autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade;
- o monitoramento e a fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial;
- o desenvolvimento de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial, contemplando a verificação da veracidade do problema de saúde, a adequação do procedimento ao problema de saúde, a necessidade da realização de procedimentos complementares, a verificação da realização dos procedimentos, a compatibilidade entre o autorizado e o realizado, a coibição de fraudes quantitativas, qualitativas e de cobranças indevidas e a validação final dos procedimentos executados pelos prestadores;
- o monitoramento e a revisão das faturas prévias relativas aos atendimentos, apresentadas por cada prestador;

- o cruzamento de informações do atendimento com informações de usuários, profissionais, estabelecimentos, programação por unidade e tabelas de procedimentos visando à realização do processamento da produção de um determinado período;
- o preparo e a junção das informações necessárias que viabilizam o pagamento dos serviços produzidos.

Estas seriam as ações de controle mais diretamente ligadas à assistência, nas quais os prestadores, públicos e privados, são os principais objetos da ação de monitoramento e fiscalização.

Uma reestruturação das ações de controle pode ser desenhada para ganhos de eficiência no uso dos recursos de custeio, para facilitar a atenção especializada de média e alta complexidade, de modo a viabilizar o cuidado integral, além de se prestar para uma integração com as ações de regulação do acesso dos usuários aos serviços, para a correção de desvios e o ganho de qualidade dos serviços, entre outros.

Regulação do Acesso à Assistência

Como já foi dito, em anos recentes, no âmbito do SUS, tem sido discutido e proposto o desenvolvimento de ações de regulação do acesso dos usuários à assistência à saúde, ou regulação assistencial, freqüentemente nomeada apenas de regulação, trazendo uma certa confusão conceitual, não se fazendo uma discriminação dos vários focos da regulação, como aqui se fez.

A regulação do acesso também tem sido freqüentemente tomada como a implantação de centrais de internação/consultas e exames, gerando a impressão de que estas ferramentas das tecnologias da informação podem, por si, substituir as ações políticas e de comando inerentes à gestão.

A regulação do acesso à assistência é mais do que a implantação de computadores, infovias, entre outros, ou de normas e protocolos, pois abarca também relações de gestores com prestadores, de gestores e prestadores com gerentes de unidades de saúde, de gerentes com profissionais e, o mais importante, de usuários e as suas distintas demandas/necessidades com todos. Portanto, como em qualquer trabalho em saúde, a regulação do acesso implica relações políticas, técnicas e de cuidado, consistindo assim em um conjunto de tecnologias (relacionais, saberes, instrumentos, etc.) e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Estas intermediações podem se configurar de maneiras diversas, a depender dos objetivos postos pela Política de Regulação da Atenção à Saúde.

Assim, a Regulação do Acesso à Assistência pode promover a adequação da demanda à oferta disponível, buscar a redução de custos independentemente das necessidades dos usuários, privilegiar o acesso a alguns serviços e dificultar a outros, segundo os interesses de determinados gestores, prestadores ou corporações de especialistas.

Por outro lado, a regulação do acesso à assistência, se inscrita nas diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade da atenção, consiste em uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores (públicos ou privados), gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde e de forma a adequar à complexidade de seu problema os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz. Assim, esta regulação assistencial deve subsidiar o redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), contribuir para otimizar a utilização de recursos, não em uma lógica meramente financeira, mas de maneira a buscar a qualidade da ação, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário.

Constituem-se ações da Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial:

- a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- o controle dos leitos disponíveis e da agenda de consultas especializadas e de SADTs;
- a padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas, por meio dos protocolos assistenciais;
- o estabelecimento de referência entre unidades, segundo fluxos e protocolos padronizados;
- a organização de fluxos de referência especializada intermunicipal;
- o controle e o monitoramento da utilização mais adequada dos níveis de complexidade.

Uma estratégia para viabilizar a Regulação do Acesso à Assistência é a constituição de complexos reguladores, que consistem na articulação e na integração de Centrais de Regulação Médica de Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e SADTs, Transporte Sanitário ou de pacientes com necessidades especiais e não urgentes, Protocolos Assistenciais com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização.

Regulação do Acesso à Assistência que viabilize o cuidado integral de forma ágil e oportuna, que disponibilize as alternativas assistenciais e que responda às necessidades individuais e sociais, tem de estar pautada pelo interesse público.

Avaliação da Atenção à Saúde

A Avaliação da Atenção à Saúde consiste no conjunto de operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade, de maneira a medir os graus de resolubilidade, qualidade, humanização, satisfação do usuário, entre outros.

Avaliar as ações da atenção à saúde implica medir os seus resultados e, invariavelmente, considerar os processos que as produziram, demandando, assim, a avaliação de equipes, de condições e processos de trabalhos, de estrutura dos estabelecimentos de saúde. Avaliar o processo de produção das ações implica medir a eficiência desta produção e, portanto, demanda medir custos e gastos.

Avaliar as ações da atenção à saúde consiste em comparar o realizado com o esperado e este, fixado pelos parâmetros de ótimo, pelos objetivos e metas determinados. O resultado encontrado, portanto, deve subsidiar a reformulação das ações de Controle e auditoria assistencial, de regulação do acesso, de contratação com os prestadores, as sanções ou premiações, além de subsidiar propostas de intervenções para a melhoria da qualidade e da resolubilidade das ações.

Avaliar as ações realizadas por equipes em determinados estabelecimentos nos remete à avaliação do conjunto das unidades e, portanto, do sistema de saúde. Isto põe a Avaliação da Atenção à Saúde no conjunto das ações de avaliação que devem ser realizadas sobre os Sistemas de Saúde.

3. POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

■ 3.1 A Regulação do Estado sobre o Setor Saúde no Brasil – breve análise da Política de Regulação dominante no SUS

Desenhar uma nova Política de Regulação pressupõe uma determinada compreensão sobre este objeto - Regulação no Setor Saúde -, assim como uma análise da Política de Regulação existente. Essa é a tentativa desta abordagem, que agora esboçará uma breve análise da Política de Regulação estatal sobre o Setor Saúde e que tem sido construída na história recente do SUS para propor novos rumos.

Fazer a crítica e propor alterações implica uma tomada de posição política e a assunção de determinada concepção. O debate, aqui proposto, não foge dessa questão, mas declara um alinhamento com a formulação de políticas de saúde que sejam realmente públicas, de e para todos, em uma formatação dada pelas políticas sociais universalistas de seguridade social que efetivam direitos sociais e de cidadania.

A já citada Portaria nº 423, ao buscar “[...] o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS” (BRASIL, 2002), traz não só essa especificação das competências de cada esfera de gestão do SUS e a conceituação da Regulação do Acesso à Assistência, mas também deixa transparecer a Política de Regulação da Atenção à Saúde do Governo Federal de 1998 a 2002, ou seja, mostra como se pensava em fiscalizar, controlar e avaliar a execução das ações de saúde pelos prestadores, em especial nos níveis de média e alta complexidade da atenção.

A aproximação histórica aos conceitos, às práticas e às finalidades do “controle, avaliação, auditoria e regulação” no SUS; a análise da NOAS nº 01/2002 e das portarias SAS nº 423 e nº 729 de 2002, que podem ser tomadas como o ápice de formulação de uma Política de Regulação da Assistência à Saúde de média e de alta complexidade, da última gestão da saúde na esfera federal; somadas à prática de regulação em geral do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas, do SNA, do Denasus, da Anvisa e da ANS e à prática de regulação implantada pela maioria dos gestores plenos estaduais e municipais deste País, permitem afirmar que se desenvolveu, como resultante, uma Política de Regulação atravessada pelos interesses do setor privado produtor de serviços de saúde.

É de amplo conhecimento e é objeto de análise de diversos autores a constituição, no Brasil, do segmento liberal privatista no Setor Saúde. Composto pelos produtores privados, lucrativos e filantrópicos, contou com significativo financiamento estatal para investimentos estruturais e para custeio da assistência. Seu modelo caracteriza-se pela atenção individual, hospitalar e ambulatorial especializada, centrada no trabalho médico curativo-reparador, tendente à incorporação crescente de práticas mais complexas e caras e de aparatos tecnológicos. Sua produção, baseada em procedimentos, destinou-se à parcela pagante da população (desembolso direto) e aos cobertos pela previdência brasileira (IAPAS, INPS, INAMPS). A partir dos anos 90, girou a venda de sua produção ao segmento da Saúde Suplementar (seguros e planos de saúde) e ao SUS. Como um dos principais responsáveis pela produção de serviços de saúde no país, em especial os de média e os de alta complexidade, é de fácil constatação a influência desse segmento não só nos rumos da produção de serviços de saúde no Brasil, como na Política de Regulação sobre esse setor de serviços, uma vez que seus interesses estavam e estão diretamente envolvidos.

Devido ao peso dos produtores privados de serviços de saúde na formatação das políticas de saúde e, conseqüentemente, nas políticas de regulação desenvolvidas na história recente do SUS, é que aqui se afirma que houve o desenvolvimento, como resultante, de uma Política de Regulação Privatista. Dizer que é uma resultante não significa dizer que é única, que está clara e formalmente expressa, mas que é o vetor resultante das forças dos diversos sujeitos sociais presentes no SUS e que, portanto, tem imprimido o caminho principal da regulação do Estado sobre o Setor Saúde. Esta resultante expressa a tendência nacional e não suprime a existência de experiências de gestores estaduais e municipais, que moldaram políticas de regulação sobre outros pressupostos e rumos.

Essa Política de Regulação Privatista pode ser caracterizada por seus objetivos e pelos métodos e meios pelos quais se buscou sua implantação.

Seus principais objetivos foram a recentralização de parte dos recursos e de comando e uma certa liberação de prestadores privados e públicos para a produção de serviços de saúde.

Embora pareçam contraditórios, esses objetivos se complementam. A recentralização de recursos permitiu ao gestor federal custear uma série de procedimentos executados pelos prestadores sem passar pelas gestões municipais e estaduais. Como a maioria desses procedimentos é de alta complexidade, ao mesmo tempo em que pode ter ampliado o acesso a eles, a sua execução, sem as adequadas ações de regulação do acesso e de controle, pode ter respondido aos interesses de determinados prestadores e à sua

capacidade de oferta. O intento controlador, exemplificado pelo desenho centralizado do Sistema de Informações de Média e Alta Complexidade (SIMAC) - que substituiria o SIA e o SIH -, poderia permitir à esfera federal responder a interesses específicos de determinados prestadores ou de corporações de especialistas, como de fato aconteceu com o reajuste de grupos de procedimentos de alta complexidade.

Já a liberação de prestadores privados não pode ser vista como uma ação declarada, mas como a ausência de implementação de ações efetivas de regulação pública. Com a descentralização de serviços e com a assunção da condição de gestor pleno pelos estados e municípios, pode-se afirmar que nem a regulação dos tempos do INAMPS, representada pela contratação formal (contratos e convênios) e pelo primado do controle contábil-financeiro (seus serviços de controle e avaliação), foi preservada. Os novos gestores plenos, embora tivessem como obrigação estruturar seus serviços de controle, avaliação e auditoria, não tinham experiência acumulada, nem contaram com uma efetiva capacitação. Nesses anos de construção do SUS, foi marcante a timidez do gestor federal em formular uma política nacional de macrorregulação voltada ao interesse público e em apoiar decisivamente sua implementação. Sobrou, para a maioria dos gestores, constituir frágeis serviços de controle, avaliação e auditoria, e praticamente não executar as ações de contratação, controle assistencial, regulação do acesso, avaliação e auditoria. São raros os municípios plenos que contam com serviços atuantes de autorização, de supervisão hospitalar e ambulatorial, e com centrais de internação, de consultas e de exames implantados. Para os estados, executar rotineiramente ações de controle assistencial sobre prestadores, nos municípios não-plenos, sem equipe e outras tecnologias, é praticamente impossível (a não ser de forma burocrática e a distância). São inúmeros os prestadores privados vinculados ao SUS que, sem contratos ou com contratos precários, ofertam, segundo suas conveniências, consultas, SADTs e internações, sem qualquer ação de controle assistencial, muito menos de regulação do acesso; apenas apresentando ao final de cada mês a fatura para o pagamento. Também é notória a ausência de ações de regulação sobre os prestadores públicos de serviços de saúde. Esse é o cenário que configuraria a produção liberada e, em muitos casos, de orientação mercantil e liberal dos prestadores de serviços de saúde do SUS.

Outro conjunto de fatos que pode caracterizar a Política de Regulação Privatista foi a ausência de discussão e de formulação de uma política mais global de regulação estatal sobre o setor saúde que encampasse e articulasse as diversas instâncias que executam ações de regulação, como o Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria de Assistência, o Fundo Nacional de Saúde, o Departamento Nacional de Auditoria, a Co-

ordenação de controle e avaliação orçamentária da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, entre outros departamentos, todos do Ministério da Saúde, além da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, também vinculadas ao Ministério. O cenário dominante foi o de autonomização de cada uma dessas instâncias e, portanto, da realização de ações fragmentadas e desarticuladas, muitas vezes concorrentes, quando não contraditórias. A insuficiência de uma política para essa regulação ampliada, aqui denominada Regulação sobre os Sistemas, teve seu reflexo na Política de Regulação das esferas estaduais e municipais de governo. Tais fatos permitiram o descontrole das unidades públicas e tornaram a regulação mais permeável aos interesses dos produtores privados de bens e serviços de saúde, facilitando a tendência à produção liberada.

A Política de Regulação Privatista caracterizou-se também pelo método normativo e pouco democrático pelo qual buscou implantar a regulação. A busca em estruturar uma regulação, usando como recurso principal a regulamentação, esteve presente em quase todas as normas operacionais.

A Portaria SAS nº 423, que especificou as diretrizes da NOAS para a Política de Regulação da Assistência à Saúde, se primou por uma série de exigências formais aos gestores plenos, exemplificada pela petição de elaboração de um “Plano de Controle, Regulação e Avaliação”. Mesmo que essa Portaria tenha passado por discussões na Comissão Intergestores Tripartite, no CONASS e no CONASEMS, sua reverberação e emulação para que o conjunto de gestores de fato se empenhasse na implantação das ações de regulação da assistência à saúde, na média e na alta complexidade, foram fracas. Pode ter sido pelo fato de que as discussões não foram amplas a ponto de contar com a participação da maioria dos gestores e pela ausência de estratégias concretas de apoio, estímulo e capacitação para o exercício das ações de outra regulação, formatada pelo bem comum.

