

**DIAGNÓSTICO DAS CENTRAIS DE
REGULAÇÃO DE ACESSO DA RMC E
PROPOSIÇÃO DE AÇÕES PARA
ORGANIZAÇÃO DE COMPLEXO REGULADOR
DA RMC**

CADERNOS DE PESQUISA NEPP

O Programa de Estudos em Sistemas de Saúde (PESS) do Núcleo de Estudos em Políticas de Públicas (NEPP) tem como principal objetivo, desenvolver permanentemente estudos e projetos, de caráter interdisciplinar, que venham contribuir com a integração, qualificação e consolidação do SUS em regiões de saúde, considerando o atual momento de evolução do Sistema Público de Saúde, visando alcançar a equidade, a integralidade e o acesso universal.

É nesse sentido, que ao publicar os Cadernos de Pesquisa em Saúde, o grupo de pesquisadores, docentes e alunos envolvidos no PESS/NEPP pretendem divulgar de forma objetiva e sumarizada, os resultados mais significativos dos projetos interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão realizados nos últimos anos, com foco no desenvolvimento de sistemas regionais de saúde, particularmente na formulação e implementação de linhas de cuidado e estruturação de redes de atenção à saúde.

Com esta divulgação pretende-se também contribuir com os gestores e gerentes do SUS na sua construção e, auxiliar na qualificação da atenção à saúde, bem como no avanço do gerenciamento do sistema e dos serviços, nos seus diferentes níveis.

Estará acessível na homepage do NEPP, em publicações, cujo acesso se dá através do endereço eletrônico: <http://www.nepp.unicamp.br>.

COORDENAÇÃO
CARMEM CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS

COORDENADOR ASSOCIADO
CARLOS RAUL ETULAIN

Universidade Estadual de Campinas



Reitoria

Prof. Dr José Tadeu Jorge

Pró-reitorias

Teresa Dib Zambon Atvars
Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário - PRDU

João Frederico da Costa Azevedo Meyer
Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários - PREAC

Luís Alberto Magna
Pró-Reitor de Graduação - PRG

Gláucia Pastore
Pró-Reitor de Pesquisa - PRP

Rachel Meneguello
Pró-Reitor de Pós-Graduação - PRPG

Centros e Núcleos

Jurandir Zullo Junior
Coordenadoria de Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa - COCEN

Carmen Cecília de Campos Lavras
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Carlos Raul Etulain
Coordenador Associado Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Produção Editorial: NEPP-Publicações

CADERNOS DE PESQUISA NEPP/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP. - nº 03, 2014. – Campinas, SP. : PESS/NEPP/UNICAMP, 2014.

(Área de Pesquisa: Programa de Estudos em Sistemas de Saúde)

1. Saúde Pública. 2. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. 3. Programa de Estudos em sistemas de Saúde.

Considerações Éticas:

A responsabilidade pelos conteúdos dos artigos, relato de experiências, Comunicações publicados é exclusivamente do(s) autor (es), assim como a revisão ortográfica.

UNICAMP
PROGRAMA DE ESTUDOS DE SISTEMAS DE SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

AGEMCAMP

**DIAGNÓSTICO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DE
ACESSO DA RMC E PROPOSIÇÃO DE AÇÕES PARA
ORGANIZAÇÃO DE COMPLEXO REGULADOR DA RMC**

Projeto do Plano Metropolitano de Saúde da RMC

**Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos
necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de
regulação do acesso da RMC**

Fevereiro de 2012

Pesquisadores

Domenico Feliciello, Carmen Tella

Kátia Santos Araujo

Nildiane Zanini

SUMÁRIO

Introdução	7
1. As Centrais de Regulação de Acesso no Âmbito Municipal	13
1.1. Integração entre Centrais de Regulação e Setores de Planejamento, Avaliação, Controle e Contratualização	19
1.2. Procedimentos Regulados pelas Centrais de Regulação Municipais	26
1.3. Fluxos de Acesso	33
1.3.1 Exames Laboratoriais	33
1.3.2 Consultas Especializadas	33
1.3.3 Cirurgias Eletivas	37
1.3.4 Urgência e Emergência	39
1.3.5 Quimioterapia e Radioterapia	41
1.3.6 Terapia Renal Substitutiva	42
1.3.7 Exames de Média e Alta Complexidade	43
1.3.8 Avaliação global dos fluxos na RMC	51
2. As Centrais de Regulação do Acesso no Âmbito Regional e Estadual	53
2.1. A Regulação do acesso no âmbito regional do DRS Campinas	65
2.1.2 Fluxos de agendamento na Central de Regulação Regional	68
2.1.3 Fragilidades no processo de trabalho da CRR / DRS VII:	70
3. Proposição de um Modelo para o Complexo Regulador da RMC	71
3.1. Propostas de Ações de Intervenção para Implantação do Complexo Regulador da RMC	76
Anexo	83

Projeto: Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC

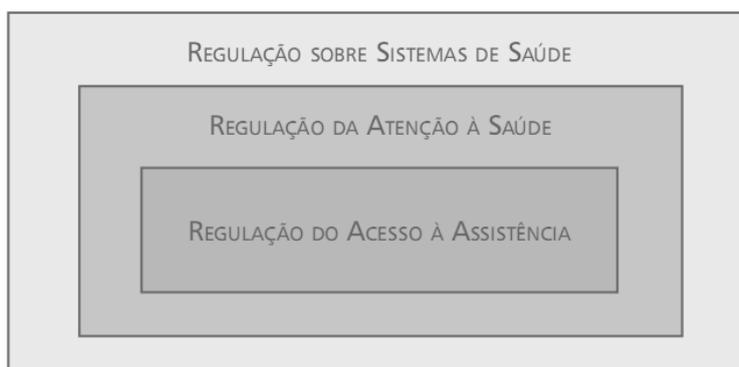
Introdução

Conforme o plano de trabalho aprovado pela Câmara Temática de Saúde da RMC, o presente projeto deveria se pautar pela implantação de um Complexo Regulador na RMC, de acordo com as diretrizes estabelecidas em legislação.

Neste sentido, com a implementação do processo de regionalização do SUS, especialmente a partir da NOAS / 2002 e do Pacto da Saúde (2006), o MS e a SES SP vêm implementando um conjunto de iniciativas de apoio à organização das Regiões de Saúde e das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), dentre as quais se destaca a implantação de Complexos Reguladores, entendidos como estruturas responsáveis pela efetivação da regulação da assistência à saúde e de acesso.

Segundo o Pacto Pela Saúde de 2006¹, “a 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*”.

A regulação é entendida pelo MS² como conjunto de responsabilidades e ações focadas em três âmbitos integrados (figura abaixo), incluindo a regulação sobre: Sistemas de Saúde; Atenção à Saúde; e, Acesso à Assistência.



¹ PORTARIA Nº 399/GM DE 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

² MS. PORTARIA GM Nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

A regulação do acesso tem como objetivo a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos as urgências, consultas, exames, leitos e outros procedimentos que se fizerem necessários e, que garantam o acesso e a continuidade do cuidado.

A regulação do acesso, segundo a legislação, deve contemplar as seguintes atribuições³:

- Garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- Garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- Fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
- Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- Construir e viabilizar as grades de referência e contra-referências;
- Capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- Subsidiar o processamento das informações de produção; e
- Subsidiar a programação pactuada e integrada.

Essas atribuições devem ser concretizadas através de ações que incluem⁴:

- Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

³ Artigo 8º Portaria GM Nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

⁴ Artigo 5º, da portaria referida na nota anterior.

- Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e,
- Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

No caso da 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.

Neste aspecto, o Complexo Regulador é a estrutura que o MS propõe para operacionalizar as ações de regulação do acesso, podendo ter abrangência estadual, regional ou municipal, conforme pactuação entre os gestores, prevendo a organização de centrais de regulação voltadas à: Consultas e Exames; Internações Hospitalares; Urgências e, de Alta Complexidade.

“A estruturação do Complexo Regulador permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade em uma estrutura de regulação, para tal algumas ações são necessárias para implantar e/ou implementar a mesma, garantindo a efetividade da sua atuação⁵”:

1. O Plano Diretor de Regionalização – PDR - do Estado;
2. A Programação Pactuada e Integrada – PPI - do Estado;
3. A definição de quantas e quais centrais de regulação comporão o complexo;
4. A área de abrangência (território) e o escopo (procedimentos) de cada Central de Regulação;
5. O conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência;
6. A definição do fluxo de informações (unidades solicitantes, unidades executantes);

⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

7. A definição de rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.);
8. A realização da configuração da central (atualizar o CNES, CNS, PPI, incluir as unidades solicitantes, executantes e as administrativas, distribuir os limites físicos – cotas para cada unidade solicitante, vincular os profissionais às unidades de lotação, incluir os grupos de acesso ao sistema informatizado, cadastrar as escalas médicas, definir os procedimentos que serão liberados sob regulação);
9. A capacitação permanente dos recursos humanos e demais entes do processo regulatório;
10. O referenciamento das demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela central forem insuficientes para a garantia do acesso;
11. A aptidão para receber e dar resposta a todas as solicitações de atendimento;
12. O exercício da autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes;
13. O fornecimento de informações quanto à utilização dos recursos físicos e financeiros próprios e pactuados;
14. A identificação de pontos de estrangulamento na assistência à saúde;
15. A identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos clínicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referências pactuados na Programação Pactuada e Integrada – PPI;
16. A disponibilização de informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada – PPI.

Entretanto, a estruturação do Complexo Regulador requer que a ação reguladora incida sobre os prestadores (públicos, universitários, filantrópicos e privados), o que somente é possível através de instrumentos adequados de contratualização, remetendo à questão da responsabilidade gestora dos diferentes prestadores, bem como aos pactos intergestores, expressos na PPI.

Alem disso, é preciso considerar a capacidade instalada para oferta de procedimentos de Média e Alta Complexidade dos diferentes prestadores, suas formas de

gestão e vinculação a vários entes federativos (estado e municípios), sua distribuição pelo território das Regiões de Saúde e as formas de acesso da população, para traçar de modo adequado os fluxos de atendimento.

Deste modo, a regulação do acesso no município depende, em primeiro lugar, da relação entre gestor municipal e prestadores, enquanto que a regulação de acesso entre municípios depende da relação entre os gestores, coordenada pela esfera estadual.

A organização de centrais de regulação de acesso e de Complexos Reguladores, municipais e regionais, que se orientam por este conjunto de elementos, indica a complexidade de ações e processos envolvidos, bem como a necessidade de organizar uma infraestrutura adequada (recursos humanos, espaço físico, tecnológica, comunicacional, entre outros.) e a instalação de procedimentos de trabalho que garantam a sua eficácia e eficiência.

Considerando a RMC, em levantamento realizado pelo PESS – NEPP da Unicamp, a partir de questionário respondido pelos gestores municipais em 2007 e em 2009, constatou-se⁶:

- Existência de Central de Marcação de consultas e procedimentos na maioria dos municípios da RMC (Tabela 01), caracterizadas principalmente pela integração às unidades de saúde através de sistema telefônico; equipes insuficientes e pouco qualificadas; e, baixa integração à central regional.
- Ausência de mecanismos e instrumentos para acompanhamento e avaliação da PPI pactuada;
- Baixa utilização, das pactuações realizadas, nos contratos de gestão com os prestadores;
- Dificuldades no acompanhamento de contratos e convênios, especialmente devido à equipe técnica inadequada e problemas de relacionamento com os prestadores;
- Pouca utilização de procedimentos de regulação das solicitações de consultas, exames e demais procedimentos clínicos;

⁶ Quanto aos dados indicados podem ser consultados os estudos realizados por Unicamp – PESS – NEPP.: 1) Diagnóstico da Região de Saúde de Campinas, agosto de 2009, arquivo PDF; 2) Diagnóstico da Região de Saúde Oeste VII, agosto de 2009, arquivo PDF; e, 3) Diagnóstico do Setor Saúde da RMC, abril 2007, arquivo PDF.

- Realização de processos de controle e avaliação apenas nos municípios maiores;
- Reconhecimento de fragilidades no funcionamento da Central de Acesso do DRS VII.

Tabela 01 - Características da Central de Marcação, por município. RMC, 2008.

Municípios	População 2010	Integrada por sistema de telefonia	Integrada por sistema on-line	Sistema de marcação informatizado	Equipe suficiente e qualificada	Integrada à central regional
Holambra	11.299	x				
Eng. Coelho	15.721	x			x	
Sto. A Posse	20.650	x				
Pedreira	41.558					
Artur Nogueira	44.177	x				x
Jaguariúna	44.311		x			
Monte Mor	48.949	x		x		x
Nova Odessa	51.242	x		x		x
Cosmópolis	58.827					
Vinhedo	63.611	x				x
Paulínia	82.146	x		x	x	x
Itatiba	101.471	x				
Valinhos	106.793	x		x	x	x
Sta. B d'Oeste	180.009	x		x		x
Hortolândia	192.692	x	x	x	x	
Indaiatuba	201.619	x		x		
Americana	210.638	x		x		
Sumaré	241.311			x		
Campinas	1.080.113	x	x	x	x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Deste modo, o diagnóstico já apontava para a fragilidade na realização de ações de regulação da assistência pelos gestores municipais, assim como pelo gestor estadual.

No presente projeto o diagnóstico das Centrais de Regulação de Acesso dos Municípios do DRS e da SES – SP foi aprofundado, possibilitando a observação de fragilidades e fortalezas a serem consideradas para a elaboração e implantação de ações de intervenção no âmbito da RMC.

Para a realização deste estudo foi desenvolvido um instrumento específico (em anexo) utilizado como roteiro nas visitas e entrevistas com técnicos das Centrais de Regulação Municipais (CRM) dos 19 municípios da RMC, da SES - SP e do DRS Campinas. Posteriormente os dados obtidos foram sistematizados e analisados previamente pelos pesquisadores do PESS – NEPP, sendo posteriormente apresentados e validados em

Oficina de Trabalho, na qual foram convidados todos os técnicos das SMS que participaram das entrevistas e do DRS Campinas.

A partir da constatação das fragilidades e potencialidades detectadas foi formulado um modelo de referência para a organização de um Complexo Regulador Metropolitano, bem como um conjunto de ações de intervenção para sua implantação. Tanto o modelo quanto as ações de intervenção foram apreciados pelos técnicos na Oficina de Trabalho acima indicada, sendo posteriormente discutidas e apreciadas pela Câmara Temática de Saúde da RMC.

Apresentamos a seguir os dados e as análises obtidas pelo diagnóstico, organizados segundo os níveis de gestão do SUS (Municípios e Estado) para posteriormente indicar o modelo proposta e uma síntese e o conjunto de proposições apreciadas pela Câmara Temática de Saúde da RMC.

1. As Centrais de Regulação de Acesso no Âmbito Municipal

A totalidade das SMS dos Municípios da RMC possui processos implantados de regulação de acesso em diferentes fases de maturação, observando-se que nos municípios com menos de 41.000 habitantes (04 – 21%) esses processos são incipientes e geralmente sob responsabilidade de pessoal administrativo, enquanto em apenas 03 (16%) municípios, com população acima de 180.000 habitantes detecta-se um setor muito bem organizado.

De qualquer modo é possível afirmar que, exceto em Campinas, as ações e estruturas detectadas não conformam complexos reguladores municipais, caracterizando-se como Centrais de Marcação, mesmo assim serão denominadas, neste estudo, como Centrais de Regulação Municipais (CRM) visando estabelecer mais claramente as diferenças entre a realidade e as expectativas regionais.