O cenário atual está 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 conseqüentemente da possibilidade de barganha segundo interesses), do que de adequação das respostas às necessidades dos usuários.

■ 3.2 Diretrizes para desenvolver e implementar a regulação no SUS

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.

Nessa perspectiva, faz-se necessário desenvolver movimentos de regulação no sentido de ganhos de eficiência, de eficácia e de efetividade dos sistemas de saúde e na produção da atenção à saúde.

A eficiência, por meio da regulação, pode ser atingida com o desenvolvimento, a disseminação e a implementação efetiva de ações de controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação na aplicação dos recursos financeiros do SUS pelos gestores dos sistemas de saúde e pelos produtores diretos das ações e serviços de saúde.

A eficácia e a efetividade, por meio da regulação, devem ser buscadas pela transformação de suas ações meio, facilitadoras de toda a produção da atenção à saúde, buscando contribuir para a melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização dessa produção de ações e serviços de saúde.

Para tal, propõem-se as seguintes diretrizes que deverão ser operacionalizadas pelos gestores do SUS:

A) Articular e integrar as ações da regulação sobre o Setor Saúde.

- Superar o isolamento, a desarticulação, a sobreposição de competências que há entre as diversas instâncias como o “Controle e Avaliação”, a “Auditoria”, e a “Vigilância Sanitária”, que têm executado ações de controle, fiscalização e avaliação.
- Desenvolver ações de controle, auditoria e avaliação em seu foco sobre os sistemas de saúde, completadas por seu foco sobre a produção direta das ações e serviços de saúde.
- Integrar as ações de regulamentação, fiscalização e controle da vigilância sanitária sobre estabelecimentos e serviços de saúde, às ações de controle, auditoria e avaliação da atenção à saúde.
- Integrar as ações de regulamentação, fiscalização e controle da vigilância sanitária sobre medicamentos, insumos e tecnologias da saúde, às ações de controle, auditoria e avaliação da atenção à saúde.

- Tomar a Ouvidoria, canal privilegiado de interlocução individual com o usuário, como fonte para a atuação de Controle, Auditoria e Avaliação da Atenção à Saúde, com a detecção de problemas no acesso e na qualidade dos serviços prestados, de desperdícios, de irregularidades, de negligências e de omissões.
 - Tomar os conselhos de saúde, instâncias de controle social, como fonte para a atuação de controle, auditoria e avaliação em seu foco sobre sistemas e sobre a atenção à saúde, com a detecção de problemas no acesso e na qualidade dos serviços prestados, de desperdícios, de irregularidades, de negligências e de omissões.
 - Integrar as ações de vigilância sanitária, controle, auditoria e avaliação sobre sistemas e sobre a atenção à saúde às ações de regulação da saúde suplementar.
- B) Articular e integrar as ações de regulação sobre o Setor Saúde com outras funções de gestão.
- Integrar as ações de regulação sobre sistemas e da regulação da atenção à saúde às demais funções da gestão, como planejamento, financiamento, orçamento, programação, descentralização/regionalização, implementação da(s) modalidade(s) de atenção, além de integrá-las ao desenvolvimento de importantes funções em saúde, como gestão do trabalho e educação, informação e informática, ciência e tecnologia, e às funções administrativas e financeiras.
- C) Implementar e desenvolver a Política de Regulação da Atenção à Saúde, articulando e integrando as ações de contratação, controle, regulação do acesso, auditoria e avaliação da atenção à saúde.

3.2.1 - Delineamento de uma nova Política de Regulação da Atenção à Saúde pautada pela ampliação do acesso, pela qualidade e pelo cuidado integral

É a partir das definições conceituais e da análise esboçada acima sobre a Política de Regulação dominante no SUS, que se propõe a reformulação da Política de Regulação no âmbito da atenção à saúde, pautada pelo cuidado integral à saúde e que tenha como centro o usuário, suas demandas, suas necessidades e seus direitos.

Uma Política de Regulação que viabilize o cuidado integral, a qualidade e a equidade na atenção à saúde deve ir ao encontro das necessidades dos usuários. Responder a esse mundo das necessidades em saúde não é tarefa fácil. Não existe uma necessidade uniforme que pode ser apreendida por um único olhar e respondida de uma única maneira. As necessidades em saúde são diversas, variam segundo lugar, época, características

geográficas, demográficas, epidemiológicas e sociais da população, são de distintos e múltiplos usuários, são moduladas pela capacidade de demanda e de reivindicação do direito à saúde destes, são influenciadas pelos interesses e pela capacidade de oferta dos produtores de bens e serviços em saúde. A consideração desses vários condicionantes é que pode dar a medida aproximada das necessidades reais em saúde.

A Política de Regulação da Atenção à Saúde deve ter como objetivo implementar uma gama de ações meio que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir para a melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização dessas ações.

Ao contrário das desarticulações e autonomizações das ações de Regulação existentes até então, a Política de Regulação da Atenção à Saúde que vise ao cuidado integral deve preconizar no mínimo algumas grandes linhas de integração quais sejam:

- A articulação e a integração das ações da regulação da atenção à saúde a outras ações da regulação sobre sistemas de saúde como as de controle sobre sistemas, auditoria, ouvidoria, regulação da vigilância sanitária, regulação da saúde suplementar e outras de controle público.
- A articulação e a integração das ações da regulação da atenção à saúde a outras funções da gestão, como descentralização/regionalização, planejamento e orçamento, programação administrativa e financeira, dentre outras.
- A articulação e a integração das ações típicas da regulação da atenção à saúde de contratação, controle, regulação do acesso e de avaliação, assim como a articulação interna das atribuições de cada uma delas.
- A articulação dos sistemas de informação da atenção à saúde.
- A articulação e a integração das ações da regulação da atenção à saúde às áreas assistenciais da Atenção Básica, Atenção Programática e Estratégica e Atenção Especializada. Provavelmente, essa é a principal integração que deva ser buscada, pois, para além da existência das ações meio de regulação por si, elas devem servir à Política de Atenção à Saúde e a suas políticas específicas, que objetivam realizar os princípios do SUS.

3.2.1.1 - Articulação e integração das ações de regulação da atenção à saúde

A) Fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores.

Em uma Política de Regulação da Atenção à Saúde integrada, a contratação, para além do cumprimento legal da formalidade dos contratos, deve representar o pacto de compromissos entre gestores e destes com os prestadores, com a devida assunção de responsabilidades entre as partes. No contrato com prestadores, deve ficar claro que o cardápio de serviços a ser oferecido será segundo as informações cadastrais e a habilitação para a execução desses serviços; que a produção dos serviços se dará segundo as definições do gestor e as necessidades em saúde da população expressas nas Políticas de Atenção; que as solicitações de procedimentos serão segundo protocolos estabelecidos; que uma gama de procedimentos passará por algum processo de autorização e, na medida da organização do gestor, terá seu acesso regulado por estratégias de Regulação do Acesso ou pelo Complexo Regulador; que uma gama de procedimentos estará sujeita a processos de supervisão hospitalar e ambulatorial; que o repasse de recursos procurará cobrir os custos, será sem atrasos e se dará após a validação da produção pelo gestor.

B) Reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde.

O cadastro de estabelecimentos e de profissionais, acompanhado por um processo de atualização e de qualificação das informações, permite verificar a oferta potencial dos produtores, subsidiando a contratação destes e a programação da atenção. O desenvolvimento de ações como a padronização da solicitação permite a incorporação de uma gama de protocolos, subsidiando a autorização para a atenção em níveis mais complexos. A integração dos processos de solicitação e de autorização às centrais de internação/consulta viabiliza o Complexo Regulador. O desenvolvimento de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial permite controlar a execução do atendimento, monitorando sua adequação assistencial, sua qualidade e a satisfação do usuário, além de seus aspectos contábeis financeiros.

A implementação de um processo de avaliação das ações e dos serviços de atenção à saúde, de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permite o melhor planejamento, o descortinar de problemas para as ações de controle e auditoria assistencial, os ajustes na execução e a busca de mais qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.

C) Implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.

Em primeira aproximação, pode-se afirmar que, na história do SUS, a produção de ações de saúde nem sempre têm respondido às necessidades reais dos usuários. Essa produção de serviços tem sido modulada pelas características da demanda e da oferta, que também não traduzem fielmente as necessidades reais em saúde.

Com o desenvolvimento do SUS, houve um aumento de cobertura (oferta) da atenção básica e uma inadequação de oferta na atenção de média e alta complexidade. Inadequação é o que melhor caracteriza o atual quadro, pois ocorre tanto uma demanda artificial pelos serviços de maior complexidade (encaminhamentos inadequados entre os níveis da rede), quanto um estrangulamento de oferta em algumas áreas (baixo investimento ou não-disponibilização da capacidade instalada). Por outro lado, a oferta de serviços pelos prestadores (privados e públicos), segundo seus interesses, não só demarca a produção existente (em excesso para alguns procedimentos e insuficiente para outros), como pode responder e estimular a demanda artificial. O financiamento, segundo a lógica exclusiva de pagamento por procedimentos, também induz à produção de procedimentos que são mais bem remunerados.

A demanda e a oferta têm sido condicionadas, de maneira significativa, pelo modo restrito de entender o objeto da saúde, pela perda da dimensão humana e de integralidade do cuidado, pelo exercício da clínica de pouca abrangência, características estas oriundas da própria formação dos profissionais de saúde.

A Política de Regulação da Atenção à Saúde, para criar as condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, deve enfrentar a questão da demanda real e da demanda artificial, considerando a oferta potencial e a oferta existente. Em síntese, deve regular de maneira mais efetiva a oferta de serviços de saúde e a demanda por estes.

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição de complexos reguladores, que consiste em uma organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em saúde.

Assim, a constituição de complexos reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de regulação do acesso, como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais, a outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como a outras funções da gestão, como programação e regionalização.

A implantação de centrais de internação, consultas e exames para gerenciar os leitos disponíveis e a agenda de consultas especializadas e SADTs demanda um pacto com prestadores, formalizado nos contratos, e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, de profissionais e de usuários. Para padronizar a solicitação de internações, consultas, exames e terapias especializadas, exigem-se protocolos para encaminhamentos, que devem estar de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos. Para criar fluxos ágeis de referência, exige-se a integração às ações de solicitação e de autorização de procedimentos. Ao criar o canal para a referência de uma unidade a outra, segundo fluxos e protocolos padronizados, permite-se a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabiliza-se a atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário.

A organização dos fluxos de referência especializada e de contra-referência intermunicipal faz exigências à conformação de uma rede hierarquizada e regionalizada, fazendo demandas ao processo de regionalização e à Programação Pactuada e Integrada.

Os complexos reguladores devem ser implementados de acordo com os Planos Diretores de Regionalização e seus desenhos das Redes de Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e Atenção às Urgências. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e sua respectiva gestão ser pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

Todos os municípios devem organizar a regulação do acesso dentro das diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde, mas nem todos contarão com complexos reguladores. Assim, no mínimo, todos os municípios devem organizar uma atenção básica resolutiva que faça solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território (definições do PDR e da PPI). Nessa situação, o município desempenhará o papel de autorizador e de uma unidade solicitante dentro de um Complexo Regulador, localizado no município que é seu pólo de referência.

Regular a oferta e a demanda por meio de ações de regulação do acesso integradas às de contrato, controle e avaliação assistencial ou por meio do Complexo Regulador devem possibilitar a integralidade das ações de Atenção à Saúde, com qualidade e equidade.

D) Desenvolver os protocolos assistenciais.

Os protocolos assistenciais, no setor saúde, não são novidade, podendo-se afirmar que estão presentes desde os primórdios dos campos da Saúde Pública e da Medicina. Os protocolos assistenciais podem ser categorizados como:

- Protocolos clínicos ou diretrizes clínicas, como recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e de pacientes sobre cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. De forma similar, podem se estender ao demais profissionais de saúde.
- Protocolos de solicitação/autorização como diretrizes para solicitar e usar adequada e racionalmente as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo. Como orientadores dos atos profissionais, fazem parte dos protocolos clínicos; como padronização das solicitações e autorizações, constituem ações de controle e regulação assistencial.
- Protocolos de ações programáticas e estratégicas, como organização do cuidado a determinados agravos ou em situações de vida, buscando coordenar e integrar os processos de trabalho (atividades, saberes e tecnologias) das diversas categorias, seja em um nível, seja entre os níveis de assistência.

Se de um lado pode-se falar de uma certa tradição de padronização e normalização de atividades no trato da saúde de uma coletividade (atenção individual com vista à saúde-doença nas populações e nas ações sobre os espaços de vida e de trabalho), também é encontrado o modelo de atenção individual à saúde, decidido segundo as especificidades de cada indivíduo, o problema de saúde apresentado, o modo de apreensão desse problema e o manejo terapêutico por parte de cada profissional da saúde. Esse modelo de atenção individual é guiado pela busca do normal em contraponto ao patológico e, em geral, é pouco susceptível a padronizações.

O clássico exemplo de abordagem padronizada da saúde-doença ao nível dos indivíduos é dado pela formulação de programas verticais para enfrentar doenças infecto-contagiosas (febre amarela, hanseníase, tuberculose, doença de chagas, etc.), modelo reproduzido no enfrentamento de doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, câncer, etc.) e para assistência a grupos populacionais específicos (criança, mulher, idoso e outros). O exemplo do modelo de atenção individual à saúde, resistente aos protocolos, é a prática liberal da medicina em consultórios e clínicas (privadas ou públicas).

Essa breve e genérica apreciação busca mostrar que sempre houve uma certa tensão entre estipular padrões e normas e a liberação da prática clínica, em especial quando se trata da organização da atenção à saúde.

A regulação, inscrita nessa Política de Regulação da Atenção à Saúde, não pretende resolver, por imposição, as diferenças quanto ao uso dos protocolos assistenciais, mas destaca que estes têm fundamental importância:

- Como componentes de capacitação dos profissionais de saúde.
- Como orientadores de boas práticas clínicas em todos níveis da atenção à saúde (básica, média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar).
- Como uma das estratégias para a adequada utilização de tecnologias, assim como para substituição e incorporação de novas.
- Como componentes de ações programáticas que comprovadamente atenuem agravos de significância epidemiológica e contribuem na elevação dos níveis de saúde de populações estratégicas.
- Na adequada utilização da capacidade de resposta de cada nível de atenção.
- Na correta solicitação de exames propedêuticos e na indicação de terapias especializadas.
- Na adequada estruturação dos fluxos de referência e contra-referência entre os níveis de atenção.
- Para a adequada implantação e funcionamento das centrais de internação, consultas e exames.
- Como requisitos para disponibilizar a atenção de forma oportuna, ágil e adequada à necessidade do usuário.
- Para contribuir na adequação da oferta de serviços de saúde segundo a demanda que mais se aproxima das necessidades reais em saúde.
- Como orientadores das ações de controle assistencial de autorização, supervisão ambulatorial e hospitalar.
- Como requisitos que podem imprimir qualidade aos serviços produzidos e servir à avaliação destes.
- Como uma das ações que contribuem para ganhos de eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde, dentre outras.

Dada essa relevância dos protocolos assistenciais na estruturação da Regulação da Atenção à Saúde, em especial na montagem dos complexos reguladores, o caminho necessário é a construção, a partir de consensos, de protocolos que se prestem à organização da atenção que toma a saúde enquanto um bem inseparável da vida e um direito de cidadania.

3.2.1.2 - Reorganização dos sistemas de informação necessária para implementar uma nova política de Regulação na Atenção à Saúde

Os subsistemas de informação da atenção à saúde existentes até hoje, com destaque para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), têm origem, desenhos, base de dados e finalidades distintas e, por não adotarem os mesmos padrões de cadastros, tabelas e dados, não se integram.

O SIH e o SIA, herdeiros da regulação dos tempos do INAMPS, foram construídos para responder ao controle contábil-financeiro, se prestando fortemente ao pagamento da produção por procedimentos. Ambos deixam a desejar quanto às informações cadastrais e à habilitação dos estabelecimentos em realizar determinados procedimentos, quanto à programação orçamentária por estabelecimento, quanto à padronização e ao fluxo de solicitações e autorizações para a realização de procedimentos de média e alta complexidade, sendo, assim, frágeis ferramentas para o desenvolvimento das ações de controle assistencial. E, apesar da volumosa base de dados, o SIA e SIH não permitem a construção de indicadores mais significativos a um processo de avaliação, que interligue todos os estabelecimentos e níveis de atenção, em particular pela não-padronização de suas bases de dados.

Para enfrentar esses e outros problemas relativos às informações pertinentes ao desenvolvimento da Regulação da Atenção à Saúde, faz-se necessária a constituição de um novo Sistema Nacional de Informação em Saúde que contemple no mínimo três grandes braços ou subsistemas de informação, integrados e caudatários dos mesmos padrões de representação da informação, quais sejam:

- Um sistema que deve gerenciar os cadastros, abarcando a captura, o processamento, a atualização e a manutenção da base de dados de usuários, profissionais e estabelecimentos. Esse subsistema deve integrar o Sistema de Cadastros Nacional de Estabelecimentos (SCNES) e o Sistema do Cartão Nacional de Saúde (SCNS) no que tange, especificamente, ao tríplice cadastro. Por responder pela base dados

cadastrais, que será usada pelos demais subsistemas, passa a ser condição e pressuposto para o desenvolvimento destes.

- Sistemas de Regulação do Acesso, ou Sistemas do Complexo Regulador, que consistirão no conjunto de subsistemas que viabilizam as centrais informatizadas de leitos, consultas e de SADTs, assim como as centrais de urgência como a do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O SISREG, sistema que informatiza a central de regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde desde a gestão anterior, deverá ser modificado para vir a ser uma opção dentro das novas diretrizes da Regulação do Acesso, integrando com um novo sistema de informação da atenção à saúde.
- Um novo Sistema de Informação de Atenção à Saúde, que deve não só substituir os principais subsistemas da Atenção à Saúde, hoje existentes, a saber: SIAB, SI-API, Sis prenatal, Sisvan, Hiperdia, SIA e SIH, mas também, superar deficiências de cada um daqueles subsistemas, preservando seus pontos positivos e a série histórica de suas bases de dados. Esse novo sistema de informação da atenção à saúde, deve ser desenhado para sustentar dois grandes conjuntos de informação em saúde:
 - Um conjunto deverá responder pelas informações necessárias ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações finais da atenção à saúde em todos os seus níveis de complexidade. Tais informações serão construídas com o Registro Essencial da Atenção à Saúde que é a combinação de um conjunto de dados mínimos e essenciais relativos ao processo da atenção à saúde, que obedecem a padrões de representação, de tecnologia e de regras de captura e tratamento, válido para todo o território nacional.
 - O outro conjunto de informações deverá responder a implementação de ações mais efetivas de controle assistencial, subsidiando o desenvolvimento de ações de programação por estabelecimentos, solicitações padronizadas, autorizações mais adequadas à necessidade dos usuários nos níveis mais complexos da atenção, a supervisão ambulatorial e hospitalar, assim como o monitoramento e o processamento de dados de um determinado período para efeitos de custeio da produção. O desenho deste novo Sistema de Informação de Atenção à Saúde deve prever e instrumentalizar para que estas ações se dêem de modo articulado e integrado, em um contínuo que permita o acontecer de críticas de controle assistencial sem precedentes. Por se basear na captura de dados essenciais em todos níveis de atenção, incluindo o cadastro único e nacional do usuário, esse sistema permitirá mapear o fluxo da atenção de cada usuário na rede SUS. O projeto deste novo sistema deve prever aberturas nos processos de solicitação e de autorização para se integrar com os sistemas da regulação do acesso.

A informação, para além de uma miríade de subsistemas de informação que geram um amontoado de dados de pouco uso, deve se constituir em um importante fomento para implementação das ações da regulação, integrada e facilitadora da atenção à saúde.

3.2.1.3 - Articular e integrar das ações da regulação à Política da Atenção à Saúde

Responder às necessidades em saúde não é tarefa direta da regulação. A regulação, como um conjunto de ações meio que facilitam ou dificultam os rumos da produção das ações de saúde nos diversos níveis da atenção, pode contribuir para essa resposta. Definir os rumos da produção cabe a Política da Atenção à Saúde e, se o seu objetivo é responder às necessidades em saúde de forma integral, há o encontro com uma Política de Regulação pautada pelo mesmo objetivo. Por outro lado, uma Política de Regulação que busca o cuidado integral deve interagir com Política da Atenção à Saúde, com seu modelo de atenção, com suas portas de acesso, com os modos de organizar seus níveis de complexidade e de produzir suas ações, na busca da integralidade. Uma regulação, assim formatada, pode auxiliar na análise, no descortinar dos nós presentes nos processos da atenção à saúde, básica e especializada.

Uma das formas de produzir a atenção integral à saúde é o desenho das linhas de cuidado. Estas representam uma estratégia que permite a condução desimpedida e oportuna dos usuários pelas possibilidades de prevenção, diagnóstica e terapêutica, em resposta as suas necessidades. As linhas de cuidado devem garantir às pessoas a produção articulada de ações de atenção, em um fluxo ágil e desembaraçado em cada nível e entre estes, garantindo a referência e a contra-referência responsáveis, até a recuperação ou ganhos de autonomia no modo de viver daqueles indivíduos.

A Política de Regulação, articulada e integrada à Política da Atenção à Saúde, deve cumprir sua parte para viabilizar as linhas de cuidado; em outras palavras, uma Política de Regulação pautada pelo cuidado integral deve implementar as ações-meio que facilitem o acontecer das ações da atenção, estabelecendo, por meio dos contratos com prestadores, a produção qualificada das ações e serviços; a padronização das solicitações de exames, terapias e internações; as autorizações realizadas de maneira desembaraçada e ágil, garantindo a referência; todos os usuários referenciados – para a consulta, terapia ou exame – tenham assegurado o local, o profissional e o horário de atendimento, assim como o leito, conforme o problema de saúde e a complexidade tecnológica da resposta exigida; todos os procedimentos executados sejam monitorados quanto à adequação, necessidade de procedimentos complementares, realização, qualidade e o justo custeio. Enfim, essa regulação deve articular uma série de ações meio que contribua para que

o usuário possa percorrer um fluxo contínuo e respaldado por responsabilidades, nos diversos níveis de atenção, segundo suas necessidades de prevenção, recuperação ou ganhos de autonomia dos usuários.

3.2.2 - Propostas para implementar a Política Nacional de Regulação

- Manter o processo interno no DRAC, com todas as coordenações, para aperfeiçoar e implementar as diretrizes da Política de Regulação.
- Apresentar e discutir a proposta de reformulação da Política Nacional de Regulação com os demais departamentos da Secretaria da Atenção à Saúde e com outras secretarias do Ministério da Saúde.
- Integrar a discussão de reformulação da Política de Regulação da Atenção à Saúde com o projeto de monitoramento, avaliação e controle das ações e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS.
- Apresentar e discutir a proposta de reformulação da Política Nacional de Regulação com CONASS, CONASEMS, SES e SMS.
- Elaborar Pacto de Diretrizes de Regulação Pública sobre o Setor Saúde - Regulação sobre Sistemas e da Atenção à Saúde, com a participação do CONASS e CONASEMS, submetido à CIT e ao Conselho Nacional de Saúde, a ser implementado como parte integrante de seus Planos de Saúde.
- Estimular e apoiar de maneira substantiva a implementação das ações de regulação da atenção à saúde nas gestões estaduais e municipais, mesmo que de início se resume às ações de controle assistencial. São de amplo conhecimento os exemplos de gestões municipais que, pelo fato de estruturarem sua regulação sob os princípios do interesse público, obtiveram redução no número de internações, facilitação do acesso aos diversos níveis, coibição de desvios e fraudes, geração de superávit dos tetos financeiros possibilitando novos investimentos e melhor alocação dos recursos, entre outros benefícios.
- Elaborar um cardápio de indicadores baseados nos dados do SIA e SIH, de maneira a analisar e avaliar as performances dos gestores nas ações de controle ambulatorial e hospitalar.
- Levantar todas as normas, portarias e instruções referentes às ações de controle, buscando uma análise das coerências, contradições, validades, buscando organizar um corpo sistematizado segundo temas, ações e competências das esferas de gestão,

objetivando a construção de um caderno de controle e, com a definição da nova política de regulação, de um caderno de regulação da atenção à saúde.

- Constituir banco de dados e divulgar as práticas inovadoras em complexos reguladores.
- Disseminar a médio e longo prazo ações de regulação do acesso à assistência a todos os gestores.
- Desenvolver os protocolos assistenciais.
- Induzir a implantação de complexos reguladores, por meio de linhas de repasse financeiro para investimento, treinamentos e capacitações.
- Desenvolver e implementar um projeto de avaliação, enquanto processo sistemático e contínuo, contando com novas ações de controle assistencial e de regulação do acesso.
- Assessorar a regularização dos contratos em conformidade com as diretrizes da Política de Regulação da Atenção à Saúde.
- Construir e disponibilizar módulos de capacitação, em articulação com a SEGTS e Denasus, em Controle Assistencial / Auditoria Operacional e Regulação do Acesso.
- Estimular projetos de ação conjunta entre as áreas de controle, regulação do acesso e auditoria assistencial.
- Desencadear o processo de desenvolvimento do novo Sistema de Informações da Atenção à Saúde onde se inclui a Unificação da Tabela de procedimentos SIA e SIH e a descentralização do Sistema de Informações Hospitalares.

4. RESULTADOS ALCANÇADOS – 2003 A 2006

■ 4.1 Regulação no Pacto de Gestão

O Pacto de Gestão aprovado pela Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, define as responsabilidades sanitárias do gestor municipal, do gestor estadual e do gestor federal do SUS e estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); regulação; planejamento; participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

Os conceitos de Regulação, para efeito das diretrizes do Pacto, são os seguintes:

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

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.

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.

Complexos reguladores - uma das estratégias de regulação assistencial, consistindo na articulação e na 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 da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

- Cada prestador responde apenas a um gestor.
- A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
 - a) da descentralização, municipalização e comando único;
 - b) da busca da escala adequada e da qualidade;
 - c) considerar a complexidade da rede de serviços locais;
 - d) considerar a efetiva capacidade de regulação;
 - e) considerar o desenho da rede estadual da assistência;
 - f) a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- 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.
- A operação dos complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
- Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
- Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.
- Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região.
- Modelos que diferem dos itens acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

São metas para esse Pacto, no prazo de um ano:

- Contratualização de todos os prestadores de serviço.
- Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratados sob regulação.
- Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

■ 4.2 Publicação da Política Nacional de Regulação

Após pactuação tripartite e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, será publicada Portaria que institui a Política de Regulação a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, fundamentada nos seguintes eixos:

- I- implantação e implementação de complexos reguladores;
- II- implantação descentralizada de sistemas informatizados de regulação;
- III- instituição de diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS e;
- IV- capacitação e educação continuada das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo, para a operacionalização das ações de regulação.

Os principais fatores que justificaram a proposição desta política para o SUS foram:

- Necessidade de fortalecimento das estruturas de Regulação, Controle e Avaliação nos estados e nos municípios.
- Constantes solicitações de apoio técnico e financeiro para a implantação de complexos reguladores pelos estados e pelos municípios.
- Movimento de regulação assistencial crescente no País sem uma uniformidade das ações regulatórias.
- Dificuldade aumentada para o acesso organizado às ações assistenciais de média e alta complexidade.
- Aumento da demanda por centrais de regulação decorrente da implantação crescente de SAMU.
- Estabelecimento do Pacto pela Saúde, cujo Pacto de Gestão tem a regulação como um dos seus eixos.

O conteúdo das Portarias propostas e o Manual de Orientação para complexos reguladores podem ser consultados nos documentos anexos no CD-ROM.

■ 4.3 Contratação de Serviços de Saúde no SUS

As novas diretrizes da contratação de prestadores privados de serviços de saúde por parte dos gestores do SUS tornaram-se imperiosas como um pressuposto da nova Política de Regulação, que se constitui, resultando, após discussões com representação dos Órgãos de Controle Externo na reformulação da normatização do setor e da exigência de contratação dos prestadores, no prazo de um ano, estipulado na PT/GM nº 399/2006 Pacto de Gestão.

Para além de um mero cumprimento burocrático, os contratos devem ser construídos como um pacto entre os gestores do SUS e os prestadores de serviços públicos e privados com ou sem finalidade lucrativa. Devem ser fruto de uma análise situacional da oferta pública de serviços de saúde e de um processo de planejamento voltado às reais necessidades da população, que vise garantir o acesso da população a uma rede de serviços de eficiente, eficaz e qualificada, através de mecanismos de ordenamento de fluxos. Estas premissas mínimas estão incluídas como regras a serem estabelecidas pelos instrumentos contratuais, além da observação das regras específicas no arcabouço legal do SUS.