Focando as CRM em termos organizacionais, considerando a existência de setor administrativo definido no organograma da SMS, a presença de equipe própria e a organização de processos de trabalho, é possível apontar tendências:

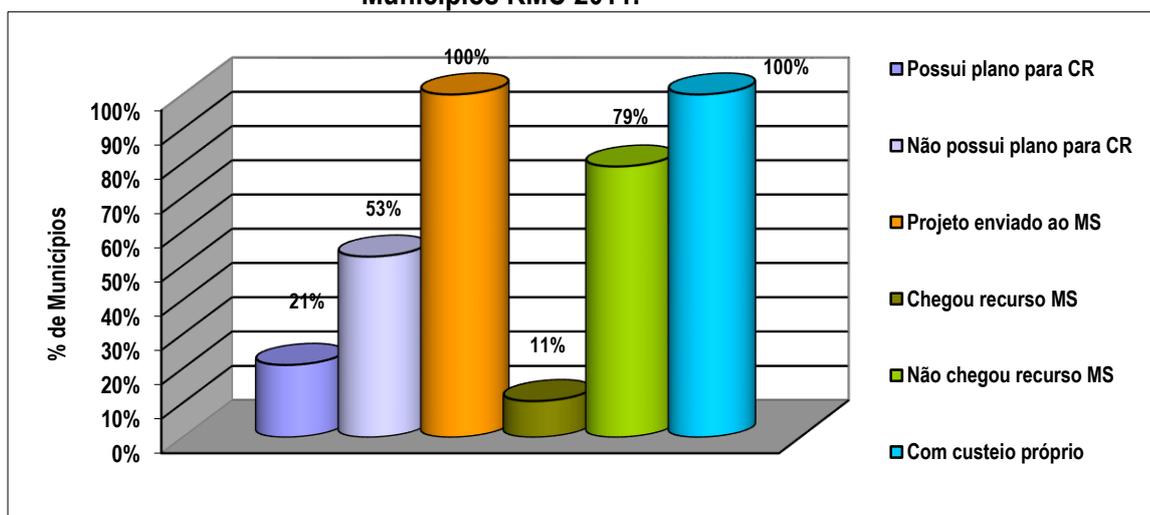
- Apenas 21% (04) das SMS referem que possuem plano para a Central de Regulação (CR) e 26% (05) estão elaborando plano;
- Quanto à elaboração de projeto solicitando recursos para o Ministério da Saúde (MS) observa-se que todos os municípios da RMC enviaram projeto, segundo informações do DRS Campinas, geralmente para informatização e somente 11% (02) referem que receberam os recursos. Observa-se que cerca de 10 CRM não tinham conhecimento do envio de projeto ao MS;
- Todas as CR são custeadas com recursos próprios (Tabela 1 e Gráfico 1);

Tabela 1 – Caracterização do plano e recursos para organização de Central de Regulação Municipal. Municípios RMC, 2011

Município	População 2010	Plano para CR		Projeto Enviado ao MS		Chegada Recurso MS		Custeio Próprio	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Holambra	11.299		1	1			1	1	
Engenheiro Coelho	15.721		1	1			1	1	
Santo Antônio de Posse	20.650		1	1			1	1	
Pedreira	41.558		Em elaboração	1			1	1	
Artur Nogueira	44.177		1	1				1	
Jaguariúna	44.311		1	1		1		1	
Monte Mor	48.949		1	1			1	1	
Nova Odessa	51.242		1	1			1	1	
Cosmópolis	58.827	1		1		1		1	
Vinhedo	63.611		Em elaboração	1			1	1	
Paulínia	82.146		1	1			1	1	
Itatiba	101.471		1	1			1	1	
Valinhos	106.793		1	1			1	1	
Santa Bárbara d'Oeste	180.009	1		1			1	1	
Hortolândia	192.692		Em elaboração	1			1	1	
Indaiatuba	201.619		Em elaboração	1			1	1	
Americana	210.638	1		1			1	1	
Sumaré	241.311		Em elaboração	1			1	1	
Campinas	1.080.113	1		1				1	
Total	2.797.137	4	10	19	0	2	15	19	0
		21%	53%	100%	0%	11%	79%	100%	0%

FONTE: DRS Campinas e Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

Gráfico 1 – Caracterização do Plano para a Central de Regulação Municipal Municípios RMC 2011.



FONTE: DRS Campinas e Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

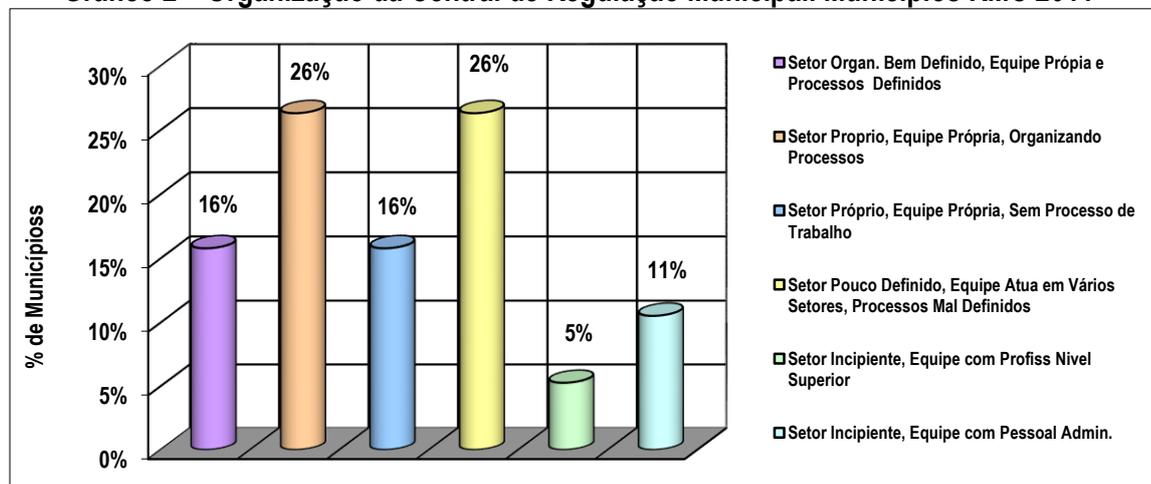
- Em termos organizacionais, 58% (11) dos municípios referem que possuem um setor próprio com equipe própria e processos de trabalho, embora se observe que em apenas 16% (03) das SMS os processos estão bem definidos, em 26% (05) estão organizando os processos e em 16% (03) não existem processos organizados (Tabela 2 e Gráfico 2);
- Por outro lado, 42% (08) dos municípios referem que possuem setor pouco definido ou incipiente, sendo que 26% (05) possuem equipe não exclusiva, 5% (01) com profissional de nível superior não médico e, 11% (02) apenas com pessoal administrativo;
- É possível observar que municípios menores, abaixo de 40.000 habitantes, são os que apresentam CRM incipientes e com equipes pouco estruturadas (Tabela 2);

Tabela 2 – Organização das CRM. Municípios RMC 2011

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

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

Gráfico 2 – Organização da Central de Regulação Municipal. Municípios RMC 2011



FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

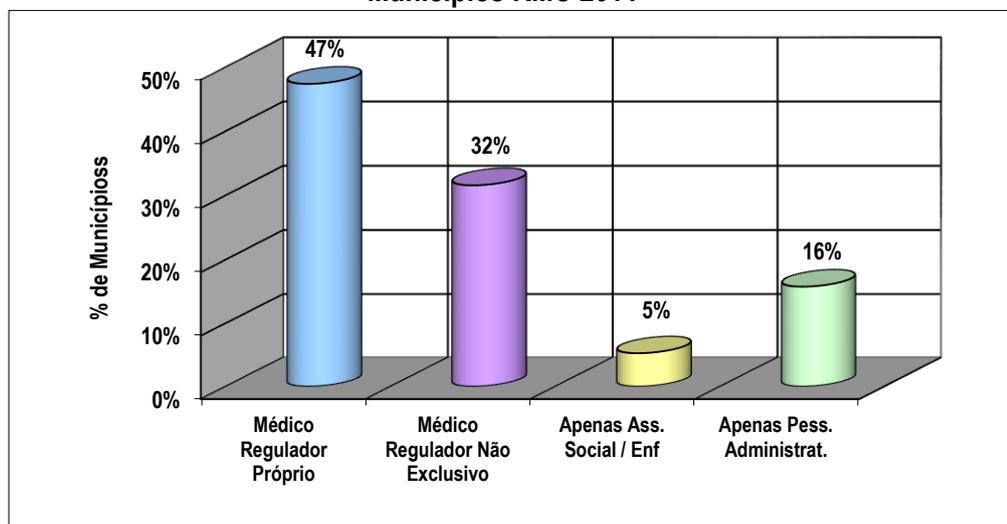
- Com relação à equipe, a presença de médico regulador é fundamental para os processos regulatórios. Neste aspecto, 47% (09) dos municípios referem contar com médico regulador exclusivo, 32% (06) com médico que atua em diversos outros setores (assistenciais ou gerenciais) e, 21% (04) não contam com a atuação de médico regulador (Tabela 3 e Gráfico 03);

Tabela 3 – Composição da equipe técnica da CRM. Municípios RMC, 2011

Municípios	População	Médico Regulador		Apenas Ass.	Apenas Pess.
	2010	Próprio	Não Exclusivo	Social / Enf	Administrat.
Holambra	11.299				1
Eng. Coelho	15.721				1
Sto. A. de Posse	20.650			1	
Pedreira	41.558				1
Artur Nogueira	44.177	1			
Jaguariúna	44.311		1		
Monte Mor	48.949		1		
Nova Odessa	51.242		1		
Cosmópolis	58.827		1		
Vinhedo	63.611	1			
Paulínia	82.146	1			
Itatiba	101.471		1		
Valinhos	106.793	1			
Sta. B. D'Oeste	180.009	1			
Hortolândia	192.692	1			
Indaiatuba	201.619		1		
Americana	210.638	1			
Sumaré	241.311	1			
Campinas	1.080.113	1			
Total	2.797.137	9	6	1	3
%		47%	32%	5%	16%

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

Gráfico 3 – Caracterização da Equipe da Central de Regulação Municipal. Municípios RMC 2011



FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

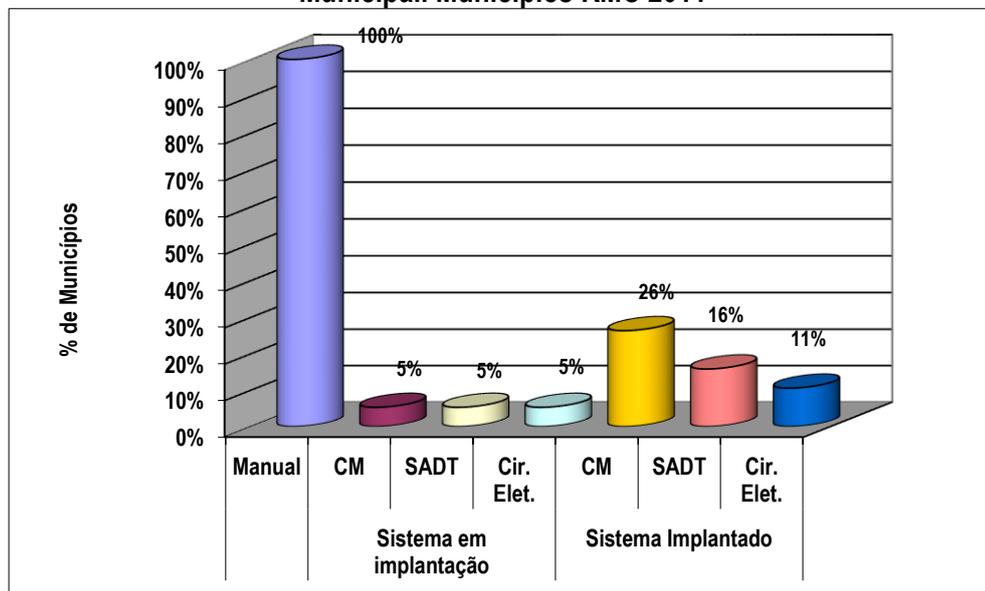
- Quanto ao uso de sistemas informatizados pela CRM, nota-se que todos os municípios ainda utilizam sistemas manuais. 26% (5) dos municípios possuem sistema informatizado implantado, utilizado para marcação de consultas e/ou exames e/ou cirurgias eletivas (Tabela e Gráfico 4).

Tabela 4 – Sistemas de Informação utilizados pelas Centrais de Regulação Municipal. Municípios RMC, 2011.

Municípios	População	Manual	Sistema em implantação			Sistema Implantado		
			CM	SADT	Cir. Elet.	CM	SADT	Cir. Elet.
Holambra	11.299	1						
Eng. Coelho	15.721	1						
Sto. A. de Posse	20.650	1						
Pedreira	41.558	1						
Artur Nogueira	44.177	1						
Jaguariúna	44.311	1						
Monte Mor	48.949	1				1		
Nova Odessa	51.242	1						
Cosmópolis	58.827	1						
Vinhedo	63.611	1						
Paulínia	82.146	1						
Itatiba	101.471	1				1	1	
Valinhos	106.793	1						
Sta. B. D'Oeste	180.009	1				1	1	1
Hortolândia	192.692	1						
Indaiatuba	201.619	1						
Americana	210.638	1				1	1	1
Sumaré	241.311	1	1	1	1			
Campinas	1.080.113	1				1		
Total	2.797.137	19	1	1	1	5	3	2
Percentual		100%	5%	5%	5%	26%	16%	11%

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

Gráfico 4 – Utilização de Sistema Informatizado na Central de Regulação Municipal. Municípios RMC 2011



FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

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

Uma das principais características para configurar um Complexo Regulador diz respeito à integração da Central de Regulação de Acesso com as áreas de Planejamento, Controle e Avaliação e, Contratualização de modo a possibilitar a troca de informações para uma boa análise de necessidades de saúde da população assistida, a correta contratualização de serviços e, a indicação de serviços adequados e de qualidade.

Para tanto, espera-se que o município organize processos de planejamento, incluindo: o diagnóstico das condições de vida e saúde de sua população; a detecção de grupos de risco e de agravos de magnitude a serem enfrentados; o conhecimento das demandas atendidas e reprimidas; bem como, o conhecimento detalhado da Rede Regional de Atenção à Saúde e dos seus pontos de atenção, que devem dar retaguarda à assistência desses grupos de risco e agravos.

A partir destas informações é possível estabelecer as necessidades na PPI municipal e regional, bem como o que deve ser habilitado e contratualizado, tanto de serviços próprios quanto de terceiros e, com que qualidade. Somente a partir deste conjunto de processos é possível estabelecer quais são e a quantidade de procedimentos a serem regulados pela Central de Regulação de Acesso. Neste aspecto, as habilitações e contratualizações devem ser utilizadas como instrumentos de gestão pela CRM, na garantia do acesso.

A partir do planejamento e da contratualização de serviços devem ser organizados também as agendas, os fluxos de acesso para os diferentes pontos de atenção, de modo a garantir o acesso universal, no tempo certo e de forma adequada, através da implantação de protocolos clínicos e protocolos de encaminhamento e a regulação das solicitações, especialmente no caso de recursos escassos.

A PPI, as contratualizações, as agendas, os fluxos de acesso e os protocolos de regulação são instrumentos fundamentais para o adequado funcionamento da CRM e a garantia do acesso, da continuidade da atenção e da equidade.

Nesta perspectiva, o presente diagnóstico buscou caracterizar as formas de integração das CRM com as áreas acima assinaladas.

Inicialmente, no que se refere ao Planejamento em Saúde, observa-se que em apenas 37% (07) das SMS existe setor organizado, enquanto que nas restantes as ações

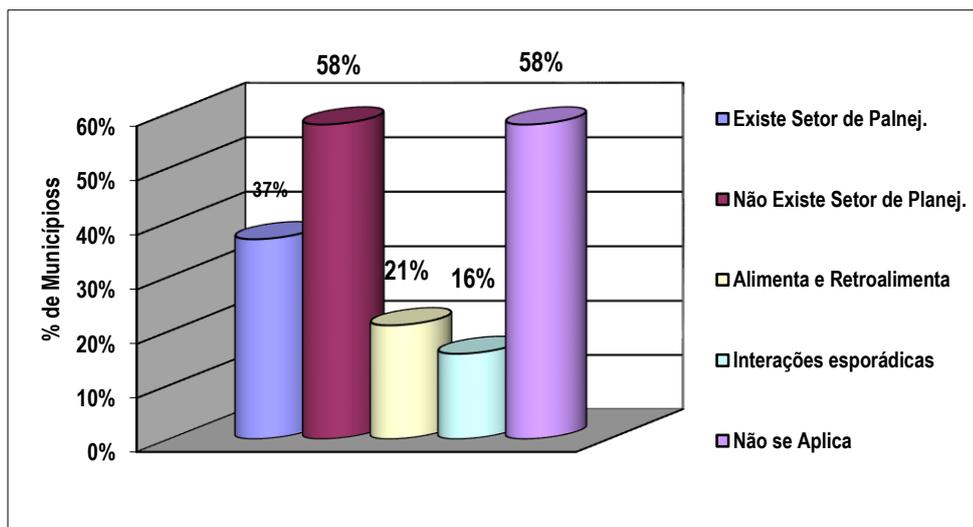
de planejamento são pontuais e esparsas (Tabela 5 e Gráfico 5). As informações indicam que os municípios abaixo de 50 mil habitantes (06 – 32%) e alguns com população acima de 50 mil (04 – 21%) afirmam não possuir setor de planejamento. Mesmo nos municípios que apresentam setor de planejamento estruturado apenas 21% (04) das CRM indicam que existem processos de alimentação e retroalimentação organizados e 16% (03) possuem interações esporádicas, geralmente para a resolução de problemas restritos.