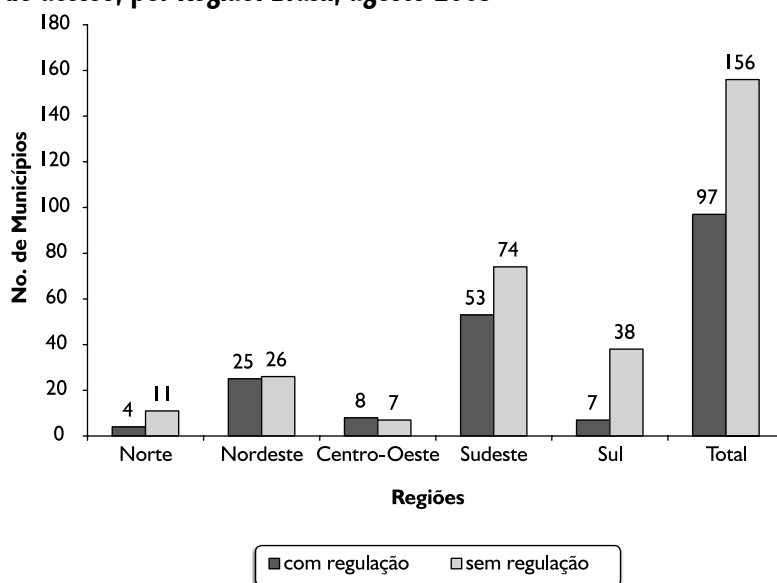
A portaria que trata da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no SUS, instituiu as diretrizes para a contratação de serviços assistenciais e traz como anexo o Manual de Orientações para a Contratação de Serviços de Saúde no SUS, em anexo no CD-ROM.

■ 4.4 Levantamento da Situação de Complexos Reguladores no País

Vale ressaltar que a realidade nacional em relação à organização de complexos reguladores é muito heterogênea, tendendo a movimentos iniciados, mas incompletos, de estruturação de complexos reguladores. Na evolução das tradicionais Unidades de Controle e Avaliação (UAC), somam-se os esforços de implantação das Centrais de Regulação do Acesso. As experiências de regulação do acesso já vêm sendo estruturadas desde meados da década passada, frutos de avanços na descentralização da gestão e organização de redes de atenção, destacando-se as ações realizadas no estado de Minas Gerais voltadas para a regulação de consultas e exames e no de São Paulo, restritas às emergências. Ao analisarmos a evolução das experiências de regulação nestes dez anos, constatamos ainda uma insipiência do processo, mas as primeiras experiências estão se reproduzindo em todo o país, como podemos ver no gráfico abaixo sobre o levantamento de centrais de regulação em municípios acima de 100 mil habitantes, realizado em agosto

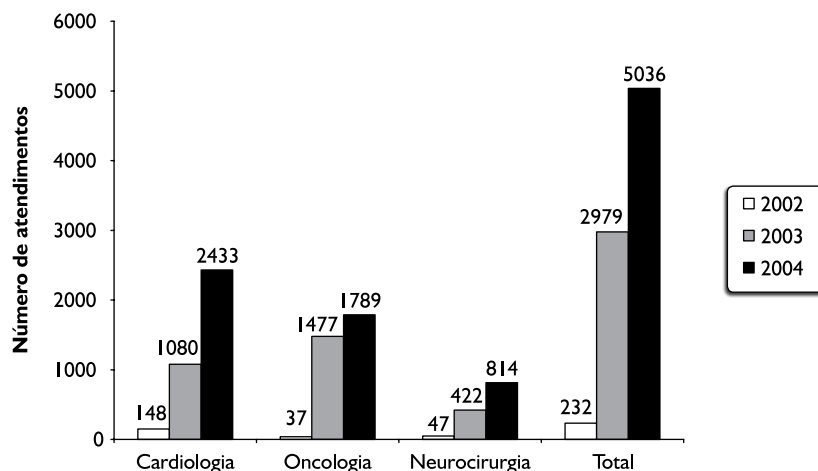
de 2005 pela Coordenação de Regulação e Avaliação do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação do Ministério da Saúde (gráfico 1). Apenas 38% desses municípios têm processos de regulação do acesso em estruturação e, na maioria dos casos, restritos a centrais de busca ativa de vagas.

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



Ainda analisando a evolução da regulação do acesso à assistência no país, cabe destacar a consolidação da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, iniciada em 2002 pelo Ministério da Saúde, voltada a garantir o acesso a determinados procedimentos de alto custo e complexidade, disponibilizados nos centros urbanos com maior densidade tecnológica em saúde, para pacientes em cujo estado de origem essa oferta inexistente. Estas centrais estão presentes em todas as secretarias de saúde estaduais e a evolução do número de atendimentos através desta regulação interestadual pode ser vista a seguir (gráfico 2).

Gráfico 02 - Número de atendimentos realizados pela CNRAC, por especialidade e ano de execução. Brasil, 2002 - 2004



Em um levantamento mais recente sobre complexos reguladores em 67 dos 74 municípios acima de 250 mil habitantes, pode-se perceber que há necessidade de reforçar a integração das centrais de regulação com outras ações de programação, controle e avaliação. A íntegra desse trabalho encontra-se anexa no CD-ROM e neste texto ressaltamos seus principais aspectos.

Analisando-se o planejamento de regulação a partir da existência de projetos específicos e das características dos mesmos constata-se que 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. Em seguida, 64,2% dos entrevistados declararam possuir planos ou projetos voltados para a regulação das urgências e emergências, 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. Destaca-se, ainda, que 56,7% dos entrevistados responderam dispor de projetos de regulação para internações hospitalares e 43,3%, de projetos voltados para regulação da atenção ao parto.

Por outro lado, 38,8% dos municípios pesquisados declaram 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.

Por fim, 35,8% afirmaram dispor de projetos para implantação de protocolos assistenciais, 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 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.

Outro aspecto crucial da análise, uma vez que a Programação Pactuada e Integrada tornou-se um instrumento de gestão obrigatório para habilitação dos estados e municípios, é a coerência entre os parâmetros definidos para os planos ou projetos elaborados e a distribuição dos limites físicos e financeiros definida naquele instrumento. 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.

Sobre os níveis de alcance da atividade regulatória prevista nos planos ou projetos existentes nos municípios a pesquisa aponta os seguintes resultados: em 70,1% dos projetos, as centrais realizarão autorização e agendamento dos procedimentos autorizados. Em 53,7% realizarão busca de vagas para internação e em 43,3% realizarão reserva de leitos para internações eletivas. O 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. Fato interessante é que em 25,4% dos municípios pesquisados, ou seja, em um quarto, a previsão da função regulatória se estende aos prestadores privados não contratados, demonstrando a compreensão dos gestores de que

saúde seja um bem público inafiançável e que isso implica uma capacidade de regulação que vai além da rede própria e contratada.

Uma condição necessária para potencializar o funcionamento dos instrumentos de regulação previstos, especialmente os que envolvem recursos de informática, é a situação de bases de dados estratégicas para a realização dessa função. Os dados obtidos sobre a frequência dos municípios que se encontram em condições definidas como minimamente desejáveis quanto a estas bases de dados apontam que em 91,0% dos entrevistados as fichas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ou CNES se encontram atualizadas. Para 62,7% dos mesmos, os cadastros do Cartão Nacional de Saúde estão completos para, pelo menos, metade da população, o que é preocupante quanto à capacidade de regulação dos demais 37,3% onde isso não ocorre. Vale lembrar que a identificação dos cidadãos nos serviços de referência, que tipicamente são encontrados em municípios acima de 250 mil habitantes e Distrito Federal, constitui um elemento estratégico do processo regulatório por permitir o controle da execução dos pactos firmados na PPI. Por fim, para apenas 55,2% dos entrevistados os limites físicos e financeiros da PPI vêm sendo revisados regularmente. Este último dado também é preocupante, pois, analisado pelo lado oposto, significa que para quase metade dos entrevistados não há revisão regular da PPI, ou seja, não ocorre uma condição fundamental para o seu permanente ajuste e refinamento a fim de que se aproxime gradativamente das necessidades da população. Se considerarmos que a revisão da PPI envolve um processo de produção de informação, análise e repactuação entre os gestores locais, pode-se entender que isto não vem ocorrendo para quase metade dos pesquisados.

Por outro lado, a análise das iniciativas de regulação já existentes nesta amostra de municípios que indicam os efetivos investimentos em rede física, equipamentos, informatização e recursos humanos, dentre outros revela o nível de valorização atribuído pelos gestores locais à função regulatória e aponta a heterogeneidade da sua incorporação atual.

Os resultados obtidos separadamente por área assistencial ou ação regulatória e seu grau de informatização são descritos a seguir:

Internações eletivas

A tabela 01 nos apresenta um quadro geral quanto à existência de centrais de Regulação do Acesso a internações eletivas. Pela mesma tabela, constata-se que 32,8% dos municípios possuem centrais de internação que utilizam ferramentas de informática

enquanto 9,0% utilizam processos manuais. Mais da metade dos pesquisados não possui centrais para interações eletivas, o que sugere a necessidade de ações no sentido de implantar processos capazes de instituir ao gestor do SUS o direcionamento dos recursos correspondentes a esse nível de atenção.

Tabela 01 - Municípios, acima de 250 mil habitantes, com Centrais de Regulação para interações eletivas por incorporação ou não de recursos de informática. Brasil, 2006

Central de regulação para interações eletivas	n	%
Sim Informatizado	22	32,8
Sim Manual	6	9,0
Não	34	50,7
Não-resposta	5	7,5
Total	67	100,0

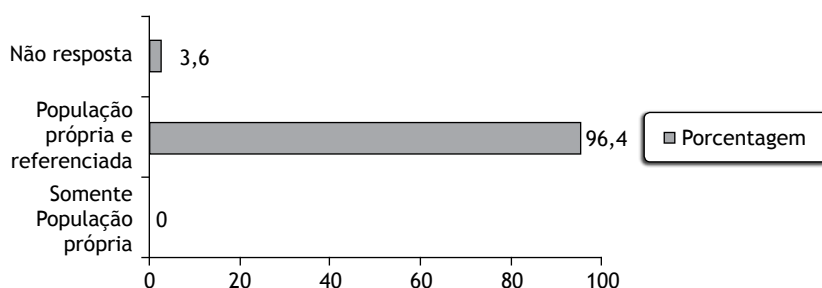
A tabela seguinte permite comparar essas informações por região geográfica. Surpreendentemente, com exceção da região Centro-Oeste, há um nítido padrão nas demais regiões: em cerca de um terço dos municípios pesquisados existem centrais de regulação para interações eletivas utilizando processos informatizados, com raros casos em que são utilizados processos manuais e com metade ou pouco mais sem a existência deste instrumento de regulação.

Tabela 02 - Municípios, acima de 250 mil habitantes, com Centrais de Regulação para interações eletivas por incorporação ou não de recursos de informática, por região geográfica. Brasil, 2006

Região Natural	Central de regulação para interações eletivas									
	Sim Informatizado		Sim Manual		Não		Não sabe/Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0
N	3	33,3	0	0,0	5	55,6	1	11,1	9	100,0
NE	5	35,7	1	7,1	8	57,1	0	0,0	14	100,0
S	3	30,0	0	0,0	5	50,0	2	20,0	10	100,0
SE	10	34,5	2	6,9	15	51,7	2	6,9	29	100,0
Brasil	22	32,8	6	9,0	34	50,7	5	7,5	67	100,0

Em uma visão nacional, entre os municípios que se utilizam dessas centrais, 96,4% dos entrevistados o fazem para a própria população e para a população referenciada por outros municípios. Esse aspecto confirma o peso da regionalização na abrangência geográfica dessas centrais (gráfico 3).

Gráfico 03 - Origem da população atendida nas centrais de internações eletivas nos municípios acima de 250 mil habitantes. Brasil, 2006



Internações de urgência

Sobre a existência de centrais de regulação do acesso a internações de urgência, a tabela 03 nos mostra que 56,7% realizam busca de vagas para esse tipo de atendimento. 32,8% utilizam ferramentas de informática enquanto 23,9% executam estas funções por meio de processos manuais. Esse perfil se distingue das internações eletivas, uma vez que o percentual de centrais utilizando processos manuais é, aqui, significativamente maior, aspecto que requer atenção do ponto de vista do desenvolvimento de políticas que favoreçam a incorporação de ferramentas que tornem os processos mais eficientes. Os 38,8% que não realizam busca de vagas certamente exercem um controle precário sobre os leitos ofertados pelo SUS.

Tabela 03 - Municípios, acima de 250 mil habitantes, que realizam buscas de vagas para internações de urgência por incorporação ou não de recursos de informática. Brasil, 2006

Busca de vagas para internação de urgência	n	%
Sim Informatizado	22	32,8
Sim Manual	16	23,9
Não	26	38,8
Não-resposta	3	4,5
Total	67	100,0

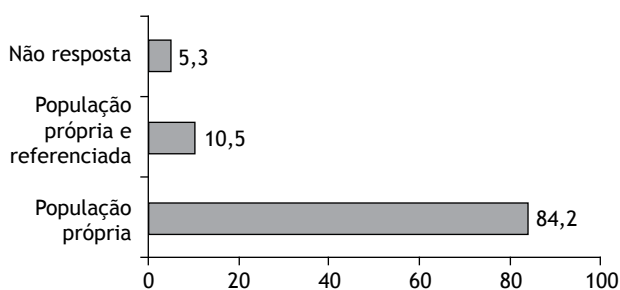
A comparação entre grandes regiões geográficas quanto a esse aspecto é mostrada na tabela 04, revelando uma situação bastante distinta daquela encontrada para as internações eletivas. Não há, na caracterização das centrais que realizam busca de vagas em internações de urgência, um padrão definido. Apenas as regiões Sul e Sudeste apresentam alguma semelhança, com proporções de municípios similares com centrais informatizadas - respectivamente de 30,0% e 31,0% - e centrais manuais - de 40,0% e 34,5%. As regiões que apresentam maior proporção de municípios com centrais informatizadas foram a Centro-Oeste, com 60,0%, e a Norte, com 44,4%. Destaca-se que a região Nordeste apresenta a maior proporção de municípios onde inexistente algum serviço que realize busca de vagas para internações de urgência: 64,3%. Acrescente-se, aqui, que essa última região concentra quatorze (14) dos sessenta e sete (67) municípios da pesquisa, o que revela um campo importante de intervenção a ser priorizado para a ampliação da capacidade de regulação do acesso à assistência hospitalar pelo SUS.

Tabela 04 - Municípios, acima de 250 mil habitantes, que realizam buscas de vagas para internações de urgência por incorporação ou não de recursos de informática nas grandes regiões geográficas. Brasil, 2006

Região Natural	Busca de vagas para internação de urgência									
	Sim Informatizado		Sim Manual		Não		Não sabe/Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	3	60,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	5	100,0
N	4	44,4	0	0,0	4	44,4	1	11,1	9	100,0
NE	3	21,4	2	14,3	9	64,3	0	0,0	14	100,0
S	3	30,0	4	40,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0
SE	9	31,0	10	34,5	9	31,0	1	3,4	29	100,0
Brasil	22	32,8	16	23,9	26	38,8	3	4,5	67	100,0

No plano nacional, 84,2% dos entrevistados declararam realizar busca de vagas para internação para a população própria e para a população referenciada por outros municípios, enquanto apenas 10,5% o fazem apenas para população própria. 5,3% dos entrevistados não responderam a esta questão (gráfico 04).

Gráfico 04 - Origem da população atendida nas centrais de urgência nos municípios acima de 250 mil habitantes. Brasil, 2006



Consultas especializadas

Na tabela subsequente registra-se que, entre os entrevistados, cerca de 70% organizaram centrais de marcação de consultas especializadas, sendo que 50,7% utilizam recursos de informática e 19,4% se valem de processos manuais para fazê-lo. De um lado, percebe-se que estamos diante de uma das atividades de regulação que mais vem se valendo de recursos de informática e, de outro, detecta-se, mais uma vez, uma parcela significativa excluída do uso destes recursos (tabela 05).

Tabela 05 - Municípios, acima de 250 mil habitantes, que possuem centrais de marcação de consultas especializadas por incorporação ou não de recursos de informática. Brasil, 2006

Central de marcação de consultas especializadas	n	%
Sim Informatizado	34	50,7
Sim Manual	13	19,4
Não	17	25,4
Não-resposta	3	4,5
Total	67	100,0

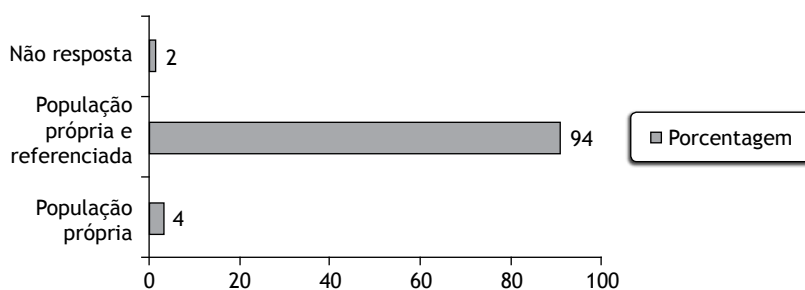
A distribuição por grandes regiões geográficas a seguir mostra que as proporções de municípios centrais com marcação de consultas especializadas informatizadas variaram entre 50% e 60% em todas as regiões, com exceção da região Norte, onde chegou a apenas um terço dos municípios (tabela 06). A presença de centrais com processos manuais, dignas de investimentos para eficiência dos processos de controle, apresentou maiores proporções nas regiões Sul, com 30%; Norte, com 22,2%; e Sudeste, com 20,7%. As maiores proporções de municípios sem centrais com essa modalidade regulatória foram encontradas na região Centro-Oeste, com 40%, e mais uma vez no Nordeste, com 35,7%.

Tabela 06 - Municípios, acima de 250 mil habitantes, que possuem centrais de marcação de consultas especializadas por incorporação ou não de recursos de informática em grandes regiões geográficas. Brasil, 2006

Região Natural	Central de marcação de consultas especializadas									
	Sim Informatizado		Sim Manual		Não		Não sabe/Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	3	60,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	5	100,0
N	3	33,3	2	22,2	3	33,3	1	11,1	9	100,0
NE	7	50,0	2	14,3	5	35,7	0	0,0	14	100,0
S	5	50,0	3	30,0	1	10,0	1	10,0	10	100,0
SE	16	55,2	6	20,7	6	20,7	1	3,4	29	100,0
Brasil	34	50,7	13	19,4	17	25,4	3	4,5	67	100,0

Em dimensões nacionais, o agendamento de consultas especializadas é realizado para a população própria e referenciada em 93,6% dos entrevistados e apenas para a população própria em 4,3%.

Gráfico 05 - Origem da população atendida nas centrais de consultas especializadas nos municípios acima de 250 mil habitantes. Brasil, 2006



Exames e outros procedimentos especializados

Sobre a existência de centrais de marcação de exames e outros procedimentos especializados, as informações resumidas encontram-se totalizadas na tabela seguinte, onde se constata que quase 60% dos municípios utilizam esse instrumento, sendo que, dos que o fazem, 35,8% se vale de ferramentas de informática enquanto 23,9% utilizam processos manuais. Nota-se aqui que, comparativamente com as centrais de marcação de consultas especializadas, menores níveis de utilização de recursos de informática.

Tabela 07 - Municípios, acima de 250 mil habitantes, que possuem centrais de marcação de exames e outros procedimentos por incorporação ou não de recursos de informática. Brasil, 2006

Central de marcação de exames e procedimentos especializados	n	%
Sim Informatizado	24	35,8
Sim Manual	16	23,9
Não	24	35,8
Não-resposta	3	4,5
Total	67	100,0

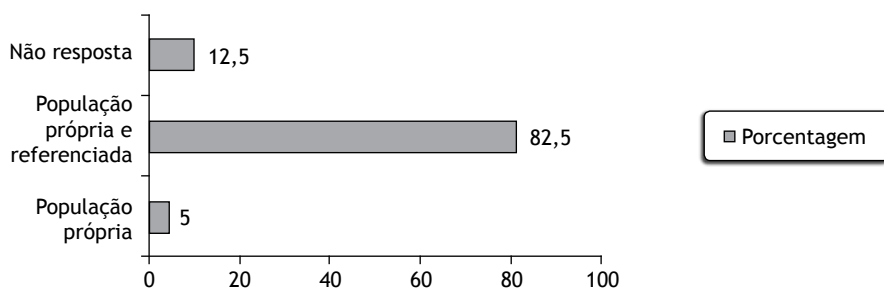
A tabela de distribuição dos municípios por grandes regiões geográficas aponta que a proporção de centrais informatizadas variou entre aproximadamente 30% e 40% entre as várias regiões, à exceção da região Sul, onde foi de apenas 20,0% (tabela 8). Esta última, aliás, liderou com folga a proporção das centrais utilizando processos manuais, que foi de 40,0%, seguida pela região Sudeste com 31,0%. As maiores proporções de municípios que declararam inexistirem centrais para marcação de exames e outros procedimentos especializados foram da região Centro-Oeste e Nordeste, respectivamente com 60,0% e 57,1%.

Tabela 08 - Municípios, acima de 250 mil habitantes, que possuem centrais de marcação de exames e outros procedimentos por incorporação ou não de recursos de informática em grandes regiões geográficas. Brasil, 2006

Região Natural	CENTRAIS de marcação de exames e procedimentos especializados									
	Sim Informatizado		Sim Manual		Não		Não sabe/Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	2	40,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	5	100,0
N	3	33,3	2	22,2	3	33,3	1	11,1	9	100,0
NE	5	35,7	1	7,1	8	57,1	0	0,0	14	100,0
S	2	20,0	4	40,0	3	30,0	1	10,0	10	100,0
SE	12	41,4	9	31,0	7	24,1	1	3,4	29	100,0
Brasil	24	35,8	16	23,9	24	35,8	3	4,5	67	100,0

No plano nacional, o gráfico 06 mostra que, dos que se utilizam deste instrumento, 5,0% agendam estes procedimentos apenas para a população própria, enquanto 82,5% o fazem para a população própria e para a população referenciada por outros municípios.

Gráfico 06 - Origem da população atendida nas centrais de exames nos municípios acima de 250 mil habitantes. Brasil, 2006



■ 4.5 Protocolos Assistenciais

Dentre os componentes da ação regulatória, o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais é a atividade central da regulação de acesso e o estabelecimento de regras padronizadas neste fluxo é parte fundamental na sua estruturação. Na prática a ação regulatória pode ser vista como o processo de avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de regulação, devendo ser observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos, buscando sempre disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada para cada caso.

A ação regulatória pode ser executada por profissional competente, desde que devidamente treinado, trabalhando preferencialmente à luz dos protocolos assistenciais e de regulação. Entretanto, é restrita à ação do profissional médico quando envolver atendimentos de urgência e procedimentos que exijam autorização, por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC).

Os protocolos assistenciais inserem a prática da medicina baseada em evidências, para subsidiar as decisões terapêuticas, já os protocolos de regulação orientam quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolatividade de cada um deles. Estes últimos, embora específicos, estão contidos por aqueles.

O levantamento da situação de complexos reguladores em municípios acima de 250 mil habitantes aponta que a utilização de protocolos assistenciais é tão insipiente quanto o estabelecimento dos complexos regulatórios. Apesar da racionalidade decorrente da utilização de condutas assistenciais padronizadas baseadas em evidências, sua utilização efetivamente incorporada como prática e instrumento de eficiência em nosso meio ainda não se consolidou e neste campo de atuação o desafio posto é enorme.

Os resultados do levantamento revelam que 35,8% dos municípios estudados afirmaram dispor de projetos para implantação de protocolos assistenciais, 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 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.

Em uma análise de conjunto, é digno de nota o contraste entre, de um lado, a valorização, pelos municípios, das centrais de marcação e agendamento para consultas e

exames especializados e, de outro, a relativa despreocupação quanto à organização dos protocolos de regulação que, diferentemente das centrais, organizam o próprio fluxo de solicitações de procedimentos antes mesmo que estas cheguem às centrais.

A análise deste tema foi a que demonstrou as maiores discrepâncias entre as regiões brasileiras. Enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores freqüências de municípios com projetos, respectivamente com 60,0% e 48,3%, no Nordeste e Norte estes percentuais chegaram a apenas 7,1% e 11,1%. Além destas duas últimas regiões, deve-se registrar que também na região Centro-Oeste, a freqüência de municípios sem projetos contemplando os protocolos assistenciais é igual ou maior que 60%. Estes dados sugerem que uma reversão deste quadro no plano nacional passa por uma política com forte presença nestas três últimas regiões (tabela 09).

Tabela 09 - Municípios, acima de 250 mil habitantes, com plano ou projeto contemplando protocolos assistenciais por grande região geográfica do País. Brasil, 2006

Região Natural	Protocolos assistenciais									
	Sim		Em construção		Não		Não sabe/Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	2	40,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	5	100,0
N	1	11,1	1	11,1	6	66,7	1	11,1	9	100,0
NE	1	7,1	4	28,6	9	64,3	0	0,0	14	100,0
S	6	60,0	0	0,0	3	30,0	1	10,0	10	100,0
SE	14	48,3	3	10,3	12	41,4	0	0,0	29	100,0
Brasil	24	35,8	8	11,9	33	49,3	2	3,0	67	100,0

Em relação à utilização destes instrumentos na prática atual dos municípios pesquisados, cerca de 61,2% afirmaram possuir protocolos assistenciais para regulação de encaminhamentos derivados de um atendimento para outros procedimentos.

Pela tabela 10, entretanto, percebe-se que essa proporção varia significativamente entre as grandes regiões geográficas do País. Suas maiores proporções foram verificadas nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste - respectivamente com 70,0%, 69,0% e 64,3% -, enquanto no Centro-Oeste chegou a 40% e, na região Norte, a apenas 33,3%. Em que pese nossa suspeita de que, por “protocolos de regulação”, os respondentes entendam coisas bastante diferentes - eventualmente para uns signifique o conjunto de procedimentos

para tratar de uma doença, para outros alguns critérios para autorizar um determinado procedimento especializado ou, ainda, orientações o que fazer e quando encaminhar o paciente para determinados procedimentos diante de um determinado quadro clínico - os dados reforçam o já apontado sobre a existência de protocolos assistenciais nos projetos de regulação, isto é, prioridades regionais do ponto de vista da necessidade de investimentos para apoiar a incorporação deste instrumento aos processos regulatórios.

Tabela 10 - Utilização de Protocolos de Regulação pelos municípios estudados, acima de 250 mil habitantes, por região do País. Brasil, 2006

Região Natural	PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO							
	Sim		Não		Não sabe/Não respondeu		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
CO	2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	100,0
N	3	33,3	4	44,4	2	22,2	9	100,0
NE	9	64,3	5	35,7	0	0,0	14	100,0
S	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0
SE	20	69,0	8	27,6	1	3,4	29	100,0
Brasil	41	61,2	22	32,8	4	6,0	67	100,0

Considerando os fluxos de encaminhamento entre atendimento de origem e procedimento de destino, 80,5% afirmaram que os protocolos orientam encaminhamentos da atenção básica para a média complexidade; 65,9% orientam encaminhamentos da média complexidade para a alta complexidade; 39,0% o fazem entre procedimentos de média complexidade e 31,7% o fazem entre procedimentos de alta complexidade.

Considerando os 41 municípios que elaboraram e utilizam protocolos assistenciais, as especialidades que figuraram com maior frequência entre estes foram a Cardiologia, que apareceu em 48,8% dos casos; a Neurologia, com 41,5%; a Ortopedia, com 26,8%; a Oftalmologia, com 24,4%; a Oncologia, com 19,5%; a Pediatria, com 17,1%; a Clínica Médica e a Obstetrícia, com 14,6% e a Endocrinologia, com 12,2%.

Quanto aos problemas que motivaram a elaboração dos protocolos assistenciais para regulação dos encaminhamentos, as informações obtidas por especialidade sugerem que o principal é o excesso de demanda, que foi citado cento e quatorze (114) vezes, seguido

pelo custo dos procedimentos, com sessenta e oito (68) citações, e pelas restrições de oferta, com cinquenta (50) citações. A Tabela 11 apresenta estes resultados.