Tabela 5 – Existência de setor de planejamento nas Secretarias Municipais de Saúde e relação com as CRM. Municípios RMC, 2011

Município	População	Existência de setor de Planejamento		Alimenta e Retroalimenta	Interações esporádicas	Não se Aplica
		Sim	Não			
Holambra	11.299		1			1
Engenheiro Coelho	15.721		1			1
Santo Antônio de Posse	20.650		1			1
Pedreira	41.558					
Artur Nogueira	44.177		1			1
Jaguariúna	44.311		1			1
Monte Mor	48.949		1			1
Nova Odessa	51.242	1		1		
Cosmópolis	58.827	1			1	
Vinhedo	63.611	1			1	
Paulínia	82.146		1			1
Itatiba	101.471		1			1
Valinhos	106.793		1			1
Santa Bárbara d'Oeste	180.009	1		1		
Hortolândia	192.692	1		1		
Indaiatuba	201.619	1			1	
Americana	210.638		1			1
Sumaré	241.311		1			1
Campinas	1.080.113	1		1		
Total	2.797.137	7	11	4	3	11
Porcentagem		37%	58%	21%	16%	58%

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

Gráfico 5 – Existência de Setor de Planejamento e Interação com a Central de Regulação. RMC 2011



FORNTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

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

No que se refere ao controle e avaliação (Tabela 5), em 63% (12) das SMS existe Unidade de Controle e Avaliação (UAC), sendo a ausência detectada especialmente nos municípios abaixo de 44 mil habitantes (05 – 26%)

Tabela 5 – Existência de UAC nas Secretarias Municipais de Saúde e relação com as CRM. Municípios RMC, 2011

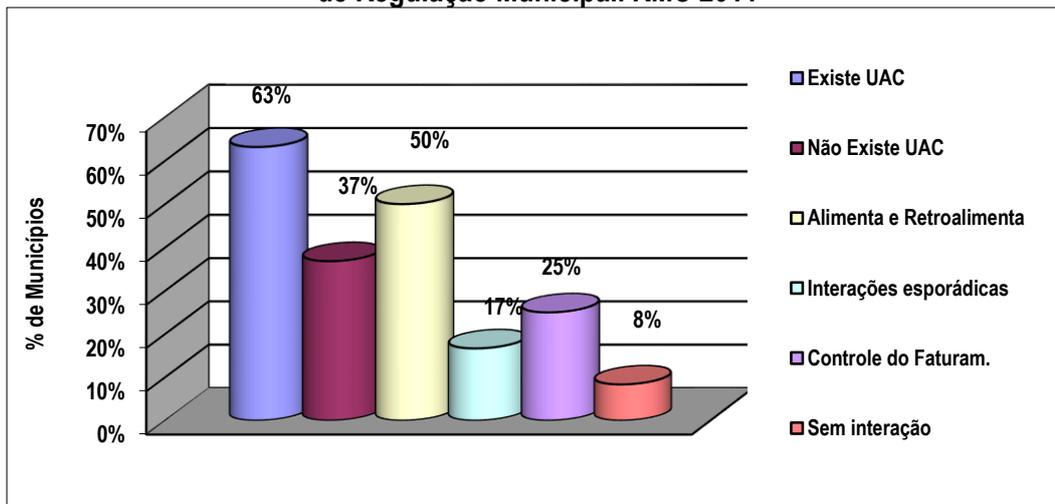
Município	População	Existência de UAC		Alimenta e Retroalimenta	Interações esporádicas	Controle focado no faturamento	Sem interação
		Sim	Não				
Holambra	11.299		1				
Engenheiro Coelho	15.721		1				
Santo Antônio de Posse	20.650		1				
Pedreira	41.558		1				
Artur Nogueira	44.177		1				
Jaguariúna	44.311	1				1	
Monte Mor	48.949	1				1	
Nova Odessa	51.242	1					1
Cosmópolis	58.827	1		1			
Vinhedo	63.611	1		1			
Paulínia	82.146		1				
Itatiba	101.471	1			1		
Valinhos	106.793		1				
Santa Bárbara d'Oeste	180.009	1				1	
Hortolândia	192.692	1		1			
Indaiatuba	201.619	1			1		
Americana	210.638	1		1			
Sumaré	241.311	1		1			
Campinas	1.080.113	1		1			
Total	2.797.137	12	7	6	2	3	1
% Total		63%	37%	32%	11%	16%	5%
% SMS com UAC				50%	17%	25%	8%

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

Entretanto, ao observar a interação das CR com as diferentes atividades de controle, avaliação e auditoria é possível destacar:

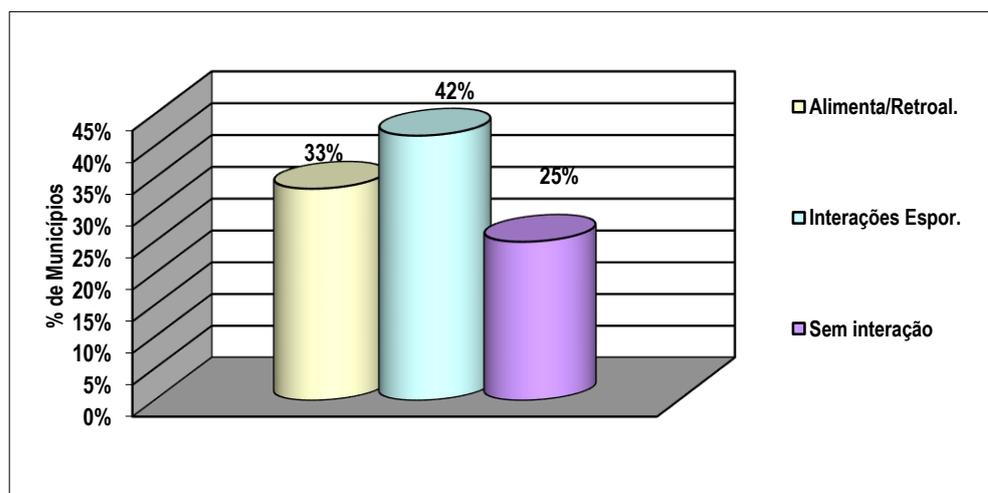
- Nas SMS onde existe UAC, apenas 50% (06) das CRM desenvolvem processos de alimentação e retroalimentação com as atividades de controle da UAC, 17% (02) realizam interações esporádicas e, 25% (03) realizam interações focadas no faturamento (Tabela 5 e Gráfico 6);
- Nestas mesmas SMS apenas 33% (04) das CR possuem processos organizados para alimentar e retroalimentar a avaliação das contratualizações e, 42% (05) realizam interações esporádica com as áreas de contratualização (Gráfico 7);

Gráfico 6 – Existência de UAC e Interação das Atividades de Controle com a Central de Regulação Municipal. RMC 2011



FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

Gráfico 7 – Interação das Atividades de Avaliação das Contratualizações com a Central de Regulação Municipal. RMC 2011



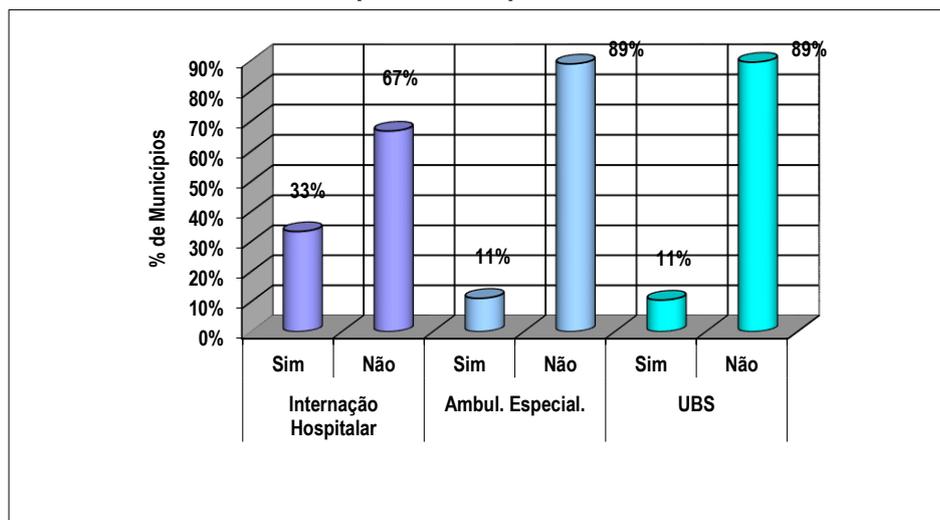
FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

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

Quanto aos serviços próprios municipais, os dados das entrevistas mostram que os centros de especialidades e as unidades básicas de saúde possuem contratualizações em apenas 11% (02) das SMS, embora a totalidade dos municípios conte com estes serviços.

Já nos serviços de internação hospitalar, dos 06 municípios que referem possuir hospital próprio 02 (33%) realizam e 04 (67%) não realizam contratualização (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Existência de Contratualização dos Serviços Próprios Municipais. Municípios RMC 2011



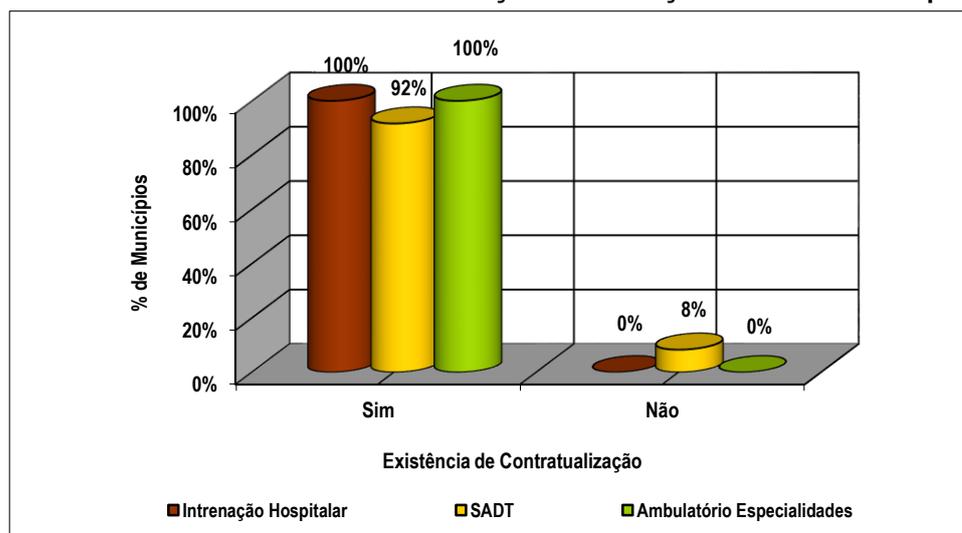
FONTE: Projeto FESS / NEPP / UNICAMP – AGE/UNICAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

OBSERVAÇÕES: Sim – significa que o município possui o serviço e contratualiza
Não – significa que o município possui o serviço e não contratualiza

A observação das contratualizações dos serviços privados indica que 11 municípios contratam serviços hospitalares, 12 contratam serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e apenas 02 contratam serviços ambulatoriais de especialidades. Na grande maioria existem contratos formalizados (Gráfico 9).

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

Gráfico 9 – Existência de Contratualizações de Serviços Privados. Municípios



FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

OBSERVAÇÕES: Sim – significa que o município possui serviço privado e contratualiza
Não – significa que o município possui serviço privado e não contratualiza

Quanto ao acompanhamento destas contratualizações, observa-se que na grande maioria das SMS ocorre apenas o acompanhamento da produção e do faturamento, geralmente realizado pela UAC, quando existente. Numa minoria de municípios (11% - 02) detectaram-se formas de acompanhamento que utilizam comissões gestoras. A participação das CRM também é minoritária no acompanhamento das contratualizações.

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

Em resumo, pode-se concluir que a integração entre setores de planejamento, avaliação e controle e, contratualização com as CRM é frágil na grande maioria dos municípios da RMC, o que permite supor que estas centrais não conseguem cumprir seu papel adequadamente, constituindo-se apenas em centrais de marcação, geralmente de procedimentos definidos pelos prestadores de serviços (públicos ou privados).

1.2. Procedimentos Regulados pelas Centrais de Regulação Municipais

A análise dos procedimentos regulados partiu dos aspectos acima indicados uma vez que tanto a PPI quanto as contratualizações não são consideradas nos processos de regulação de acesso, na grande maioria dos municípios. Deste modo os quantitativos dos procedimentos regulados são, em grande parte, definidos pelos serviços (próprios ou privados contratados), o que provoca a utilização inadequada ou a não utilização de procedimentos já pactuados na PPI ou contratualizados, conforme foi constatado em inúmeros casos.

No caso das Consultas Especializadas observa-se (Tabela 7 e Gráfico 10):

- A totalidade dos municípios possui serviços ambulatoriais especializados próprios, embora com diferentes especialistas;
- 42% (08) dos municípios regulam o acesso a todas as consultas especializadas sob sua gestão (serviços próprios e privados contratados);

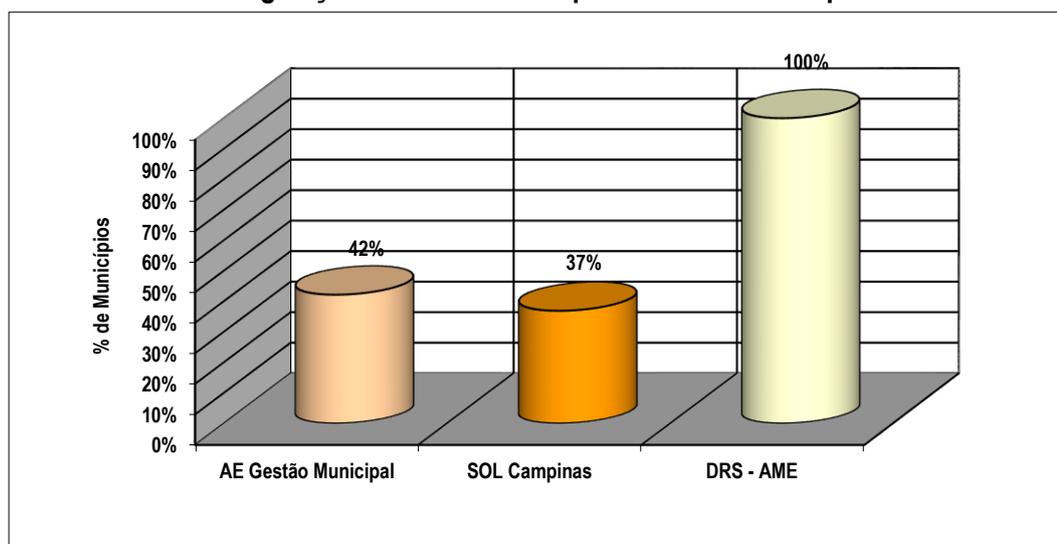
Tabela 7 – Regulação do Acesso de Consultas Especializadas pelas CRM, segundo gestão dos serviços. Municípios RMC, 2011

Municípios	População	CONSULTA ESPECIALIZADA		
		AE Gestão Municipal	SOL Campinas	DRS - AME
Holambra	11.299			1
Eng. Coelho	15.721			1
Sto. A. de Posse	20.650			1
Pedreira	41.558		1	1
Artur Nogueira	44.177			1
Jaguariúna	44.311			1
Monte Mor	48.949	1	1	1
Nova Odessa	51.242			1
Cosmópolis	58.827			1
Vinhedo	63.611	1	1	1
Paulínia	82.146	1		1
Itatiba	101.471	1		1
Valinhos	106.793	1	1	1
Sta. B. D'Oeste	180.009	1		1
Hortolândia	192.692		1	1
Indaiatuba	201.619		1	1
Americana	210.638	1		1
Sumaré	241.311	1		1
Campinas	1.080.113		1	1
Total	2.797.137	8	7	19
Percentual		42%	37%	100%

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

- 100% dos municípios possuem processos de regulação para as consultas especializadas encaminhadas ao AME ou DRS Campinas dadas as exigências estabelecidas. No caso do AME os municípios utilizam o portal CROSS da SES – SP e, no caso de marcação pelo DRS as solicitações são enviadas via malote;
- O Município de Campinas utiliza o sistema SOL (Saúde on Line) que possibilita o agendamento on-line de consultas especializadas a partir da disponibilização de vagas e cotas às UBS. As cotas são definidas por uma Câmara Técnica de Especialidades⁷ e o acompanhamento da utilização das vagas e do absenteísmo é realizado regionalmente em cada distrito, que envia relatórios à CRM;

Gráfico 10 – Regulação de Consultas Especializadas. Municípios RMC 2011



FONTE: Projeto PESS/NEPP/UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

- 05 municípios da RMC e a CRR do DRS utilizam também o sistema SOL para agendamento de consultas especializadas nos serviços sob gestão do município de Campinas;

⁷ A Câmara é constituída por apoiadores dos Distritos, Central de Regulação, área de Avaliação e Controle e representantes de áreas temáticas.

- Quanto aos ambulatórios de especialidades sob gestão municipal, apenas 42% (08) dos Municípios regulam as consultas especializadas.

No que se refere às Cirurgias Eletivas, dos 19 municípios da RMC 15 (79%) possuem hospitais ou contratos hospitalares sob sua gestão. Além disso, é preciso considerar os hospitais sob gestão da SES – SP / DRS Campinas, que possuem coberturas municipais específicas como: Consórcio Consaude que atualmente atende Pedreira e Artur Nogueira e o Hospital Estadual de Sumaré que dá retaguarda à Sumaré, Hortolândia, Nova Odessa, Monte Mor e Santa Bárbara d'Oeste. Nestes hospitais são estabelecidas relações diretas com os municípios.

Dos municípios que gerenciam hospitais / contratos hospitalares, 47% (07) não regulam cirurgias eletivas uma vez que são diretamente agendadas pelos especialistas que possuem vínculos com os hospitais.