Tabela 11 - Especialidades prioritárias para o estabelecimento de protocolos nos municípios acima de 250 mil habitantes. Brasil, 2006

Especialidades	N = 41		Custo elevado		Demanda excessiva		Escassez de oferta		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologia	20	48,8	10	50,0	14	70,0	8	40,0	3	15,0
Neurologia	17	41,5	9	52,9	12	70,6	6	35,3	2	11,8
Ortopedia	11	26,8	5	45,5	7	63,6	5	45,5	1	9,1
Oftalmologia	10	24,4	3	30,0	9	90,0	1	10,0	0	0,0
Oncologia	8	19,5	6	75,0	3	37,5	2	25,0	2	25,0
Pediatria	7	17,1	2	28,6	5	71,4	1	14,3	1	14,3
Clínica médica	6	14,6	1	16,7	6	100,0	3	50,0	2	33,3
Obstetrícia	6	14,6	2	33,3	1	16,7	1	16,7	4	66,7
Endocrinologia	5	12,2	2	40,0	3	60,0	2	40,0	1	20,0
Ginecologia	4	9,8	1	25,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0
Otorrinolaringologia	4	9,8	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0
Psiquiatria	3	7,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	2	66,7
Ressonância	3	7,3	1	33,3	2	66,7	1	33,3	0	0,0
Reumatologia	3	7,3	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0
Urologia	3	7,3	2	66,7	1	33,3	3	100,0	0	0,0
Vascular	3	7,3	2	66,7	1	33,3	1	33,3	0	0,0
Angiologia	2	4,9	1	50,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Cirurgia	2	4,9	1	50,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Cirurgia vascular	2	4,9	1	50,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Dermatologia	2	4,9	1	50,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Hemodiálise	2	4,9	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Mamografia	2	4,9	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0

Neurocirurgia	2	4,9	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Tomografia	2	4,9	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Traumato ortopedia	2	4,9	2	100,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0
Traumatologia	2	4,9	1	50,0	2	100,0	2	100,0	1	50,0
Ultra-sonografia	2	4,9	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0

Um levantamento preliminar sobre as principais situações a serem padronizadas em relação ao fluxo de encaminhamento entre níveis de complexidade de atenção está em fase de conclusão e orientará o início da construção do Manual de Protocolos de Regulação a ser feito por grupo de trabalho interdepartamental do Ministério da Saúde, representação de estados e municípios, instituições acadêmicas e sociedades científicas, previsto para o ano de 2006, complementará os trabalhos já iniciados de protocolos assistenciais pelos outros departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

■ 4.6 Financiamento dos Complexos Reguladores

A constituição de complexos reguladores permite aos gestores articular e integrar os dispositivos de regulação do acesso como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos de regulação com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial, avaliação, e com outras funções de gestão como a programação e a regionalização. São instrumentos que permitem absorver a assistência em uma estrutura de regulação, produzindo dados relacionados com a resolubilidade real e não burocrática do sistema.

Regular a oferta e a demanda por meio de complexos reguladores possibilita a organização das ações de regulação do acesso a fim de garantir a integralidade das ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade.

A partir da publicação da portaria que institui a Política Nacional de Regulação, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de estabelecer incentivos financeiros destinados à implantação/implementação de complexos reguladores, publicou a portaria SAS nº 494, de 30 de junho de 2006, com o montante de recursos para essa finalidade que serão repassados a estados e municípios, bem como o Manual de Orientações para Implantação dos complexos reguladores, disponível no CD-ROM, em anexo.

■ 4.7 Sistemas de Informação para as Centrais de Regulação

A realidade local deve definir a condução da estratégia de informação e informática para as centrais de regulação. Contudo, a opção por utilizar um fluxo informatizado requer atenção especial para o sistema de informações que irá operacionalizar esse fluxo. O sistema informatizado deve ser compatível e estar em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde e com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Cartão Nacional de Saúde (CNS), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), além de permitir todos os tipos de consultas e relatórios possíveis e necessários.

São objetivos de um Sistema Informatizado de Regulação:

- Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada.
- Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada.
- Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e os municípios.
- Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados.
- Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda.
- Subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso.
- Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

Para atingir os objetivos propostos e operar a Central de Regulação, um Sistema de Regulação deverá ter as seguintes funcionalidades:

- Configurar controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado.
- Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade da mesma;
- Configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o seu controle financeiro (opcional).
- Configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro (opcional).
- Permitir a hierarquização entre as Centrais de Regulação.
- Interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH).

- Gerar arquivos para bases de dados nacionais.
- Gerar relatórios operacionais e gerenciais.

Para possibilitar ações regulatórias para consultas, exames e internações, faz-se necessário que o sistema consiga:

- Gerar agenda por especialidade, subespecialidade, profissional e período de validade desta.
- Distribuir cotas por Unidade Solicitante e tipos de consultas/procedimentos: 1ª vez e retorno.
- Possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento, CID com a identificação dos pacientes.
- Configurar impedimentos por estabelecimento e profissional.
- Gerar mapa de leitos com atualização dinâmica.
- Autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIHs e APACs.
- Acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador.
- Controlar o fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares (admissão, acompanhamento da internação e alta) e ambulatoriais (solicitação, agendamento e atendimento).
- Acompanhar os atendimentos e internações agendadas.
- Detectar a ocorrência de cancelamentos de internações, e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas.
- Subsidiar os setores de controle, avaliação e auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar e a qualidade da assistência.

Esse rolário de funções está contido em diversos sistemas disponibilizados para as centrais de regulação em diferentes graus de abrangência. O Ministério da Saúde, dando seguimento ao sistema inicialmente construído (SISREG) está finalizando as melhorias solicitadas pelos seus vários usuários e disponibilizará essa nova versão ainda no segundo semestre de 2006, que contará com o compromisso de apoio e manutenção pela equipe da Datasus. Algumas ações locais realizadas e apoiadas pelo Ministério da Saúde resultaram em sistemas informatizados em plataformas tecnológicas diversas e estão também sendo disponibilizadas para os gestores, sendo que estas últimas necessitam

uma contrapartida local para a instalação de “hardware” e estabelecimento de equipes competentes nestas tecnologias.

Concomitantemente, o Ministério da Saúde, através da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), induziu a criação de um Comitê Temático Interdisciplinar que estará estabelecendo os requisitos de padronização para “softwares” de Regulação, visando à sua padronização desde conceitos e conteúdos a interoperabilidade de sistemas, garantindo um norteamento para o desenvolvimento de aplicativos específicos da área.

■ 4.8 Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)

A função que diz respeito à Regulação do Acesso de alguns procedimentos da Alta Complexidade, cuja gerência está sob responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), demandou ajustes, principalmente frente ao processo do Pacto de Gestão e de sua proposta de “choque de descentralização”, resultando na publicação da Portaria SAS nº 39, de 06 de fevereiro de 2006, que, entre outras mudanças, institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). O histórico de utilização desta central de regulação tem subsidiado as outras áreas do Ministério da Saúde na reformulação de suas políticas assistenciais específicas e aponta possibilidades de intervenção no estabelecimento de novos serviços no País através da implantação das redes assistenciais de alta complexidade.

■ 4.9 Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)

A avaliação da atenção à saúde no SUS, apesar de integrante do processo de planejamento, é muito pouco praticada, necessitando de políticas específicas e construções metodológicas coletivas. Compreende a avaliação da qualidade e satisfação dos usuários dos serviços de saúde bem como a avaliação dos sistemas de produção da atenção na execução das ações programadas e pactuadas e dos resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população.

Desde 1998, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de Pronto Socorro, Ambulatório e Internação, além da aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários.

O PNASH foi realizado nos anos de 2001 e 2002. Seu objetivo principal foi a avaliação dos serviços hospitalares, classificando-os em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. A área de saúde mental teve um desdobramento específico por conta desses resultados, gerando impacto na gestão e financiamento dos leitos psiquiátricos.

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde optou por reformular o PNASH, com o objetivo de torná-lo mais amplo, para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde. Assim, a partir de 2004/2005, passou a denominá-lo *PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS)*.

O objetivo do PNASS é avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões. Avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade.

O primeiro desafio metodológico foi desenvolver um instrumento que possibilitasse uma avaliação abrangente, contemplando as mais diferentes realidades. Por conta disto, foram definidas quatro dimensões avaliativas:

- Roteiro de padrões de conformidade.
- Indicadores de produção.
- Pesquisa de satisfação dos usuários.
- Pesquisa das condições e relações de trabalho.

O segundo desafio foi o de possibilitar uma avaliação que permitisse investigar serviços de complexidades distintas, sem que houvesse a necessidade de instrumentos específicos para cada serviço. Por esse motivo, o Roteiro de Padrões de Conformidade foi desenvolvido com critérios que podem ser aplicados nas mais diversas combinações, de acordo com as diferentes realidades dos serviços.

O Roteiro de Padrões de Conformidade está baseado em um sistema de auto-avaliação. Será aplicado um roteiro pelo estabelecimento e outro pelo gestor local. Para efeito avaliativo, será considerada, no cálculo dos resultados, a avaliação realizada pelo gestor local. O processo de auto-avaliação contribui para a estruturação dos serviços de saúde à medida que possibilita o autoconhecimento, por meio da identificação da realidade e necessidades locais. Dessa maneira, o PNASS induz a um processo educativo voltado para os serviços de saúde, uma vez que disponibiliza toda a base legal em que o Roteiro de Padrões de Conformidade foi baseado.

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários é realizada pelo gestor local em todos os serviços de saúde, segundo uma amostragem referente à produção de atendimentos/dia, contida em manual.

O cálculo amostral para a quantidade de entrevistas da Pesquisa das Relações e Condições de Trabalho será realizado de acordo com o número de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Quanto ao fluxo das informações de entrada e saída de dados, este será gerenciado pelo Sistema de Informação do PNAS (S.I. PNAS), disponível na Internet (<http://pnas.datasus.gov.br>). O fluxo se inicia com a inserção de uma senha de acesso específica para cada gestor. A partir disto, serão disponibilizadas as informações dos estabelecimentos de saúde, amostra das pesquisas e indicadores.

Para a avaliação dos critérios, foram definidos padrões de conformidade sentinelas, ou seja, itens que sinalizam risco ou qualidade, classificados como **imprescindíveis (I)**, **necessários (N)** e **recomendáveis (R)**. Em cada critério, há dois itens para cada classificação, totalizando seis itens por critério.

Os padrões classificados como **Imprescindíveis** são exigidos em normas e o não cumprimento desses acarreta riscos imediatos à saúde. Nesse momento, é identificada a necessidade de intervenção urgente. Os padrões classificados como **Necessários** também são exigidos em normas e o não cumprimento acarreta riscos, mas riscos mediatos. Uma vez que não cumprido pelo serviço, é definido prazo para adequação. Os padrões **Recomendáveis** não estão descritos em normas e determinam um diferencial de qualidade na prestação do serviço.

A análise de indicadores é uma das dimensões avaliativas do PNAS. A base de dados a ser utilizada será a do CNES, SIA, SIH e APAC e os indicadores utilizados serão os tradicionais de avaliação, descritos em base normativa do Ministério da Saúde. Será analisada a adequação mediante parâmetros estabelecidos pela média regional e nacional de grupos de diferentes tipologias de serviços (considerando grupos mais homogêneos que permitam maior comparabilidade) e tendência.

Pesquisas de Satisfação de Usuários e Trabalhadores

Os itens a serem verificados na Pesquisa de Satisfação dos Usuários são os seguintes:

- Agilidade no Agendamento da Consulta.
- Agilidade no Atendimento.

- Acolhimento.
- Confiança.
- Ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído).
- Roupas.
- Alimentação.
- Marcas da Humanização.
- Gratuidade.
- Expectativa sobre o serviço.

A realização da Pesquisa de Satisfação dos Usuários está baseada em três etapas: Apresentação, Execução e Conclusão. O sucesso da entrevista depende do bom desempenho de todas estas etapas.

A Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho será realizada por meio de questionário de autopreenchimento pelos profissionais de saúde das classes médica, enfermagem (técnico e auxiliar) e administrativa (auxiliar), avaliando o clima organizacional e a percepção frente à qualidade dos serviços prestados.

Resultados

Na instituição do Programa, por meio da PT nº 382/6M de 10/03/05, estavam previstos 9.747 serviços de saúde a serem avaliados, sendo que, até junho de 2006, foram respondidos 6.191 roteiros de padrões de conformidade pelos gestores municipais/estaduais.

A tabela 12 demonstra o percentual de respostas por tipo de avaliação.

Tabela 12 - Percentual de respostas do PNAAS segundo o tipo de avaliação. Brasil, 2006

	Auto-Avaliação %	Avaliação dos Gestores %	Satisfação dos usuários %	Relações de Trabalho %
Não iniciada	75,34	32,16	35,80	35,16
Em andamento	1,5	4,3	6,3	6,3
Finalizada	23,09	63,51	58,19	58,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MS/SAS/DRAC/CGRA/SiPNAAS - <http://pnass.datasus.gov.br>

O resultado da classificação do roteiro de Padrões de Conformidade, preenchido pelos gestores, nos estabelecimentos avaliados, resultou em 47% como Regular; 29% como Ruim; 10% Bom; 8% Muito Ruim; e 6% Muito Bom. A pesquisa de Condições e Relações de Trabalho resultou em 54 % Bom; 45% Regular; e 1% Ruim, e a de Satisfação dos Usuários concentrou-se entre 53% Bom e 45% Regular.

Esses resultados, ainda preliminares, serão divulgados em um encontro nacional que pretenderá discutir e apontar as estratégias para a atuação do programa, a reformulação e atualização dos questionários; a otimização do sistema informatizado, a capacitação dos técnicos para sua aplicação e a utilização dos resultados para melhoria da gestão dos serviços de saúde.

■ 4.10 Instrumentos para a Operacionalização da Política de Regulação

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

A gerência do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a fim de que este fosse utilizado como base para o processamento dos sistemas SIA e SIH, a partir da competência agosto de 2003, demandou do departamento o suporte técnico aos estados e aos municípios, capacitando-os na operacionalização do SCNES e permitindo resultados mais próximos da situação atual no país, no que se refere à capacidade instalada, rede e oferta atualizada não só de estabelecimentos, serviços especializados e profissionais bem como de equipamentos. O objetivo de uma nova versão é proporcionar aos gestores um sistema mais moderno, amigável, de fácil compreensão e operacionalização, em um banco de dados georeferenciado, em plataforma livre, bem como a possibilidade de qualificar o cadastro, buscando compatibilizar o sistema às políticas implantadas/implementadas pelo Ministério da Saúde.