Tabela 8 – Regulação das Cirurgias Eletivas. Municípios RMC, 2011

Municípios	População	Com regulação pela CRM							
		Sem Regulação Agendamento pelo especialista direto no Hospital	Com regulação pela CRM				Solicita avaliação serviço regional		
			Agenda no Hospital	Autoriza o pedido de cirurgia	Solicita o cirurgia no Pró Casa	Solicita o cirurgia no Santa	DRS / AME	HES	SOL / PUCC
Holambra	11.299				1	1			
Eng. Coelho	15.721				1	1			
Sto. A. de Posse	20.650				1	1			
Pedreira	41.558	1			1	1		1	
Artur Nogueira	44.177				1	1			
Jaguariúna	44.311	1			1	1			
Monte Mor	48.949				1	1	1	1	
Nova Odessa	51.242	1			1	1	1		
Cosmópolis	58.827	1			1	1			
Vinhedo	63.611	1			1	1		1	
Paulínia	82.146	1			1	1			
Itatiba	101.471			1	1	1			
Valinhos	106.793	1			1	1		1	
Sta. B. D'Oeste	180.009		1		1	1	1		
Hortolândia	192.692				1	1	1		
Indaiatuba	201.619		1		1	1		1	
Americana	210.638		1		1	1			
Sumaré	241.311		1		1	1	1		
Campinas	1.080.113			1	1	1		1	
Total	2.797.137	7	4	2	19	19	5	6	
% Total		37%	21%	11%	100%	100%	26%	32%	
% SMS Gerencia Hosp.		47%	27%	13%			33%	40%	

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

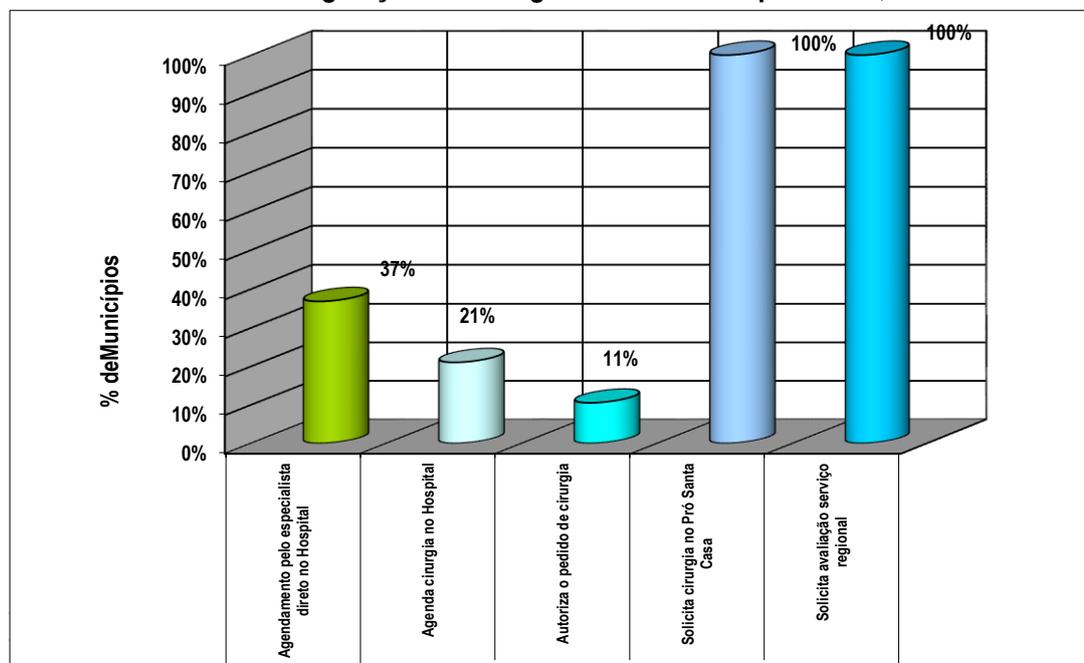
Detectou-se que 27% (04) dos municípios que gerenciam hospital possuem acesso direto à agenda do hospital, através das CRM para agendamento das cirurgias, realizando regulação das solicitações, incluindo dos exames pré-operatórios. Além disso, 13% (02)

dos municípios que gerenciam hospital autorizam a realização do procedimento a ser agendado posteriormente pelo hospital.

Em todos os municípios da RMC são desenvolvidas ações de regulação pelas CRM, no caso de solicitação de avaliação de indicação cirúrgica em serviços de retaguarda regional, que incluem (Tabela 8 e Gráfico 11):

- Autorização e priorização de solicitação de cirurgia a ser agendada no município sede do Projeto Pró Santa Casa, cujos procedimentos são acordados e acompanhados no CGR da Região de Saúde e a contratualização é realizada pelo município sede, contando com recursos da SES – SP;
- Agendamento para o DRS, AME, SOL (PUC Campinas) e Hospital Estadual de Sumaré com as especialidades cirúrgicas para análise da indicação, mediante uso de protocolos definidos por esses serviços de retaguarda. Observa-se, entretanto, que a utilização do SOL é realizada pelos municípios Campinas, Indaiatuba, Monte Mor, Valinhos, Vinhedo e Pedreira, enquanto que o Hospital Estadual de Sumaré recebe encaminhamentos de Sumaré, Hortolândia, Santa Bárbara d'Oeste, Nova Odessa e Monte Mor.

Gráfico 11 – Regulação de Cirurgia Eletiva. Municípios RMC, 2011



FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

No que se refere aos procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico foram selecionados alguns, de média e alta complexidade, para estudo incluindo: Rx contrastado, Ecografia, Escopias e APAC. Pelos gráficos e tabelas a seguir é possível observar:

- Rx contrastado – 16% (03) dos municípios não regulam os pedidos uma vez que o usuário é encaminhado para marcar exame diretamente no serviço sob gestão municipal. 11% (02) dos municípios regulam o que é solicitado via sistema de cotas; 79% (15) encaminham as solicitações para a CRM, sendo que 42% (08) apenas realizam agendamento (para os serviços sob gestão municipal ou solicitam ao DRS) e 37% (07) priorizam e solicitam agendamento;

Tabela 8 – Regulação de Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico de Média e Alta Complexidade. Municípios RMC, 2011

Municípios	População	RX Contrastado				Ecografias					
		Sem Regulação	Cotas SOL	UBS	CRM		Sem Regulação	Cotas SOL	UBS	CRM	
					Apenas Agenda	Prioriza Agenda				Apenas Agenda	Prioriza Agenda
Holambra	11.299				1				1		
Eng. Coelho	15.721				1				1		
Sto. A. de Posse	20.650				1		1				
Pedreira	41.558				1				1		
Artur Nogueira	44.177				1						
Jaguariúna	44.311	1									
Monte Mor	48.949				1				1		
Nova Odessa	51.242				1				1		
Cosmópolis	58.827				1		1				
Vinhedo	63.611					1			1		
Paulínia	82.146					1	1				
Itatiba	101.471					1	1				
Valinhos	106.793	1					1				
Sta. B. D'Oeste	180.009					1				1	
Hortolândia	192.692					1	1				
Indaiatuba	201.619	1		1					1		
Americana	210.638					1				1	
Sumaré	241.311					1		1			
Campinas	1.080.113			1				1			
Total	2.797.137	3		2	8	7	6	2	7	2	
Percentual		16%		11%	42%	37%	32%	11%	37%	11%	

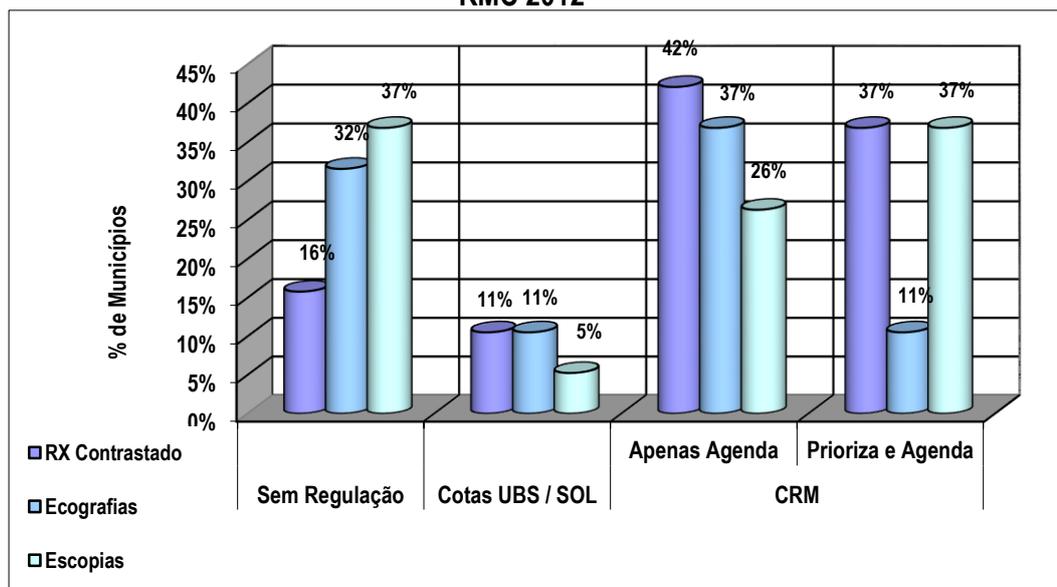
Municípios	População	Escopias				
		Sem Regulação	Cotas SOL	UBS	CRM	
					Apenas Agenda	Prioriza Agenda
Holambra	11.299				1	
Eng. Coelho	15.721					
Sto. A. de Posse	20.650				1	
Pedreira	41.558				1	
Artur Nogueira	44.177				1	
Jaguariúna	44.311	1				
Monte Mor	48.949				1	
Nova Odessa	51.242	1				
Cosmópolis	58.827					1
Vinhedo	63.611					1
Paulínia	82.146	1				
Itatiba	101.471	1				1
Valinhos	106.793	1				1
Sta. B. D'Oeste	180.009					1
Hortolândia	192.692	1				
Indaiatuba	201.619	1				
Americana	210.638					1
Sumaré	241.311					1
Campinas	1.080.113			1		
Total	2.797.137	7		1	5	7
Percentual		37%		5%	26%	37%

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

- Ecografias - 32% (06) dos municípios não possuem regulação, uma vez que o usuário é encaminhado diretamente ao serviço, 11% (02) regulam o que é solicitado via sistema de cotas e, 48% (09) municípios encaminham para a CRM, sendo que 37% (07) apenas realizam agendamento e, 11% (02) priorizam as solicitações e realizam agendamento;
- Escopias - 37% (07) dos municípios não possuem regulação, sendo que em dois casos isso ocorre somente para os serviços próprios, uma vez que o usuário é

encaminhado diretamente ao serviço para realizar o exame; 5% (01) dos municípios regulam o que é solicitado via sistema de cotas SOL; e, 63% (12) municípios encaminham as solicitações à CRM, das quais 42% (05 / 12) apenas realizam agendamento e 58% (07 / 12) priorizam e agendam as solicitações em dois casos isso somente ocorre para os serviços contratados);

Gráfico 11 Procedimentos Regulados pela Central de Regulação. Municípios RMC 2012



FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011.

- Regulação de APAC - 100% dos municípios regulam as APAC para Tomografia Computadorizada, Medicina Nuclear e Ressonância Magnética, tanto dos procedimentos realizados em serviços sob sua gestão, quanto dos encaminhados ao DRS.

Em resumo, pode-se afirmar que quanto à regulação de procedimentos, incluindo consultas especializadas, cirurgias eletivas e SADT, observa-se uma tendência de maior regulação sobre aqueles procedimentos que são encaminhados aos serviços sob gestão estadual (DRS / AME), devido aos fluxos estabelecidos.

No que se refere aos procedimentos realizados em serviços próprios e / ou contratados pelo gestor municipal, o percentual de regulação é menor, embora variando de acordo com o procedimento, sua disponibilidade, custos e as relações com os serviços que os realizam.

1.3. Fluxos de Acesso

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

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

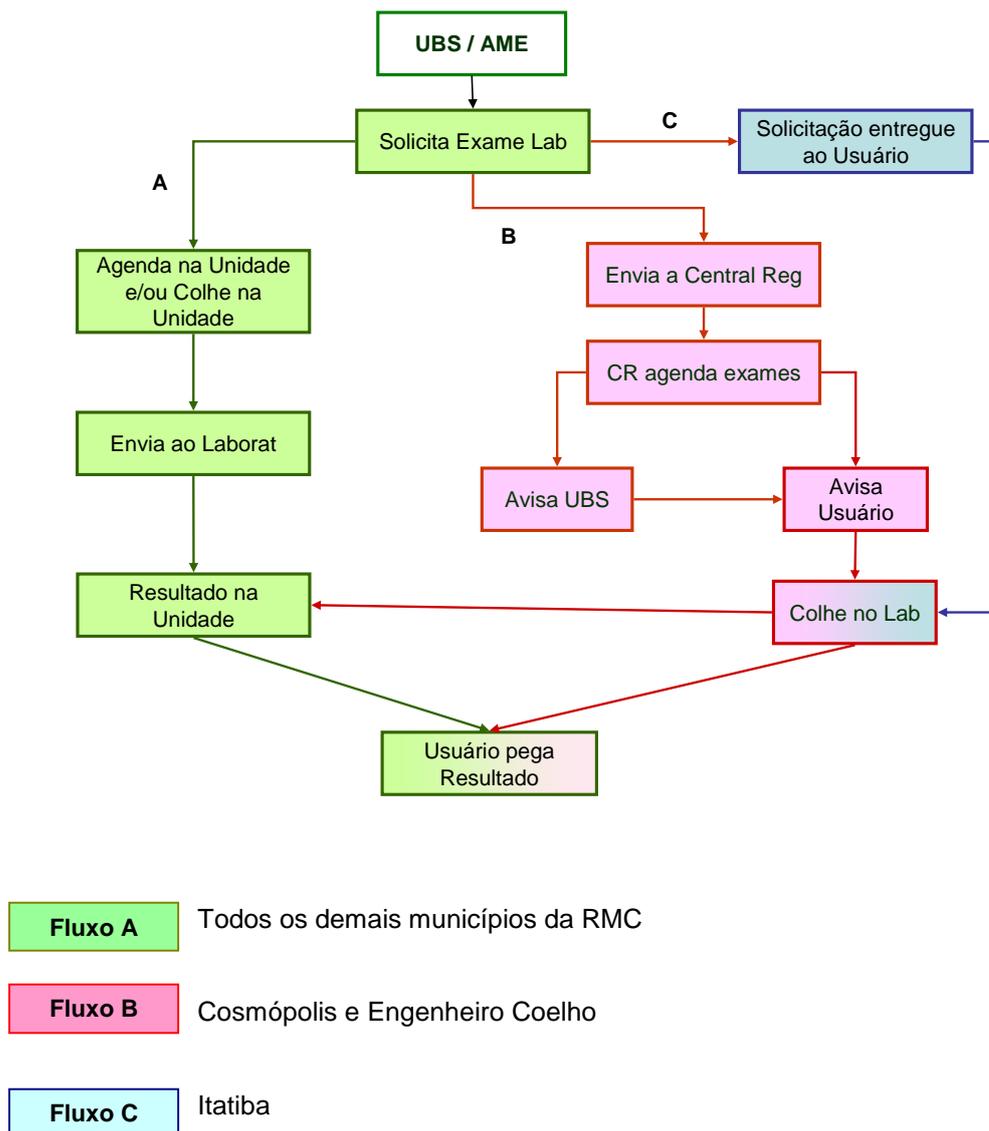
Assim apresenta-se a seguir uma seleção dos fluxos considerados mais importantes para garantia da assistência integral, contínua e de qualidade. Neste aspecto, foram desenhados os fluxos hoje utilizados pelos 19 municípios da RMC em cada procedimento selecionado com a finalidade de visualizar como os gestores municipais tem se organizado para acessar os diferentes pontos de atenção, mas também para detectar fluxos mais adequados e inovadores que facilitem o acesso aos procedimentos.

1.3.1 Exames Laboratoriais

No que se refere aos fluxos de acesso para Exames Laboratoriais, na figura abaixo pode-se observar que 84% (16) dos municípios realizam agendamento e coleta de exames na própria unidade solicitante, em 5% (01) dos municípios a solicitação é entregue ao usuário para colheita no laboratório e, em 11% (02) dos municípios os pedidos de exames são enviados a Central de Regulação Municipal (CRM) para serem agendados e, posteriormente serem colhidos no laboratório, o que requer a mobilização do usuário para obter a data de marcação e a coleta do exame.

Quanto aos resultados, os 16 municípios que fazem coleta nas unidades de saúde fornecem os resultados na própria unidade, enquanto que nos outros 03 o usuário retira o resultado do exame no local da coleta, devendo retornar à unidade de saúde para nova consulta.

Figura 1 – Fluxos para acesso a Exames Laboratoriais utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

1.3.2 Consultas Especializadas

Como já indicado todos os municípios da RMC possuem serviços ambulatoriais especializados (AE) de diferentes portes e disponibilizando variadas especialidades. O acesso às consultas especializadas ocorre de várias formas nos municípios da RMC (Figura 2) sendo que em apenas 16% (03) observa-se sistema com acesso a partir da UBS, onde a agenda fica disponibilizada segundo cotas pré-estabelecidas, podendo este acesso ser informatizado ou manual (Fluxo A).

agendamento pelo DRS (via malote), no sistema CROSS (AME e AE dos hospitais), e em demais serviços sob gestão estadual (Fluxo D).

Quanto à solicitação de consultas especializadas buscou-se avaliar a utilização de critérios de risco, de protocolos clínicos e institucionais, cujo resultado está indicado no quadro a seguir.

Quadro 1 – Utilização de critérios de risco, protocolos, referências e cotas para marcação de consultas de especialidades nos municípios. RMC 2012

Municípios	Aplicação de Critério de Risco na UBS	Aplicação de Critério de Risco na CR	Utiliza Protocolo	Utiliza Referência e Contra-referência	Possui cotas estabelecidas
Americana					
Artur Nogueira					
Campinas					
Cosmópolis					
Engenheiro Coelho					
Holambra					
Hortolândia					
Indaiatuba					
Itatiba					
Jaguariúna					
Monte Mor					
Nova Odessa					
Paulínia					
Pedreira					
Sta Bárbara d'Oeste					
Sto Antônio de Posse					
Sumaré					
Valinhos					
Vinhedo					

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

Ressalta-se que em apenas 47% (09) dos municípios utilizam-se critérios de risco na UBS ou na CRM, 42% (08) dos municípios utiliza protocolos, sendo que apenas em 04 são utilizados por todos os Pontos de Atenção.

Em 63% (12) dos municípios utilizam-se protocolos de referência e contra-referências, principalmente para consultas agendadas fora do município, uma vez que existe exigência formal do DRS ou do Sistema CROSS.

1.3.3 Cirurgias Eletivas

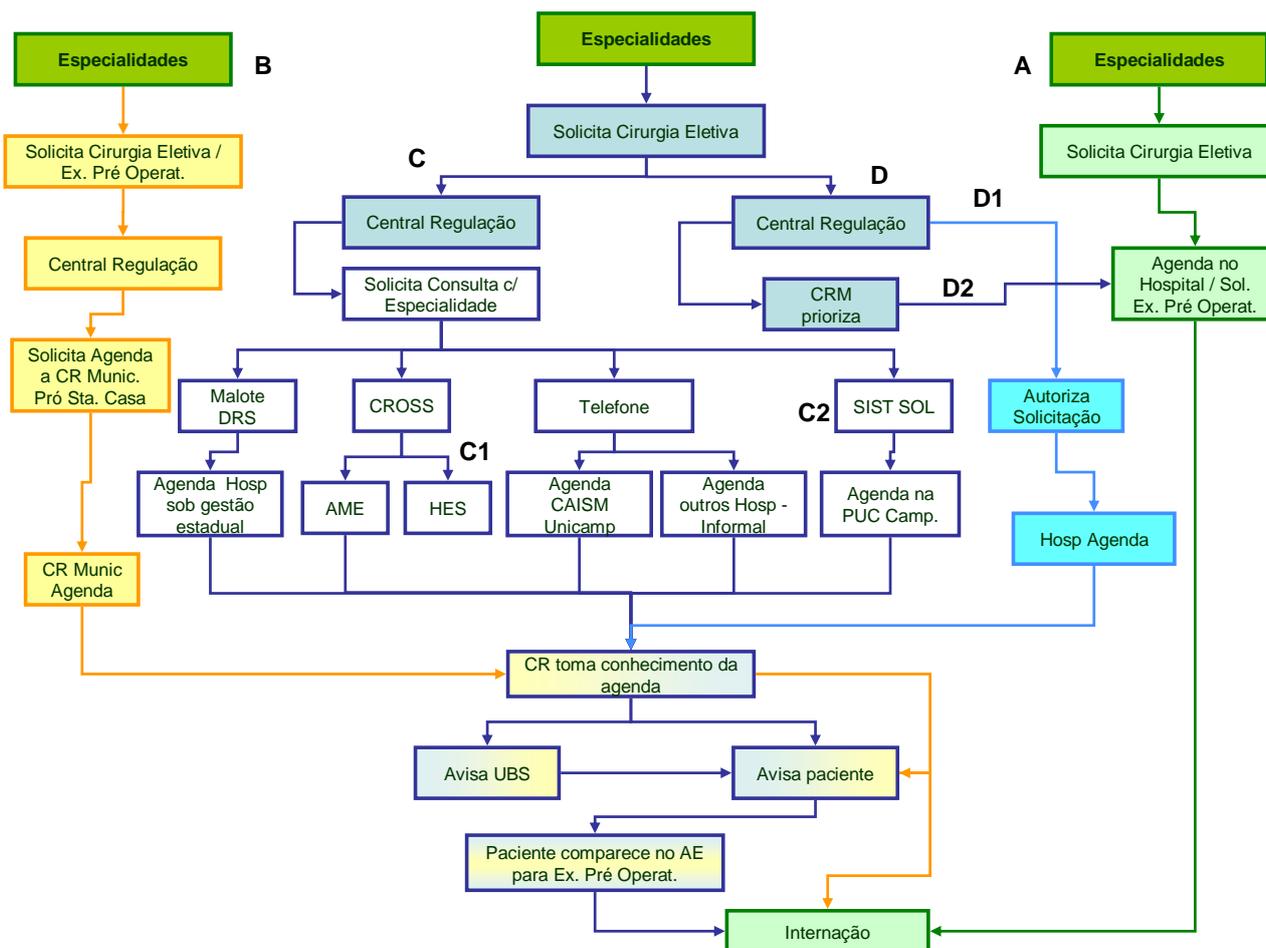
No que se refere aos fluxos para marcação de cirurgias eletivas, foram observados os seguintes procedimentos (Figura 3):

- Em 37% (7) dos municípios as cirurgias eletivas são agendadas no hospital pelo próprio especialista do AE, que solicita os exames pré-operatórios e a internação do paciente, sem qualquer regulação da CRM (Fluxo A). Nestes casos, geralmente os especialistas atuam tanto no AE quanto no hospital, facilitando estas marcações e a ausência de regulação.
- Em 11% (02) dos municípios a CRM apenas autoriza, mas o agendamento é feito pelo hospital (Fluxo D1); em 21% (04) dos municípios a CRM estabelece o risco do pedido e agenda no hospital (Fluxo D2); em 11% (02) dos municípios não são realizadas cirurgias eletivas nos hospitais sob gestão municipal; em 11% (02) dos municípios não obtivemos informação à respeito.

Todos os municípios também possuem acesso ao Projeto Pró Santa Casa, através da CRM que solicita vaga via CRM do Município onde está localizada a Santa Casa (Fluxo B). Neste caso, o especialista do município de origem solicita os exames pré-operatórios e utiliza protocolo de referência, segundo exigências do projeto.

Observam-se ainda várias vias utilizadas por todos os municípios para marcar cirurgia eletiva fora do município (Fluxo C), geralmente em serviços sob gestão estadual (incluindo hospitais e AME) com diferentes formas de acesso (malote, internet, telefone, etc.). Na realidade, a cirurgia não é agendada diretamente, mas sim a consulta com especialidade ou serviço que avalia anteriormente a pertinência da indicação da cirurgia. Neste caso é obrigatório o uso de protocolos de encaminhamento uma vez que é exigência formal do DRS ou dos serviços de referência. Por outro lado, muitas vezes o usuário é reencaminhado ao município de origem para realização de novos exames solicitados pelos serviços de referência, além de submeter-se à agenda e disponibilidade do serviço de cirurgia, o que pode atrasar consideravelmente o procedimento.

Figura 3 – Fluxos para acesso a Cirurgia Eletiva utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



Fluxo A Vinhedo / Valinhos / Pedreira / Paulínia / Jaguariúna / Cosmópolis / Nova Odessa

Fluxo B Utilizado por todos os municípios

Fluxo C Utilizado por todos os municípios quando necessitam marcar com especialidade para avaliação de indicação de Cirurgia Eletiva em outro município, com algumas vias exclusivas, incluindo:

C1 - (hospital Estadual de Sumaré) – Sumaré / Sta. Bárbara d'Oeste / Nova Odessa / Monte Mor / Hortolândia

C2 - (Sistema SOL – PUC Campinas) - Campinas / Indaiatuba / Monte Mor / Pedreira / Valinhos / Vinhedo

Fluxo D D1 – Campinas / Itatiba
D2 – Americana / Indaiatuba / Sta. Bárbara d'Oeste / Sumaré

Sem Inform. Holambra / Sto. Antônio de Posse

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

OBSERVAÇÃO: Municípios tarjados em amarelo possuem hospital sob sua gestão

1.3.4 Urgência e Emergência

Para o entendimento dos fluxos de Urgência e Emergência é preciso considerar que nem todos os municípios da RMC possuem todos os equipamentos necessários a uma atenção integral (SAMU, transporte básico e avançado, salas de estabilização, pontos de atenção capacitados, pronto atendimento, pronto socorro e leitos de retaguarda).

De qualquer forma o acesso aos serviços de Urgência e Emergência ocorre, em todos os municípios da RMC, através de chamadas ao 192 que apresenta diferentes formas de organização.

Em 42% (08) dos municípios as chamadas são atendidas por técnico (atendente, enfermeira ou assistente social) que encaminha o chamado de acordo com a estrutura de suporte, incluindo:

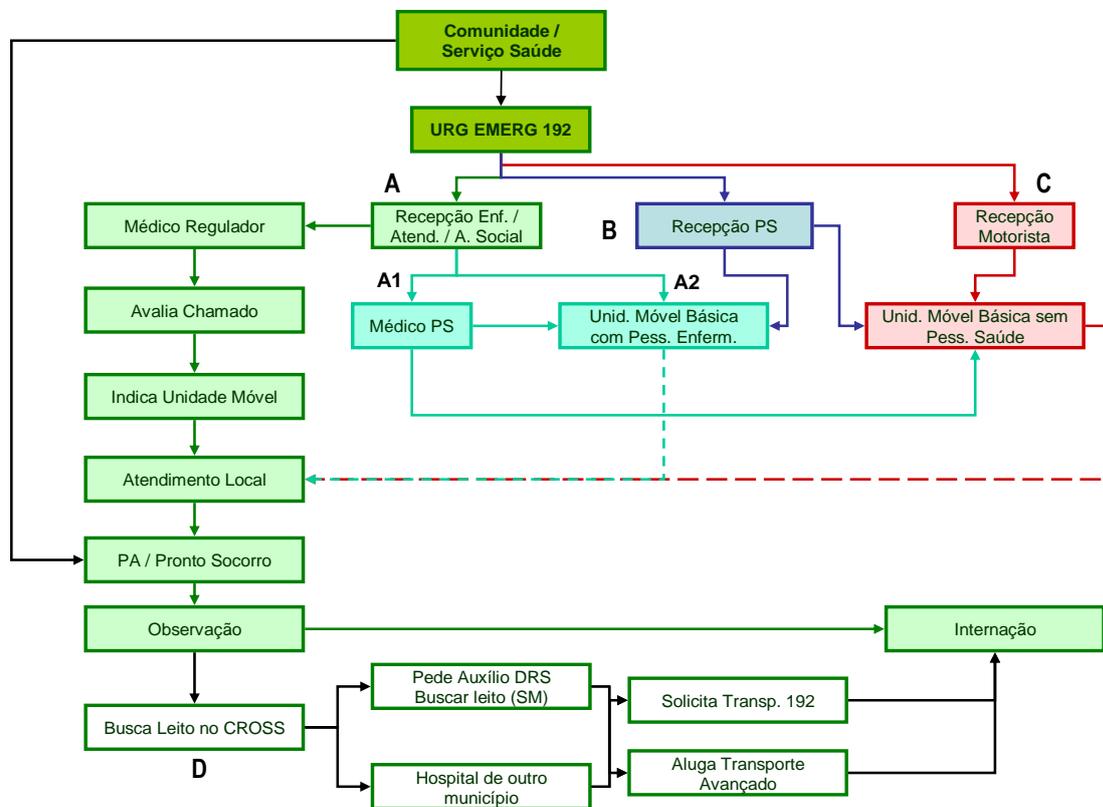
- Em 03 municípios (16%) o pedido é enviado para regulação médica do SAMU que indica o tipo de unidade móvel a ser deslocada para o local de atendimento (Fluxo A);
- Em 02 municípios (11%) a recepção do 192 encaminha a solicitação para o médico plantonista do Pronto Socorro para indicação de equipe e unidade móvel (Fluxo A1)
- Em 03 municípios (16%) a própria equipe atendente indica a equipe e unidade móvel a ser deslocada (Fluxo A2)

Em 27% (05) dos municípios os chamados para o 192 são atendidos pela recepção do Pronto Socorro que decide a equipe e o veículo a ser deslocado para o local de atendimento (Fluxo B). Observa-se ainda que em 32% (06) dos municípios a recepção do 192 é realizada por motorista de ambulância que se dirige ao local de atendimento (Fluxo C).

Após a atenção pré-hospitalar todos os atendimentos são direcionados para os serviços de pronto atendimento ou pronto socorro existentes nos municípios, que realizam a busca de leitos, quando necessário, geralmente no hospital onde o Pronto Socorro está

acoplado, ou via CROSS para buscar leitos em outros municípios. Neste aspecto, apenas o município de Campinas possui processos de regulação de leitos, através da CRM.

Figura 4 – Fluxos para acesso a Urgência e Emergência utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



Fluxo A Campinas / Hortolândia / Sumaré
A1 – Americana / Monte Mor
A2 – Paulínia / Vinhedo / Valinhos

Fluxo B Artur Nogueira / Engenheiro Coelho / Holambra / Indaiatuba / Itatiba

Fluxo C Cosmópolis / Jaguariúna / Pedreira / Sto. Antônio de Posse / Sta. Bárbara D'Oeste / Nova Odessa

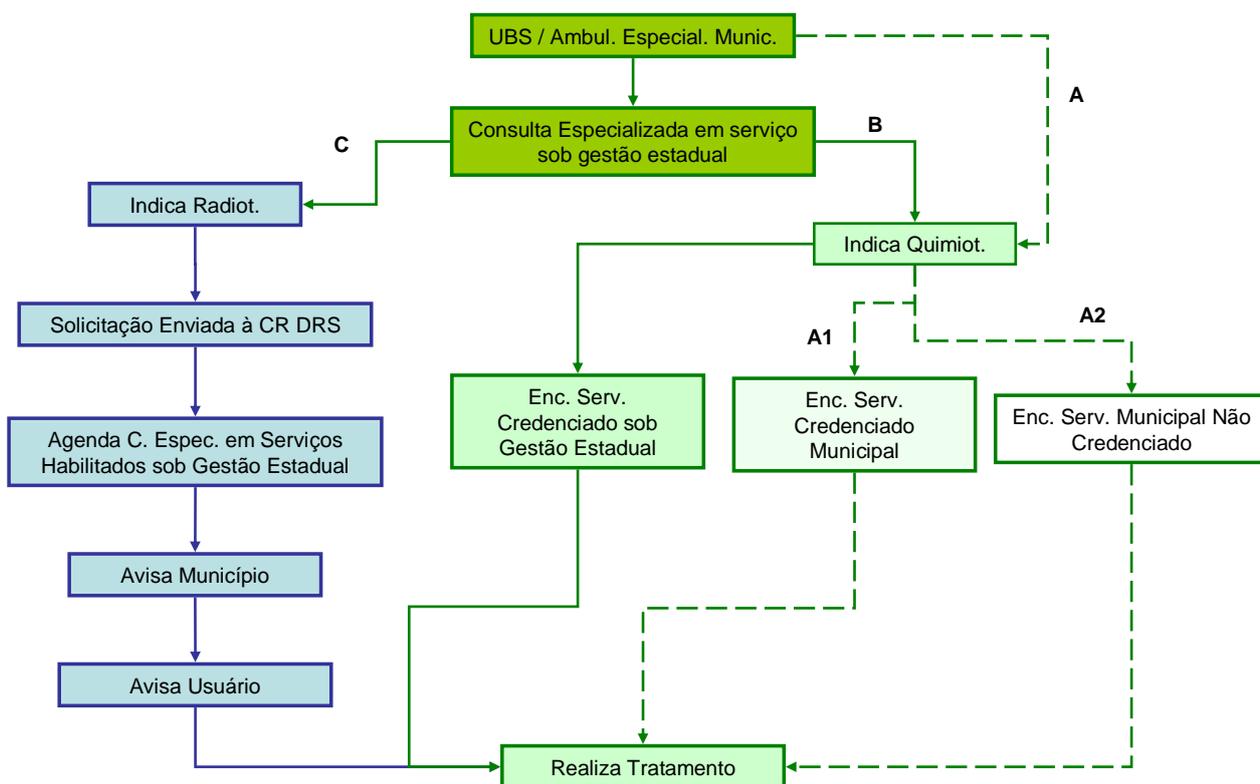
Fluxo D Utilizado por todos os PS quando necessitam buscar leito fora, em outro município

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

1.3.5 Quimioterapia e Radioterapia

Na RMC 79% (15) dos municípios encaminham seus usuários, com suspeita de neoplasia, da UBS ou do AE próprios para consultas com especialistas no AME, SOL ou outros serviços sob gestão estadual (Figura5).

Figura 5 – Fluxos para acesso a Químio e Radioterapia, utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



Fluxo A A1 – Campinas
A2 – Paulínia / Indaiatuba

Fluxo B Todos os municípios da RMC (exceto Itatiba que utiliza serviço regional credenciado sob gestão de Jundiaí)

Fluxo C Todos os municípios da RMC (exceto Itatiba que utiliza serviço regional credenciado sob gestão de Jundiaí)

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

Quando nesses ambulatórios / hospitais é detectada a necessidade de Quimioterapia (QT), os pacientes são agendados com os oncologistas em serviços hospitalares credenciados, onde realizam o tratamento. Existem 4 exceções em que: um dos municípios realiza QT em serviço municipal credenciado, outro em serviço credenciado de outro município e, em 02 municípios os pacientes são encaminhados diretamente do AE municipal para QT em serviço não habilitado sem regulação. Assim sendo, pode-se observar que não existem ações de regulação para QT.

No que se refere à Radioterapia (RT), o fluxo utilizado por 95% (18) dos municípios da RMC passa pelo encaminhamento ao DRS Campinas que agenda consulta com especialidade de serviço habilitado, sob gestão estadual, para avaliar a pertinência do tratamento e elaborar esquema e agenda das sessões.