Descentralização do SIH-SUS (SIHD)

O SIH-SUS, implantado em 1990 e até então processado exclusivamente no âmbito federal, está descentralizado através do **Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD)** de forma a abranger também as esferas estadual e municipal, ampliando a autonomia desses gestores no processamento das informações relativas a internações hospitalares, possibilitando, entre outros benefícios: 1) garantir instrumento de auxílio para as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria; 2) dar conhecimento,

aos gestores locais, das informações de internações com agravos de notificação para avaliação e tomada de decisão da vigilância epidemiológica; 3) realizar, pelos gestores descentralizados, o processamento integral da produção hospitalar dos estabelecimentos públicos de saúde, contratados e/ou conveniados ao SUS; 4) disponibilizar relatórios contendo informações dos valores brutos da produção, subsidiando o setor financeiro da SES/SMS e viabilizando o relatório de pagamento dos prestadores; 5) armazenar dados das internações hospitalares; 6) calcular o valor global produzido pelos prestadores e o acompanhamento dos tetos financeiros estabelecidos na programação.

O sistema descentralizado foi implantado em abril de 2006 em âmbito nacional, e está sendo utilizado por todas as unidades federais.

Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS

A unificação da tabela de procedimentos hospitalares, ambulatoriais, incluindo os medicamentos e insumos estratégicos é um passo imprescindível para integração e consolidação de uma base de dados única de informações, assim como premissa básica para a construção do Sistema Unificado de Informação de Atenção à Saúde.

O grupo técnico responsável pelo desenvolvimento e consolidação da unificação das tabelas de procedimentos ambulatorial e hospitalar foi constituído pela PT. GM N° 1.160, de 07 de julho de 2005, e teve como objetivo principal integrar as bases de informações dos Sistemas do SUS (SIA e SIH), tendo em vista a construção do Sistema Unificado de Informação de Atenção à Saúde.

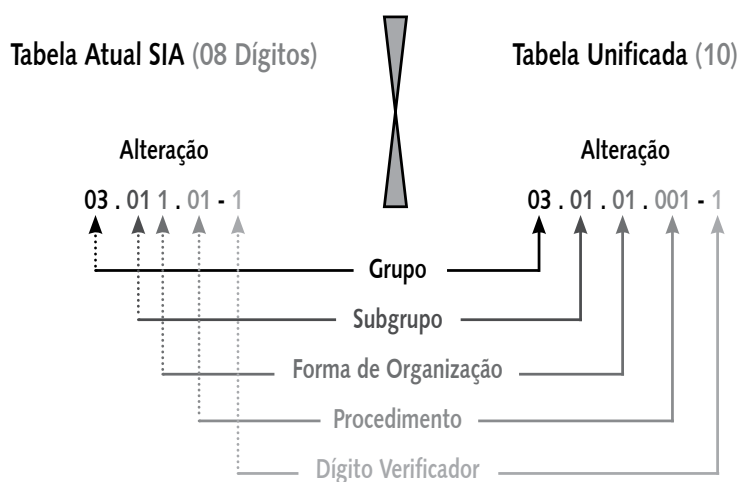
Critérios adotados para a construção da estrutura da tabela:

- Definir **Grupos** que correspondem a grandes áreas de atenção à saúde, aos quais será incorporado o maior número de procedimentos possível, conforme a natureza, de forma a facilitar a localização dos mesmos na tabela geral.
- Definir, para cada grupo, **Subgrupos** capazes de aglutinar o maior número de procedimentos que possuam variáveis idênticas e/ou outros níveis de similaridades que permitam o seu agrupamento, com a denominação de fácil identificação.
- Definir **Formas de Organização** para cada Subgrupo que seja capaz de acomodar o maior número possível de procedimentos, preservando a identidade do conjunto.
- Definir **Atributos** para cada procedimento de forma a racionalizar o número total de procedimentos da tabela, a partir das características comuns e permitir a construção de críticas no sistema de informação.

- Instituir o atributo **Modalidade de atendimento** (ambulatório internação).
- Levantar rol de variáveis que possam auxiliar na redefinição de valores, considerando a modalidade do atendimento.
- Redefinir os componentes que compõem os valores finais dos procedimentos;
- Adequar à tabela de valores de referência nacional, considerando a descentralização e a autonomia do gestor local na definição da forma de contratação da prestação de serviços pelo SUS.

Nova estruturação do código de procedimentos

Figura 03 - Estrutura de Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos



O Ministério da Saúde submeteu à Consulta Pública nº 05, de 04 de Outubro de 2005, a estrutura da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS, cuja implantação está prevista para o primeiro trimestre de 2007.

Destaca-se, ainda, a necessidade da reestruturação das tabelas de procedimentos do SIA e SIH, de modo a contribuir para uma futura e desejada integração de todos os sistemas de informação da assistência e da vigilância à saúde, baseado na captura de dados essenciais e na identificação única de estabelecimentos, profissionais e usuários do SUS.

■ 4.11 Proposta de Reformulação da Lógica de Programação

A formulação da nova lógica de Programação Pactuada e Integrada ocorreu concomitantemente à definição de Política Nacional de Regulação, sendo um processo compartilhado que envolveu diversos setores do MS, o CONASS, CONASEMS e experiências acumuladas de diversas secretarias estaduais e municipais de saúde. Suas diretrizes estão dispostas na portaria nº 1097/GM de 22 de maio de 2006, que apresenta os seguintes eixos orientadores:

1. Centralidade da atenção básica.
2. Integração das programações.
3. Novas aberturas programáticas.
4. Fontes dos recursos programados.
5. Processo de programação - relação intergestores.

Na busca da integralidade da atenção à saúde o modelo que se propõe é o da conformação de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação. Pretende-se, com sua organização, garantir da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de atenção.

Segue abaixo alguns itens importantes para implantação desta proposta:

- Centralidade da programação a partir da atenção básica.
- Programação da atenção básica e média complexidade ambulatorial considerando as áreas prioritárias definidas pelos gestores.
- Destaque para as prioridades definidas nos planos de saúde.
- Flexibilidade no seu nível de agregação dos procedimentos, seguindo a estrutura da tabela unificada para a área ambulatorial.
- Programação por clínicas na área hospitalar.
- Programação descendente na alta complexidade e ascendente na média complexidade.
- Parâmetros de atenção básica e de média complexidade construídos a partir das áreas prioritárias do Ministério da Saúde.
- Utilização de referência em séries históricas de produção para as ações não priorizadas ou de difícil parametrização.

- Programação dos procedimentos estratégicos de acordo com as aberturas programáticas definidas.
- Programação das ações executadas pelos serviços financiados por valores globais.
- Integração da programação da assistência com a programação da vigilância à saúde.
- Identificação das ações de média e alta complexidade assistenciais decorrentes dos agravos priorizados pela vigilância.
- Instrumento de programação com uma plataforma comum, preservadas as especificidades do objeto de trabalho de cada área.
- Fortalecimento da programação municipal permitindo ao município definição de prioridades e parâmetros a serem adotados.
- Programação regional de saúde com avaliação das necessidades de capacidades regionais, pactuação de referências intermunicipais, intra e interestaduais.
- Possibilidade de programação distrital.
- Desagregação da programação municipal até o estabelecimento de saúde (PPI intramunicipal).
- Programação dos recursos de fontes estaduais e municipais.

A cada mudança motivada por abertura de novos serviços, fechamento de serviços, novos pactos de referência, aumento de limite financeiro, aumento de valor de tabela, etc., a programação tem que ser alterada. Essa alteração pode incidir diretamente no estabelecimento de saúde (quando não houver impacto nas referências intermunicipais) ou partir de uma resolução das CIB passando por alterações nos pactos intermunicipais e chegando ao estabelecimento de saúde.

Parâmetros para a Programação de Ações de Saúde

Para melhor embasar o processo de programação, é importante a definição de parâmetros de referência. Os parâmetros assistenciais baseados unicamente em séries históricas de produção podem reproduzir os desvios já existentes no Sistema de Saúde, porém, não se pode cair no equívoco de desprezá-los. Para possibilitar que se tenha outra fonte que signifique um avanço, são necessários ajustes nas aberturas programáticas que permitam a incorporação de parâmetros recomendados por instituições de notório saber em determinadas áreas de conhecimento.

Para definir parâmetros para a programação das ações da assistência, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas coordenou um grupo de trabalho formado por representantes de áreas técnicas da Secretaria de Atenção à Saúde e da Secretaria de Vigilância à Saúde.

Os parâmetros de concentração e cobertura propostos pelas áreas técnicas partiram das ações da atenção básica apontando para as ações de média complexidade. Buscou-se, desta forma, orientar a programação reconhecendo o papel protagônico da atenção básica e caracterizando a média complexidade como um estágio aberto às demandas da atenção básica, com o papel de lhe conferir maior resolubilidade.

Representam recomendações técnicas que podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com as realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras. Destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo subsídios para:

- a) a análise da necessidade da oferta de serviços assistenciais à população;
- b) a elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI);
- c) o acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS.

Para a sua elaboração, foram considerados, entre outros:

- a) os consensos estabelecidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde;
- b) as séries históricas de produção de atendimento prestado aos usuários do SUS;
- d) a experiência de serviços de saúde;
- e) as contribuições recebidas por meio da Consulta Pública SAS/MS N° 02, de 06 de julho de 2005.

A metodologia utilizada para sua construção considerou as áreas estratégicas, subdivididas em áreas de atuação. Para cada área de atuação, foram definidos: população alvo, prevalência ou incidência quando procedente, cobertura, ações propostas e as suas respectivas necessidades estimadas (parâmetros de concentração expressos em ações per capita). Este trabalho teve como objetivo apresentar aproximações que possam ser criticadas e melhoradas continuamente, à medida que suscitem e induzam a avaliação das situações reais e a pesquisa científica aplicada.

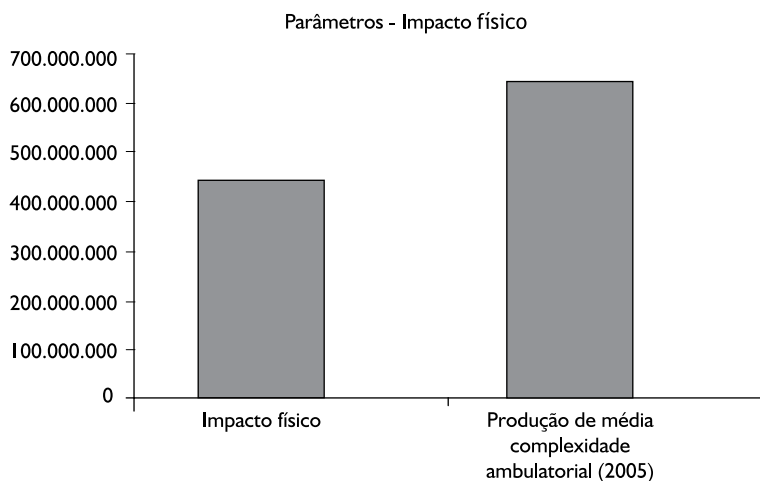
Foram elaborados parâmetros para as seguintes áreas:

- ▶ Saúde da Mulher
 - Pré-natal
 - Planejamento familiar
 - Câncer de colo uterino
 - Câncer de mama
- ▶ Saúde da Criança
 - Crescimento e desenvolvimento
 - Doenças preveníveis
 - Afecções respiratórias
 - Asma
 - Diarréia
 - Saúde Ocular
 - Triagem Auditiva neonatal
- ▶ Saúde do Adolescente
- ▶ Saúde do Adulto
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertensão Arterial
- ▶ Saúde do Idoso
- ▶ Saúde Bucal
 - Procedimentos coletivos
 - Procedimentos individuais
- ▶ Saúde Nutricional
 - Desnutrição
 - Desnutrição leve e moderada
 - Desnutrição grave
 - Anemia
 - Hipovitaminose A
 - Obesidade em Adultos
 - Obesidade em Crianças
- ▶ Saúde do Trabalhador
 - Dermatoses ocupacionais
 - Exposição a materiais biológicos
 - Lesão de Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares
 - Relacionados ao Trabalho - LER/DORT

- Pneumoconioses
- Perdas Auditivas Induzidas por Ruído - PAIR
- Exposição ao chumbo
- Exposição ao benzeno
- Intoxicação por agrotóxicos
- ▶ Saúde Mental
 - Saúde Mental na Atenção Básica
 - Centros de Atenção Psicossocial
 - Ambulatórios
 - Desinstitucionalização
 - Leitos Integrais em Saúde Mental
- ▶ Urgências
 - Demanda espontânea e pequenas urgências
 - Atendimento pré-hospitalar
- ▶ Hepatites Virais
 - Hepatite B
 - Hepatite C
- ▶ DST/AIDS
 - Diagnóstico
 - Sífilis em gestantes/parturientes
 - HIV em gestantes
 - HIV em parturientes
 - HIV na população geral
 - Acompanhamento clínico em portadores HIV
- ▶ Hanseníase
- ▶ Tuberculose
- ▶ Meningite
- ▶ Malária

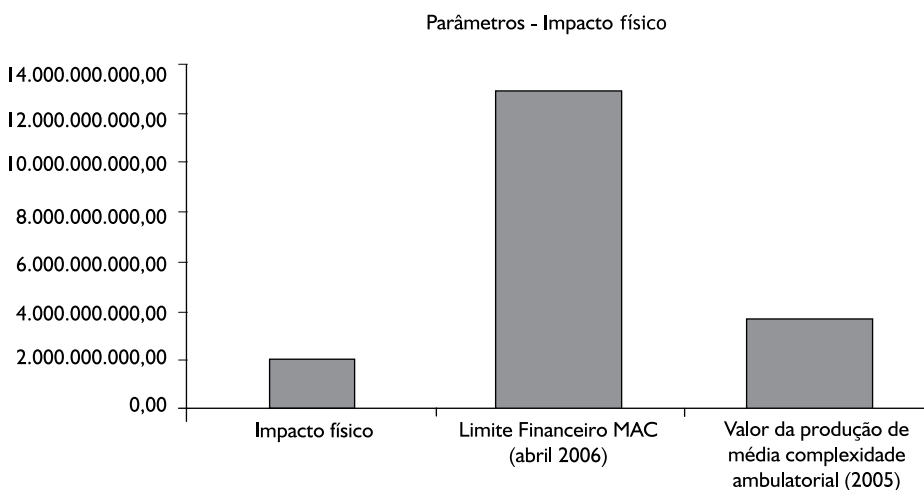
Para embasar a utilização dos parâmetros para a programação das ações da assistência, foi realizado um estudo visando estimar o seu impacto físico e financeiro, por área estratégica e por unidade federada. Observou-se que o quantitativo de ações de média complexidade resultante da aplicação dos parâmetros corresponde a 69,40% da produção nacional de média complexidade ambulatorial (2005).