Em 5% (01) dos municípios os pacientes são encaminhados diretamente para serviço regional credenciado sob gestão de outro município.

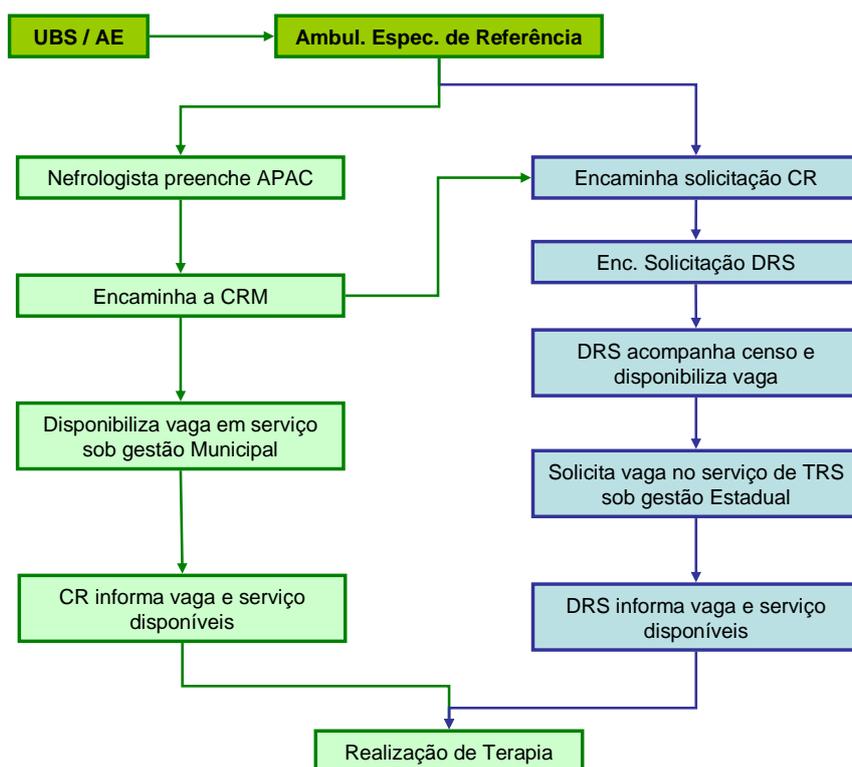
Uma vez estabelecido o esquema de tratamento em QT ou RT o usuário é acompanhado pelo serviço habilitado, com baixo retorno de informações ao município de residência do usuário. Entretanto, o apoio ao transporte destes pacientes é geralmente provido pelo município.

1.3.6 Terapia Renal Substitutiva

Todas as Terapias Renais Substitutivas (TRS) são reguladas, seja pelas CRM de 02 municípios, seja pela Central de Regulação do DRS Campinas para todos os demais municípios.

Em todos os casos o usuário é encaminhado por nefrologista que solicita o procedimento e as centrais de regulação informa a vaga nos serviços, segundo disponibilidade.

Figura 6 – Fluxos para acesso a Terapia Renal Substitutiva, utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

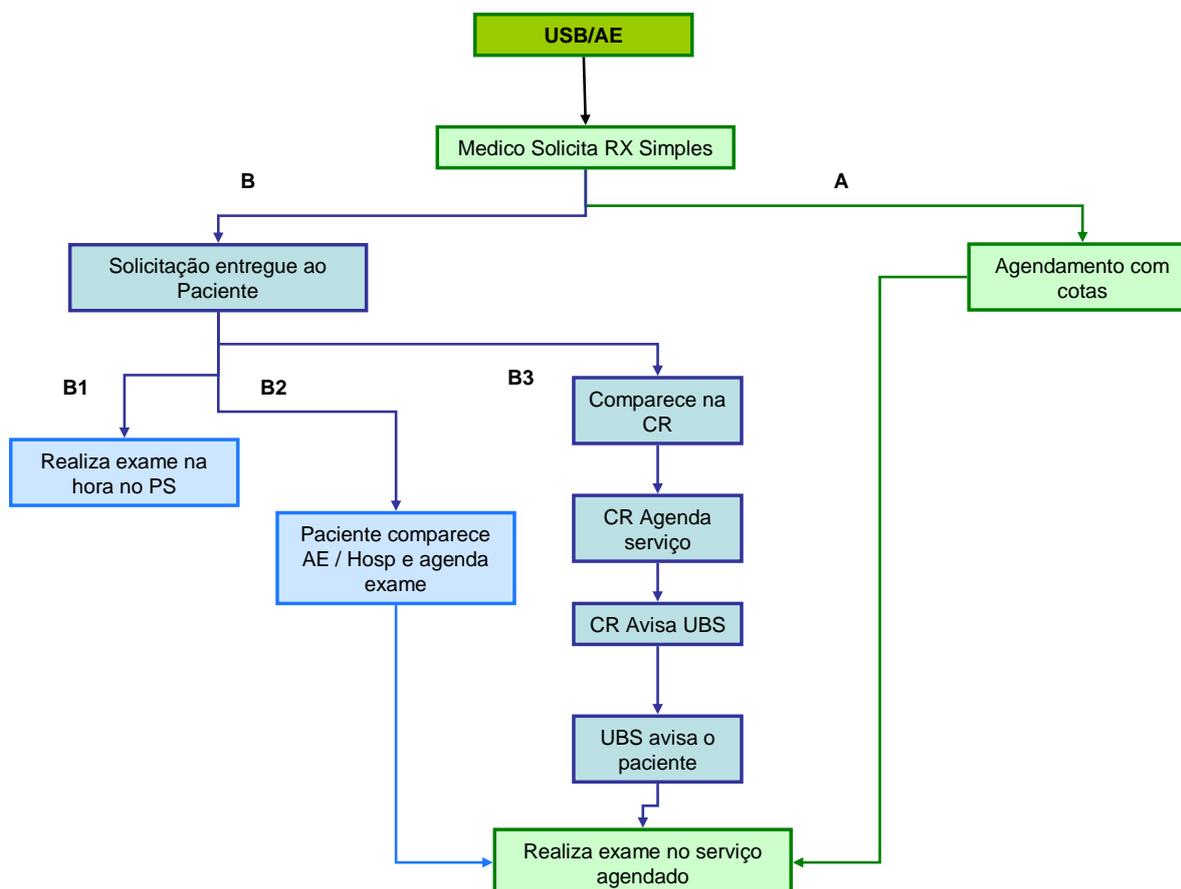
1.3.7 Exames de Média e Alta Complexidade

1.3.7.1 RX Simples

Quanto aos fluxos de acesso para RX Simples nos municípios da RMC, observa-se: em 11% (02) as vagas são cotizadas e disponibilizadas nas UBS através de sistema informatizado (SOL) ou planilhas (Fluxo A); em 31% (06) dos municípios as solicitações são entregues aos usuários que realizam os exames no PS do município (Fluxo B1); em 47%

(09) as solicitações são entregues aos usuários que comparecem ao AE ou hospital para agendamento (Fluxo B2); em 16% (03) o paciente comparece com a solicitação na CRM para ter seu exame agendado (Fluxo B3). Um município refere a utilização simultânea dos Fluxos B1, B2 e B3.

Figura 7 – Fluxos para acesso a RX Simples, utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



Fluxo A Campinas / Sumaré

Fluxo B **B1** – Sumaré / Sto. Antonio de Posse / Sta. Bárbara D'Oeste / Paulínia / Hortolândia / Indaiatuba / Americana

B2 – Valinhos / Pedreira / Monte Mor / Nova Odessa / Jaguariúna / Itatiba / Indaiatuba / Cosmópolis / Artur Nogueira

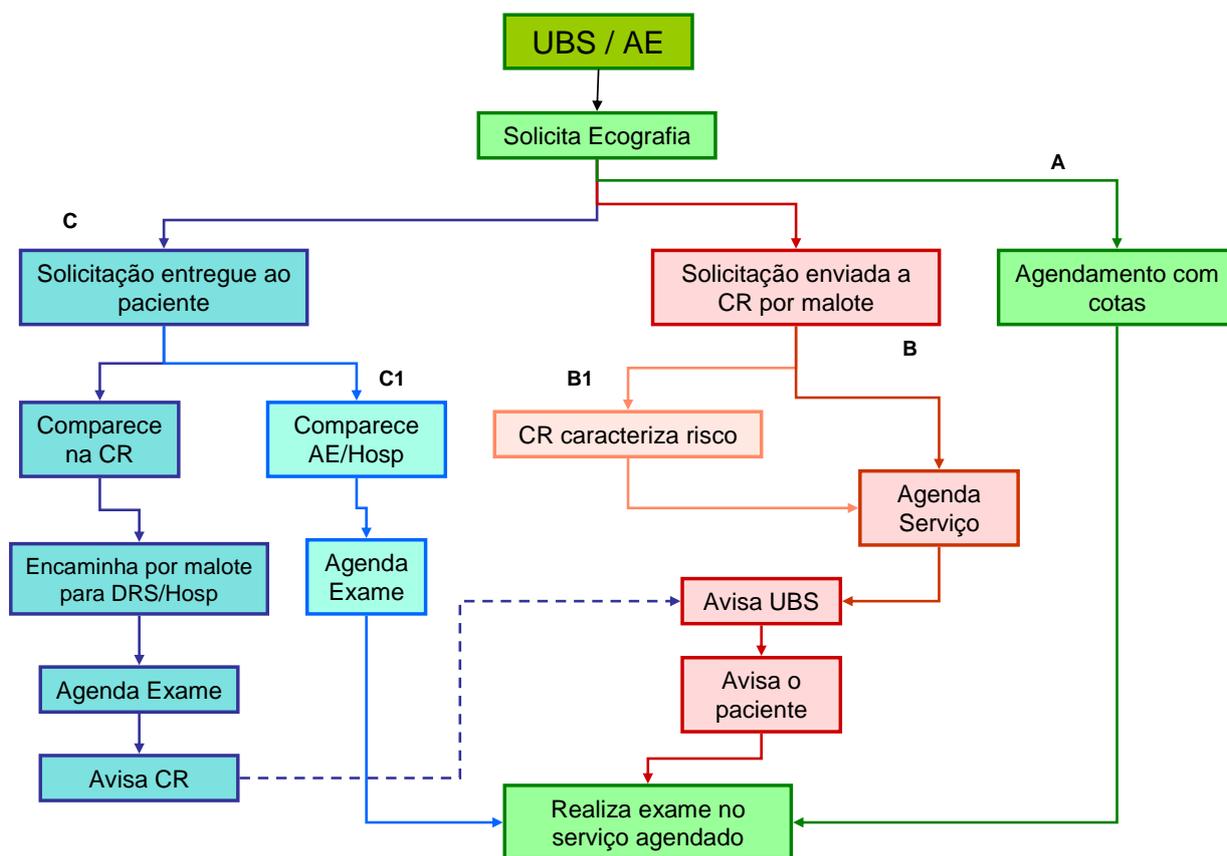
B3 – Engenheiro Coelho (Hosp. Limeira) / Holambra / Indaiatuba

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

Resumidamente pode-se afirmar que na maioria dos municípios da RMC não existe regulação dos RX Simples.

1.3.7.2 Ecografia

Figura 8 – Fluxos para acesso a Ecografia, utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



Fluxo A Campinas (Via SOL) / Sumaré

Fluxo B Vinhedo / Indaiatuba

B1 - Americana / Sta. Bárbara D'Oeste / Cosmópolis (Serv. Tercerizado)

Fluxo C Engenheiro Coelho (Hosp. Limeira) / Holambra / Monte Mor / Nova Odessa / Pedreira

C1 – Valinhos / Sto. Antonio de Posse / Paulínia / Nova Odessa / Itatiba / Hortolândia / Cosmópolis (Serv. Próprio)

Sem Inform.

Artur Nogueira / Jaguariúna

Observou-se que as ecografias são agendadas em 11% (02) dos municípios através de cotas disponibilizadas às UBS (on-line ou em planilhas – Fluxo A, Figura 08). Em 52% (10) dos municípios os pedidos são encaminhados para a CRM sendo que:

- Em 26% (05) dos municípios os pedidos são enviados via malote e desses, 02 municípios aplicam critérios de risco e agendam o exame (Fluxo B1) e 03 municípios apenas agendam o serviço (Fluxo B);
- Em 26% (05) dos municípios o paciente comparece com o pedido na CRM, que após o agendamento comunica a UBS, a qual informa ao paciente a hora e local da realização do exame (Fluxo C).

Em 32% (06) dos municípios o paciente comparece diretamente no AE ou hospital para agendamento e realização do exame, sem qualquer ato regulatório (Fluxo C1). Portanto, a maioria dos exames não possuem regulação ou apenas são agendados via CRM.

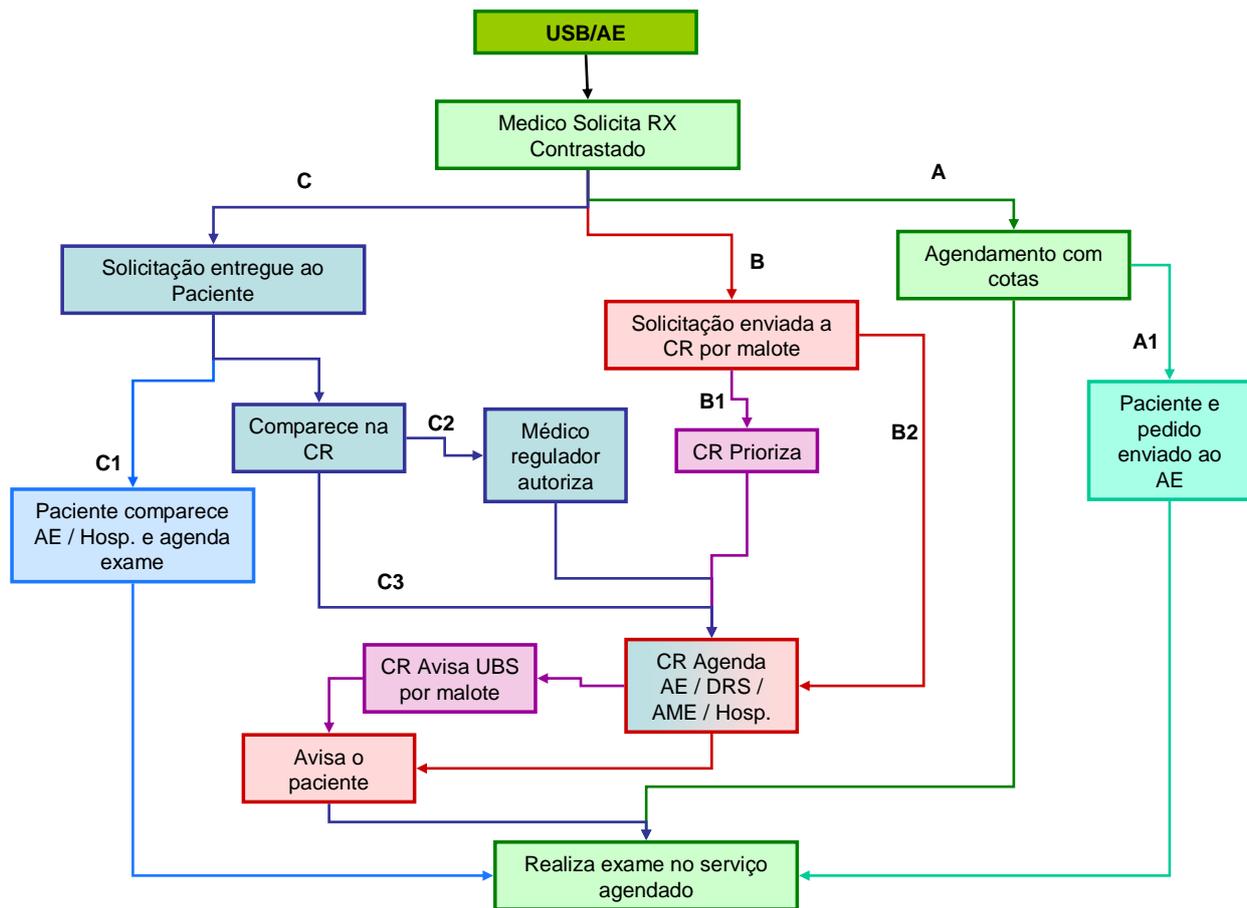
1.3.7.3 RX Contrastado

Quanto aos RX Contrastados (Figura 9) constata-se que em 11% (02) dos municípios realizam agendamento por cotas nas UBS, sendo que um deles utiliza sistema on-line (Fluxo A). Em 37% (07) dos municípios as solicitações são encaminhadas por malote a CRM, das quais 32% (06) priorizam e agendam (Fluxo B1) e 5% (01) somente agendam (Fluxo B2).

Já em 57% (11) dos municípios o paciente recebe a solicitação de exames. Em 16% (03) dos municípios o usuário agenda o exame diretamente no AE ou hospital (Fluxo C1). Em 42% (08) dos municípios o usuário comparece a CRM para posterior agendamento. Neste caso, somente em 01 município o médico regulador autoriza o exame (Fluxo C2) e nos outros 37% (07) o agendamento é feito sem priorização (Fluxo C3).

Em resumo, a maioria dos procedimentos não é submetida a qualquer regulação.

Figura 9 – Fluxos para acesso a RX Contrastado, utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



Fluxo A Campinas (SOL)
A1 - Indaiatuba

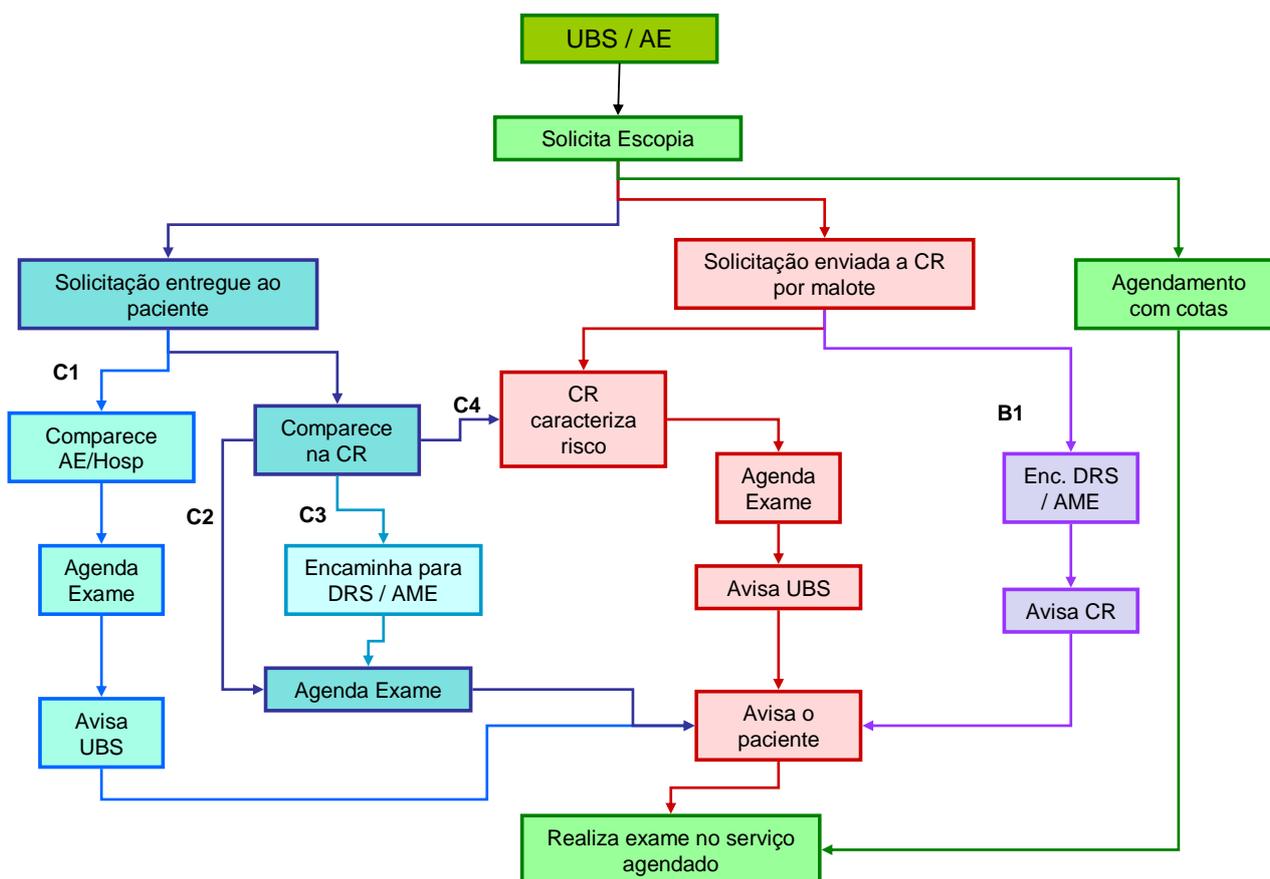
Fluxo B B1 – Sumaré / Sta. Bárbara D'Oeste / Paulínia / Itatiba / Hortolândia / Americana
B2 - Sto. Antônio de Posse (DRS)

Fluxo C C1 – Valinhos / Indaiatuba / Jaguariúna
C2 – Cosmópolis (Serv. Próprio)
C3 – Pedreira / Monte Mor / Holambra / Eng. Coelho (Hosp Limeira) / Cosmópolis (Serv. Não Próprios) / Artur Nogueira / Nova Odessa

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

1.3.7.4 Escopias

Figura 10 – Fluxos para acesso a Escopias, utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



Fluxo A Campinas (SOL)

Fluxo B Cosmópolis (Serviços Próprios) / Itatiba / Sta. Bárbara D'Oeste / Sumaré
B1 – Sto. Antônio de Posse (DRS)

Fluxo C **C1** – Paulínia / Nova Odessa / Jaguariúna / Itatiba / Indaiatuba / Hortolândia
C2 – Monte Mor / Valinhos
C3 – Holambra / Artur Nogueira / Itatiba (Serv. Contratados) / Pedreira
C4 – Americana / Cosmópolis (Serviço Não Próprio) / Vinhedo

FONTE: Projeto PESS / NEPP / UNICAMP – AGEMCAMP. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da RMC. 2011

Na RMC, as escopias são agendadas on-line a partir de cotas nas UBS em apenas 5% (01) dos municípios. Em 26% (05) dos municípios as solicitações são enviadas via malote às CRM, sendo que em 21% (04) ocorre a aplicação de critérios de risco e agendamento (Fluxo B) e em 01 município apenas o agendamento (Fluxo B1).

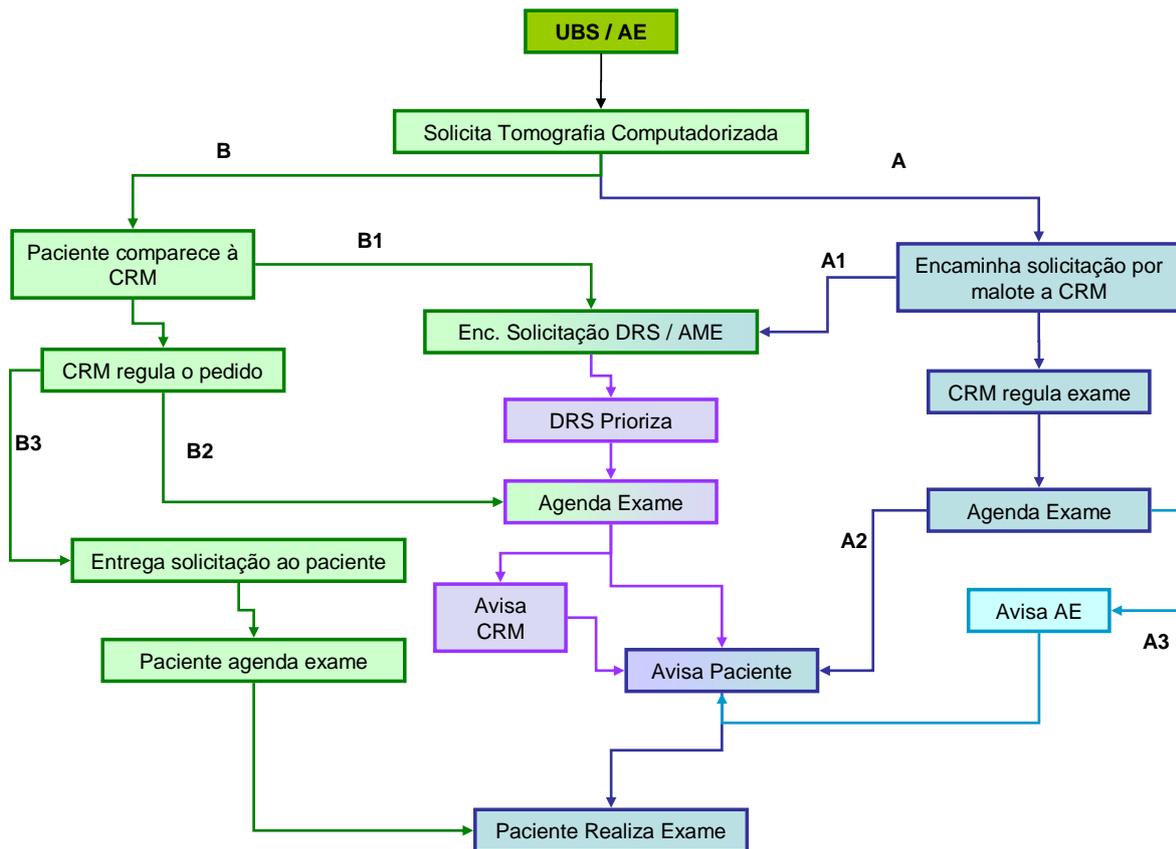
Em 74% (14) dos municípios os pacientes recebem as solicitações de exames e, em 32% (06) dos municípios agendam diretamente no AE ou hospital (Fluxo C1) e em 42% (08) dos municípios as solicitações são entregues pessoalmente a CRM. Dessas, 11% (02) somente agendam os exames (Fluxo C2), 16% (03) aplicam critérios de risco e agendam o exame (Fluxo C4) e, 16% (03) encaminham para agendamento via DRS ou AME (Fluxo C3).

1.3.7.5 Tomografia Computadorizada

Todas as tomografias computadorizadas são reguladas pela Central de Regulação Municipal e Central de Regulação Regional do DRS Campinas.

Entretanto, em 42% (08) dos municípios as solicitações são encaminhadas via malote à CRM e em 52% (10) os pacientes comparecem à CRM para agendamento do exame.

Figura 11 – Fluxos para acesso a Tomografia Computadorizada, utilizados pelos Municípios da RMC, 2011.



Fluxo A A1 – Holambra / Jaguariúna
 A2 – Paulínia / Americana / Monte Mor / Sta. Bárbara d’Oeste
 A3 – Vinhedo

Fluxo B B1 – Sto. Antônio de Posse / Pedreira (AME) / Indaiatuba / Cosmópolis / Artur Nogueira
 B2 – Campinas / Hortolândia / Indaiatuba / Valinhos / Nova Odessa
 B3 – Itatiba

Sem Inform. Engenheiro Coelho

1.3.8 Avaliação global dos fluxos na RMC

De modo geral pode-se afirmar que os fluxos de acesso nos municípios da RMC foram desenhados considerando duas perspectivas. Numa delas considerou-se os recursos ao alcance dos municípios, isoladamente, buscando desenhar seus fluxos de acesso de acordo com a disponibilidade de pontos de atenção em seu território, desconsiderando a PPI e os recursos programados e alocados em outros municípios. Essa perspectiva aponta para a inadequação da municipalização autônoma que os gestores municipais vêm implementando, indicando que a regionalização cooperativa ainda está longe de ocorrer. Mesmo nessa perspectiva as ações de regulação, sob responsabilidade do município, são pouco utilizadas, o que inclui:

Nos Pontos de Atenção

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

Nas Centrais de Regulação Municipais

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

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

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

Resumidamente podem ser indicadas as principais questões emergentes da análise dos fluxos:

- Processos informatizados com agendamento na unidade solicitante (incluindo cotas) são pouco utilizados;
- Não se detectou o uso de solicitações informatizadas com análise de prioridade e autorização on-line do médico regulador;
- A maior parte das solicitações é entregue nas mãos dos usuários para que este se dirija a CRM, ou as solicitações são enviadas a CRM por malote. Nestes casos, uma parcela significativa de procedimentos é apenas agendada, sem aplicação de critérios de risco;
- Detectou-se também um número expressivo de municípios que entregam as solicitações aos usuários que se dirigem a unidade executora para agendamento ou realização do procedimento, sem regulação;

- Os procedimentos com processos de regulação mais claros e estabelecidos são aqueles encaminhados para os serviços de retaguarda regional (via DRS, AME / CROSS) uma vez que possuem regras definidas.

2. As Centrais de Regulação do Acesso no Âmbito Regional e Estadual

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

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

A partir de 2001 e 2002 é publicado um conjunto de normas, pelo MS relacionado com a regionalização⁸ e à organização de ações de controle, regulação e avaliação, além da instituição da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). Estas normas definiam em detalhes as competências dos diferentes níveis governamentais nas várias áreas.

Em 2002 foi implantada, na Secretaria Estadual de Saúde, a CERAC (Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade) que fazia interface com CNRAC para atender pacientes de outros estados do Brasil nas áreas de cardiologia, neurocirurgia,

⁸ Neste período são publicadas várias portarias pelo Ministério da Saúde / SAS incluindo: 1) Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar; 2) Portaria nº 423 de 09 de Julho de 2002, que aprova detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS; 3) Portaria nº 729 de 14 de Outubro de 2002, que estabelece indicadores de avaliação, bem como os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência, previsto no item 47 do Capítulo II. 3 da NOAS 01/2002, visando à implementação da organização e do funcionamento dos componentes de planejamento, controle, regulação e avaliação assistencial dos Estados e Municípios habilitados, ou que vierem a ser habilitados, na Gestão Plena do Sistema de Saúde pela NOAS SUS 01/2002; 4) Portaria nº 2309, de 19 de dezembro de 2001, que institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC

ortopedia, oncologia e epilepsia. Foi publicada ainda a Portaria n° 2048/GM que estabelecia a implantação do Sistema de Regulação.

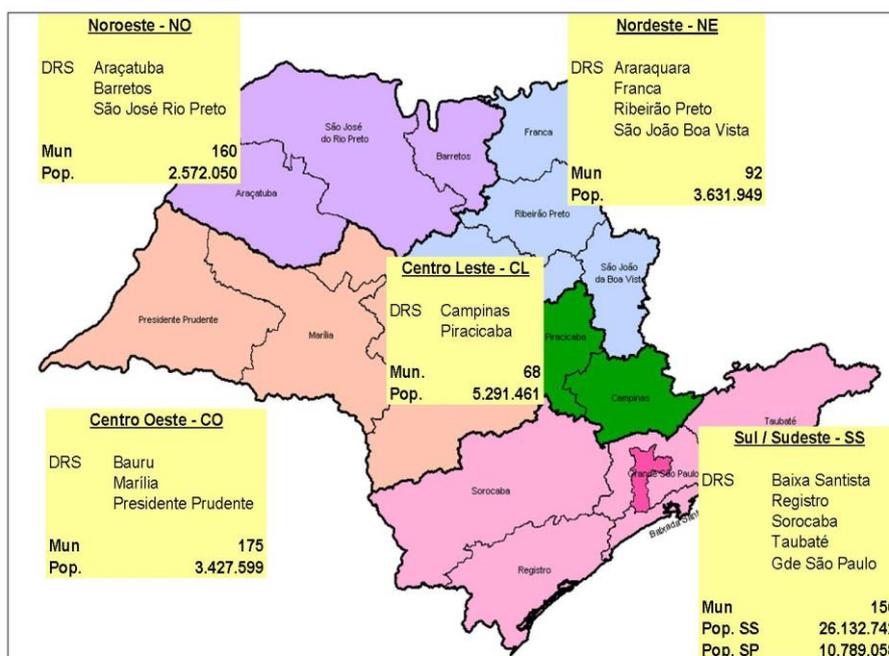
Em 2004 a Coordenadoria de Saúde do Interior (CSI) reformulou as Centrais de Regulação Estaduais Regionais (CRER) do interior do estado diminuindo seu número para doze (12) com funcionamento 24 horas e quatro (4) com funcionamento de 12 horas. Mantiveram-se as quatro CRER da região da Grande São Paulo.

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

Neste mesmo período, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão e regulamenta a implantação desses Pactos⁹.

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

Figura 12 – Macro Regiões da SES – SP e organização de 05 Complexos Reguladores.



⁹ Portaria GM/MS n° 399/2006 – Estabelece as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Portaria GM/MS n° 699/2006 – Regulamenta a implantação dos Pactos pela Vida e Gestão do SUS e institui o Termo de Compromisso de Gestão

Segundo o projeto da SES – SP¹⁰, todo município deveria organizar uma atenção básica resolutive que fizesse solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência. O Complexo Regulador Municipal deveria ser responsabilidade da gestão municipal, entretanto, quando existirem serviços estaduais a regulação do acesso seria operacionalizada em co-gestão. Propunha como principais atribuições do gestor municipal:

- Regular o encaminhamento dos seus munícipes para outros municípios;
- Regular os procedimentos ofertados pelo município para seus próprios munícipes e para os outros municípios que fazem referência para ele articulado com a Central de Regulação do DRS.

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

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

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

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

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

¹⁰ As observações sobre o projeto de Complexos Reguladores da SES – SP estão embasadas em: NOMURA, A. B. N. Política Estadual de Regulação da SES – SP. Arquivo Power Point, abril 2009.

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

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

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

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

Em 2009 ocorre a centralização das Centrais de Urgência inter hospitalares dos DRS em espaço físico em São Paulo no período de 24 horas e, em 2011 é lançado o Portal CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde, que inicialmente centraliza as vagas de urgência e emergência no estado¹¹. Posteriormente esse portal irá integrar as ações voltadas para a regulação do acesso na área hospitalar e ambulatorial, contribuindo para a integralidade da assistência, propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão¹². O Portal unificou os sistemas Conexa, Regnet Leitos, Regnet Urgência, Hospnet e Resgate.