Gráfico 07 – Impacto físico resultante da utilização dos parâmetros assistenciais prioritários e total da produção da Média e Alta Complexidade – MAC. Brasil, 2005



O valor resultante da sua aplicação corresponde a 15,19% da soma dos limites financeiros de média e alta complexidade das unidades federadas (abril/2006) e a 52,92% do valor produzido da média complexidade ambulatorial (2005).

Gráfico 08 – Impacto financeiro resultante da utilização dos parâmetros assistenciais prioritários, limite financeiro da produção da Média e Alta Complexidade (abril 2006) e valor da produção – MAC 2005. Brasil, 2005



Na seqüência estão dispostos gráficos que demonstram o impacto físico e financeiro por área estratégica.

Tabela 13 – Impacto físico e financeiro resultante da utilização dos parâmetros por área estratégica. Brasil, 2005

Área estratégica	Impacto físico	Impacto financeiro
Adolescente	0	0
Adulto	186.623.524	707.752.034,09
AIDS	23.811.792	85.004.854,83
Bucal	4.220.562	75.151.716,33
Criança	1.044.290	8.618.767,51
Hanseníase	318,25	947.509,92
Hepatite	4.175.591	77.828.456,25
Idoso	89.568.719	358.968.597,11
Malária	0	0
Meningite	215	867.409,59
Mental	42.890.894	189.177.508,15
Mulher	43.140.555	314.504.142,82
Nutrição	47.778.860	56.864.517,04
Trabalhador	6.147.765	21.996.532,37
Tuberculose	2.039.679	19.462.943,5
Urgências	634,98	14.117.717,08
Total	452.610.457	1.931.262.706,59

■ 4.12 Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

O curso tem como objetivo principal a transformação das práticas nas áreas de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, incorporando saberes e adequando-se às atuais necessidades da gestão do SUS.

São objetivos específicos: renovar o compromisso com os princípios do SUS; refletir sobre os modelos de atenção que potencializam a transformação das práticas; apreender a importância do planejamento e programação como instrumentos de gestão; incorporar a importância do financiamento e do controle social do SUS; alinhar conceitos e diretrizes em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria e a integração entre eles; identificar a importância dos sistemas de informações do SUS para as áreas de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; apropriar as práticas de legitimação da relação da gestão

do SUS com os prestadores de serviços de saúde; introduzir os complexos reguladores e as práticas de fluxo regulado; revisitar as práticas do controle e avaliação sob a ótica do SUS; apreender as funções do controle ambulatorial e hospitalar e o processamento do SIA-SUS e do SIH-SUS; introduzir a importância do registro e do acompanhamento sistemático de indicadores do SIA e do SIH; identificar a importância de incorporação da cultura avaliativa e do foco da qualidade no âmbito dos sistemas e serviços; incorporar conceitos e diretrizes de um sistema descentralizado de auditoria do SUS; introduzir o processo de auditoria das ações e serviços informados no SAI - Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) - e no SIH - Autorização de Internações Hospitalares (AIH) - e introduzir o processo de auditoria dos recursos financeiros e da gestão de sistemas descentralizados do SUS.

Estrutura Geral

O Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS está proposto em quatro módulos de dezesseis horas, cada um composto de quatro oficinas, com duração de quatro horas, e orientado por pelo menos dois tutores, em um total de sessenta e quatro horas. É formado pelos módulos introdutório, regulação, controle e avaliação e o de auditoria, com a preocupação de relacioná-los. A proposta contempla ainda um momento inicial de apresentação e um final de avaliação.

Para a multiplicação de novos cursos será oferecido um quinto módulo específico para a formação de tutores, com duração de trinta horas. Os tutores deverão ter feito o curso integralmente e esse módulo deverá ser um espaço de reflexão e formação a partir das referências epistemológicas da educação popular, da teoria da complexidade, da gestão do conhecimento e dos novos paradigmas do conhecimento. Será iniciado junto aos estados e municípios pólos, com formação de tutores e, em médio prazo, será disseminado para as secretarias de saúde em todo o País. A indicação dos participantes será de responsabilidade dos gestores de nível local, que os deve escolher dentre os profissionais que atuam nas áreas técnicas de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.

O desenvolvimento pedagógico contempla metodologias de ensino e de aprendizagem em uma perspectiva crítica e assertiva com o propósito de desencadear, fomentar e/ou fortalecer a formação de sujeitos críticos e a criação e legitimação do conhecimento pelo trabalho. A metodologia utilizada será a da problematização.

Cabe ao gestor local organizar turmas com, no máximo, trinta alunos e em espaços físicos adequados para atividades em quatro grupos distintos, garantindo também o material de apoio necessário.

Configuração Programática:

Oficina Introdutória:

Apresentação dos participantes e realização do Contrato Coletivo.

Levantamento de expectativas dos participantes sobre o curso.

Apresentação da Política de RCAA do SUS.

Apresentação do curso: leitura dos textos de introdução, apresentação, objetivos e estrutura geral.

Apresentação do filme Ilha das Flores, de Jorge Furtado.

MÓDULO 1 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Módulo 1 - Oficina 1: Políticas Públicas de Saúde

Objetivo: Renovação do compromisso com os princípios e diretrizes do SUS.

Conteúdo: Histórico do SUS.

Evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.

A Lei nº 8080/90 e a Lei nº 8142/90.

A Política da Seguridade Social e o Direito à Saúde.

Princípios e Diretrizes do SUS.

As Normas Operacionais da Saúde.

O Pacto de Gestão.

Módulo 1 - Oficina 2: Modelos de Atenção à Saúde

Objetivo: Refletir sobre os modelos de atenção que melhor implementem os princípios e diretrizes do SUS.

Conteúdo: Diferentes Dimensões que Caracterizam os Modelos de Atenção.

Características e Princípios dos Modelos que Melhor Implementem as Diretrizes do SUS.

Módulo 1 - Oficina 3: Gestão e Planejamento em Saúde

Objetivo: Conhecer a importância do planejamento e programação para a gestão do SUS.

Conteúdo: Instrumentos de Gestão.

Planejamento em Saúde.

Instrumentos de Planejamento: Plano de Saúde.

Programação Pactuada Integrada.

Módulo 1 - Oficina 4: Financiamento e Controle Social

Objetivo: Aprender as formas de financiamento do SUS e sua articulação com as quatro áreas e identificar a importância do Controle Social na mediação com essas áreas.

Conteúdo: Origem dos Recursos que Financiam o SUS.

Emenda Constitucional nº 29 e Lei de Responsabilidade Fiscal.

Fundos de Saúde.

Participação Popular e Controle Social.

Conselhos de Saúde.

MÓDULO 2 - REGULAÇÃO DO SUS

Módulo 2 - Oficina 1: Regulação em Saúde

Objetivo: Explicitar os conceitos e diretrizes em regulação, ressaltando sua integração com as áreas de controle, avaliação e auditoria.

Conteúdo: Conceitos e Diretrizes da Regulação em saúde.

Regulação de Sistemas de Saúde.

Regulação da Atenção à Saúde.

Regulação do Acesso a Serviços de Saúde.

Diretrizes para a Política de Regulação.

Articulação e Integração das Ações de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.

Módulo 2 - Oficina 2: Complexos Reguladores

Objetivo: Problematizar e discutir as dificuldades dos gestores na operacionalização dos complexos reguladores e das práticas de fluxo regulado.

Conteúdo: Conceituar Complexos Reguladores e Centrais Reguladoras.

Integrar com as Áreas de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria.

Disponibilizar o Aprendizado da Operacionalização da Regulação do Acesso por meio das Centrais Reguladoras: Como Implantá-las e Como Operacionalizá-las.

Módulo 2 - Oficina 3: Contratação

Objetivo: Apropriação das práticas de legitimação da relação da gestão do sus com os prestadores de serviços de saúde.

Conteúdo: Contratação dos Serviços de Saúde.

Fases e Procedimentos no Processo de Compra de Serviços.

Tipos de Contratos.

Módulo 2 - Oficina 4: Sistemas de Informação

Objetivo: Identificar a importância dos sistemas de informações do SUS para as áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria.

Conteúdo: Informações em Saúde.

Sistemas de Informação que Respondam à Situação Problema.

Importância dos Sistemas de Informação para a RCAA.

MÓDULO 3 - CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS

Módulo 3 - Oficina 1: Controle das Ações e Serviços de Saúde

Objetivo: Revisar as práticas de controle das ações e serviços de saúde do SUS.

Conteúdo: Bases do Controle das Ações e dos Serviços de Saúde do SUS.

Processos de trabalho inerentes ao Controle das ações e Serviços de Saúde do SUS.

Cadastramento e Credenciamento dos Estabelecimentos de Saúde.

Programação e Processo Autorizativo.

Supervisão Ambulatorial e Hospitalar.

Módulo 3 - Oficina 2: Controle das Ações e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares

Objetivo: Aprender as funções do controle ambulatorial e hospitalar para o processamento do SIA e do SIH.

Conteúdo: Processamento da Produção Ambulatorial - SIA.

Processamento da Produção Hospitalar - SIH e SIHD.

Tabela Unificada de Procedimentos.

Módulo 3 - Oficina 3: Monitoramento da Produção Ambulatorial e Hospitalar

Objetivo: Introduzir a importância do registro e acompanhamento sistemático de indicadores do SIA e do SIH.

Conteúdo: Monitoramento da Produção Ambulatorial e Hospitalar.

Indicadores do SIA e do SIH.

Módulo 3 - Oficina 4: Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde

Objetivo: Introduzir a cultura avaliativa e usar indicadores para avaliação dos sistemas e dos serviços de saúde.

Conteúdo: Avaliação em Saúde.

Avaliação de Sistemas de Saúde.

Avaliação de Serviços de Saúde.

Construção e Uso de Indicadores.

MÓDULO 4 - AUDITORIA DO SUS

Módulo 4 - Oficina 1: Auditoria em Saúde

Objetivo: Situar o papel da auditoria no contexto do SUS e discutir a importância da auditoria como ferramenta de gestão, em um processo de retroalimentação do planejamento, da avaliação e do controle.

Conteúdo: Auditoria como Estratégia para a Responsabilização Social.

Auditoria em Saúde.

Processo de Trabalho da Auditoria.

Módulo 4 - Oficina 2: Auditoria da Atenção à Saúde e das Ações e Serviços Ambulatoriais

Objetivo: Apreender o processo de auditoria da atenção à saúde e em particular a de ações e serviços ambulatoriais.

Conteúdo: Auditoria Analítica de Serviços Ambulatoriais de Saúde.

Auditoria Operativa de Serviços Ambulatoriais de Saúde.

Utilização do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA - para as ações de Auditoria.

Módulo 4 - Oficina 3: Auditoria da Atenção à Saúde e de Ações e Serviços Hospitalares

Objetivo: Apreender a sistematização da auditoria da atenção à saúde e em particular a de ações e serviços hospitalares.

Conteúdo: Auditoria Analítica de Serviços Hospitalares de Saúde.

Auditoria Operativa de Serviços Hospitalares de Saúde.

Utilização do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) para as ações de Auditoria.

Módulo 4 - Oficina 4: Auditorias de Gestão e de Recursos Financeiros

Objetivo: Apresentar as particularidades da auditoria em gestão de sistemas de saúde e da aplicação de recursos financeiros do SUS.

Conteúdo: Auditoria de Gestão de Sistemas de Saúde.

Auditoria de Recursos Financeiros.

5. REFERÊNCIAS

AURÉLIO, Buarque de Holanda Ferreira. **Dicionário Aurélio eletrônico, século XXI**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira e Lexicon Informática, 1999, CD-rom, versão 3.0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria GM nº 423 e 09, de Julho de 2002. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-423.htm>>

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.82, n.1 67, p.13093, 31 ago 1994.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 set 1995.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 09 de Junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 2.309, de 19 de dezembro de 2001. Institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2001. Seção 1. p. 355.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.511/GM de 2 de setembro de 2005. Prorroga para 31 de outubro de 2005, o prazo final de execução do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS, de que trata o art. 4º da Portaria nº 382/GM de 10 de março de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 set. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.097 de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 maio 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n.º 39, de 6 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 fev. 2006. Seção 1. p. 42.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n.º 505, de 8 de agosto de 2002. Implementa a atuação da Central de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) em nível ambulatorial, exclusivamente para os procedimentos do grupo 26 - Hemodinâmica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 ago. 2002. Seção 1. p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n.º 589, de 27 de dezembro de 2001. Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2001. Seção 1. p. 184.

_____. Ministério da Saúde. Instrução Normativa n.º 1, de 2 de janeiro de 1998. Regula os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.86, n.3, p.13, 6 jan. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.64, n.21 6, p.22932, 6 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.89, n.40E, p.52, 28 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.81, n.96, p.6960, 24 maio 1993. a

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992, Edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). **Diário Oficial da União**, Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Resolução INAMPS 273, de 17 de Julho de 1991, Reedição da Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n.º 423, de 9 de Julho de 2002. Detalha as atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2002. Seção 1. p. 74.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de Implantação de Complexos Reguladores /Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde /Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Regulação no setor saúde: em direção aos seus fundamentos públicos**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão/Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 2).

_____. Poder Executivo Federal. **Instrução normativa nº 01, de 06 de abril de 2001.** Define diretrizes, princípios, conceitos e aprova normas técnicas para a atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal. Brasília, DF, 2001.a

_____. Presidência da República. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 18055.

_____. Presidência da República. Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez. 1990.b

_____. Presidência da República. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.5 col.2. Seção Extra, 29 jan 2000.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INANPS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1993. b

_____. Presidência da República. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.1 col 1, 26 jan 1999.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.89, n.20E, p.23, 29 jan. 2001.b

MACHADO, J.A. Mapa para Implantação de Protocolos Assistenciais - necessidades, diretrizes e orientações gerais. Relatório Final elaborado como produto previsto no Termo de Referência para o Desenvolvimento de Estudo sobre Avaliação da Implantação dos Processos de Regulação, Avaliação e Controle no SUS, firmado entre o Ministério da Saúde e Banco Japonês, através do Banco Mundial. Brasília, 2006.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MEHRY, Emerson Elias; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113-150.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reinventando o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

REMOR, Lourdes de Costa. Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde: atividades de regulação e fiscalização, Florianópolis: Papa-Livro, 2003. 101p.

SANTOS, Fausto Pereira dos. O novo papel do município na gestão da saúde - O desenvolvimento o de dados e avaliação. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reinventando o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 31-49.