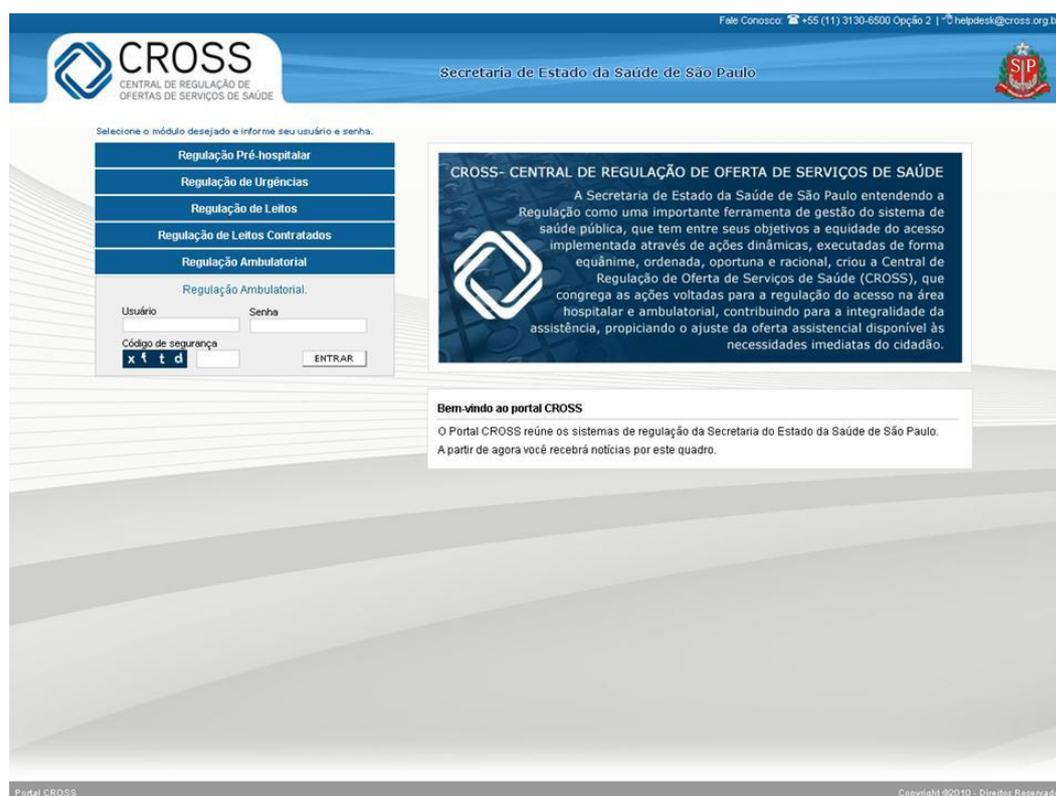
Nesse movimento a SES – SP promoveu a centralização das centrais, incluindo:

¹¹ <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2011/julho/sp-ganha-1-central-online-de-vagas-de-uti-pelo-sus-do-brasil>, em 28/02/2012.

¹² <http://www.cross.saude.sp.gov.br>, em 22/02/2012.

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

Figura 13 – Portal CROSS da SES – SP, 2011.



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

Entretanto o sistema é assimétrico, pois em algumas áreas permite o acesso às vagas via internet através da distribuição de cotas para os municípios, mas em outras áreas

o acesso à vaga ainda ocorre de modo tradicional, isto é através de contato telefônico dos municípios com a central estadual, como no caso das urgências e emergências.

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

Em março de 2010 é editada Deliberação da CIB¹³, incluindo as diretrizes já apontadas pela SES – SP, sendo posteriormente atualizada por nova deliberação de fevereiro de 2012¹⁴ aprovando diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo.

Na realidade, a diferença principal entre estas duas deliberações refere-se à introdução de dispositivos que estruturam os Complexos Reguladores segundo Redes Regionais de Atenção à Saúde¹⁵, propondo a criação de um Complexo Regulador Estadual e onze Complexos Reguladores Regionais.

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

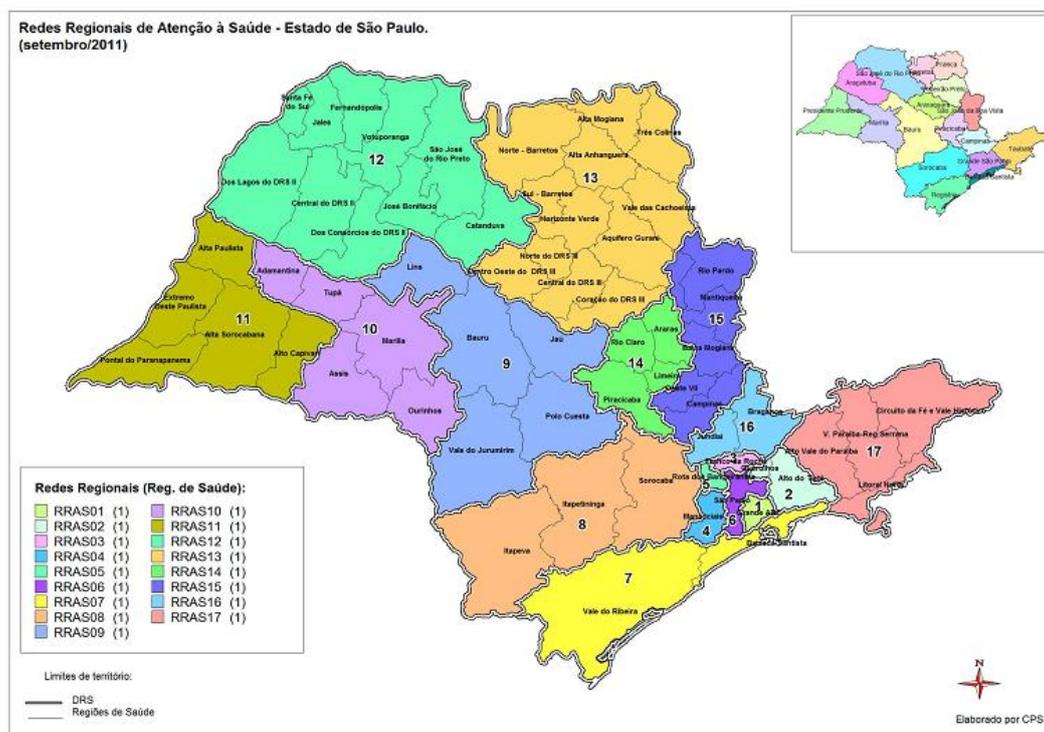
- Elaborar e manter atualizado o diagnóstico da capacidade instalada da Rede Regional de Atenção à Saúde, bem como dos seus fluxos de referência, contando com apoio de Câmara Técnica e quando necessário de grupos de trabalho;
- Acolher as demandas assistenciais oriundas dos Colegiados de Gestão de Regional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

¹³ CIB SP – Deliberação Nº 14 de 22 de março de 2010 aprovando diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo.

¹⁴ CIB SP - Deliberação Nº 27 de 08 de fevereiro de 2012 aprovando diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo.

¹⁵ CIB SP - Deliberação Nº 36 de 21 de setembro de 2011 aprovando o desenho de Redes Regionais de Atenção à Saúde bem como suas formas de gestão; e Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo SES SP – COSEMS SP. Setembro de 2011, arquivo pdf.

Figura 14 – Desenho das RRAS proposta pela SES – SP, em implantação.



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

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

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

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

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

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

- A necessidade de viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma adequada à complexidade de seu problema;
- A desigualdade na capacidade produtiva e resolutiva de sistemas de saúde municipais, regionais e estaduais que exigem o atendimento de populações em regiões externas à sua área de residência (seja no âmbito municipal, regional ou estadual), por meio de referências pactuadas;
- O estabelecimento de referências pactuadas encontra resistências em muitos municípios, regiões e principalmente prestadores de grande porte com o surgimento de nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população

(principalmente aquela externa) às ações e serviços, apesar da expansão da rede observada nos últimos anos;

- A organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações em grande parte das regiões é insuficiente, fragmentada ou parcial, dificultando o acesso da população para determinados procedimentos de saúde;
- A possibilidade de subsidiar o redimensionamento da oferta e da demanda contribuindo para a otimização da utilização dos recursos, não em uma lógica meramente financeira, mas de maneira a buscar a qualidade e a integralidade da ação.

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

- A organização da atenção básica com a ampliação da sua capacidade resolutiva é fundamental para o processo regulatório;
- O atendimento da demanda da rede básica, realizado por meio de uma escuta qualificada, propicia uma referência adequada para os serviços de maior densidade tecnológica
- As Unidades Básicas de Saúde são a principal origem das demandas que serão objeto das práticas regulatórias, pois realizam a gestão do cuidado de cada indivíduo no território sob sua responsabilidade, garantindo o acesso aos recursos de maior densidade tecnológica através de uma rede de referência e contra-referência regionalizada e hierarquizada¹⁶.

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

- Mapeamento dos recursos existentes identificando as unidades solicitantes e as executantes;

¹⁶ CIB SP - Deliberação Nº 27 de 08 de fevereiro de 2012 aprovando diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo. Item II, Regulação de Acesso ou Assistencial, pag. 02. Arquivo pdf.

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

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

As ações que se referem ao planejamento de necessidades e demandas, à PPI e seus reflexos nas contratualizações, ao controle e avaliação do que é realizado, entre outras, são pouco valorizadas, assim como os mecanismos necessários para a implantação e gestão efetiva desse conjunto de ações regulatórias.

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

municipalização autônoma busca-se implantar uma regionalização cooperativa e pactuada que requer o compartilhamento de recursos e a co-gestão.

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

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

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

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

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

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

Complexo Regulador Estadual	Complexo Regulador Regional	Complexo Regulador Municipal
1 - Operar na mesma estrutura do Complexo Regulador Metropolitano (como unidade do Complexo Regulador Estadual, que trabalhará) integrado com os Complexos Reguladores Regionais e Municipais	1 - Definir as Redes temáticas prioritárias que serão escopo da Central	1 - Definir as Redes temáticas prioritárias que serão escopo da Central
2 - Intermediar as demandas não resolvidas nos Complexos Reguladores Regionais	2 - Mapear todos os recursos de saúde sob gestão estadual e municipal das Redes Temáticas definidas	2 - Mapear os recursos de saúde existentes no município definindo as unidades executantes e solicitantes
3 - Atender as demandas eletivas de outros estados nas especialidades de neurocirurgia, cardiologia, ortopedia, oncologia e epilepsia por meio da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade - CERAC-SP, articulada com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC	3 - Pactuar fluxos e protocolos destas redes	3 - Pactuar fluxos e protocolos com as unidades executantes e solicitantes do seu território e regionalmente
4 – Regular o acesso aos serviços estratégicos e de escala reduzida como Cirurgia Cardiológica Infantil, leitos referenciados para Tuberculose e Hanseníase e outros a serem definidos pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB	4 - Mapear as portas hospitalares estratégicas para urgência dos hospitais sob gestão estadual e municipal com abrangência regional, que deverão disponibilizar sua oferta ao Complexo Regional	4 - Mapear as portas hospitalares estratégicas para urgência dos hospitais existentes no município
5 – Coordenar a Unidade de Desenvolvimento e Acompanhamento do Sistema de Informação Estadual Portal CROSS nas diferentes modalidades: Modulo pré hospitalar, Modulo leitos de apoio, Modulo Urgência inter hospitalar, Modulo ambulatorial	5 - Promover a inclusão da oferta de todos os serviços sob gestão estadual no atual sistema de informação- Portal CROSS, na perspectiva de articulação e interface com os demais sistemas de informação já existente(SISREG/SIGA e outros)	5 - Operacionalizar os recursos do município por intermédio de sistema de informação
6 – Promover a inclusão imediata da oferta de todos os serviços sob gestão estadual no atual sistema de informação – Portal CROSS, na perspectiva de articulação e interface com demais sistemas de informação já existentes (SISREG/SIGA e outros)	6 - Operacionalizar os recursos da região por intermédio de sistema de informação	6 - Analisar regularmente todos os dados compilados e compartilhá-los de maneira que se possa programar ações e corrigir distorções, especialmente no Colegiado de Gestão Regional - CGR
7 – Estruturar unidade de monitoramento dos planos operativos dos contratos dos prestadores	7 - Analisar regularmente todos os dados compilados e compartilhá-los de maneira que se possa programar ações e corrigir distorções	7 - Operar em co-gestão com o Complexo Regulador Regional
	8 - Operar em co-gestão com os Complexos Reguladores Municipais	
	9 - Acionar o Complexo regulador estadual quando esgotada capacidade de resolução das demandas no âmbito das RRAS	

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

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

2.1.A Regulação do acesso no âmbito regional do DRS Campinas

O Núcleo de Regulação do Departamento Regional de Campinas iniciou as atividades em 1998, primeiramente com a regulação da urgência, gradativamente incorporou as atividades de agendamento de consultas e exames. Na sua implantação funcionava 24 horas, já que sua principal função era a regulação de urgência, a partir de agosto de 2009 essa atividade foi centralizada na CRUE, em SP, no período noturno, fins de semana e feriados. Em Fevereiro de 2010, a regulação da urgência foi centralizada integralmente na CROSS – Central de Regulação da Oferta de Serviços de Saúde, em SP.

Com o organograma instituído pela SES em 2006, o Núcleo de Regulação é um dos 3 núcleos do Centro de Planejamento e Avaliação em Saúde do DRS. Está instalado no prédio do Departamento Regional de Saúde, funciona das 7 às 17 horas, é composta pela seguinte equipe:

1 Diretor de Núcleo (administrador de empresas);

13 médicos;

3 auxiliares de enfermagem;

1 assistente social;

8 administrativos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2 Fluxos de agendamento na Central de Regulação Regional

Fluxo para os procedimentos que geram APAC

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

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

Fluxo para consultas de especialidades

- Município envia por malote, seguindo o protocolo, para o núcleo de regulação que agenda, via sistema SOL para a PUCC, ou via sistema UNICAMP e
- Devolve documentação para o município, também via malote, que avisa o paciente.
- Para algumas especialidades, com pouca disponibilidade de vagas, é feito priorização por critérios de risco.

Fluxo para TRS

- Os ambulatórios / serviços de nefrologia encaminham solicitação de vaga para a CRR,

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

Fluxo para psiquiatria

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

Fluxo para radioterapia

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

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

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

consultas e exames é disponibilizado pelo serviço antecipadamente, seguindo plano operativo e contratualização. Os relatórios extraídos do sistema são avaliados pelo núcleo de redes.

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

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

Outros Fluxos

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

2.1.3 Fragilidades no processo de trabalho da CRR / DRS VII:

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

- Necessidade de capacitação dos profissionais médicos, administrativos e outros de nível superior;
- Educação permanente da equipe da regulação;
- Estrutura física e recursos materiais deficitários e insuficientes;
- Não adesão da maioria dos municípios em utilizar o meio eletrônico para sanar as dúvidas (interrupção do trabalho).
- Necessidade de padronização dos processos de trabalho para os diferentes serviços e elaboração de manual para os municípios com os fluxos de encaminhamento e protocolos clínicos;
- Ausência de sistematização na avaliação das informações advindas do observatório para que possam subsidiar o planejamento e o credenciamento;

- Ausência de sistematização no processo de avaliação e monitoramento;
- Não houve participação do núcleo de regulação nos trabalhos e discussões que culminaram com a elaboração da PPI, bem como no processo de regionalização;
- Baixa utilização da PPI;
- Dificuldades na utilização da grade de referência e contra-referência, principalmente com os hospitais secundários e primários;
- Insuficiência nos recursos de alta complexidade, gerando estrangulamentos assistenciais importantes: ressonância magnética, tomografia com sedação, oftalmologia, arteriografia, oncologia, ortopedia, neurocirurgia. Internação de menor em psiquiatria.

3. Proposição de um Modelo para o Complexo Regulador da RMC

Para a elaboração de um modelo para o Complexo Regulador da RMC é necessário inicialmente discutir o conceito de “Regulação” de forma ampliada, avançando da Regulação de Acesso à Assistência para a compreensão de que este é só o resultado final de uma série de ações e infrações altamente complexas que devem resultar na garantia de acesso aos serviços de saúde com equidade, integralidade e qualidade.

O MS ao publicar a portaria 1.555 de 1º de agosto de 2008 explicita seu entendimento de Regulação, ao instituir a Política Nacional de Regulação do SUS, com ações organizadas em 3 dimensões e integradas entre si:

- Regulação de Sistema de Saúde: realizada pelos respectivos gestores públicos nos sistemas municipais, estaduais e nacionais de saúde, definindo macrodiretrizes para a regulação da atenção à saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos sistemas.
- Regulação da Atenção à Saúde: realizada pelos gestores públicos (SES, SMS) nos prestadores públicos e privados objetivando garantir a adequada prestação de serviços à população, sendo seu objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde.

- Regulação do Acesso à Assistência: realizada pelos respectivos gestores públicos com o objetivo de organização, controle, gerenciamento, priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

Partindo dessa conceituação podemos antever que para se obter uma Regulação de Acesso eficiente nas esferas estadual, municipal e regional, há a necessidade de se estabelecer uma ação de construção coletiva, que defina estruturas, atribuições e processos de trabalho.

Assim sendo, ao pensarmos um modelo para o Complexo Regulador da RMC teremos que discutir o papel dos municípios, do Estado, do DRS, dos CGRs na construção de uma nova forma de se relacionar, avançando para a regionalização.

Somemos ainda a essa discussão que entre os principais alvos da regulação no setor saúde incluem-se vários elementos que interferem na qualidade e no acesso ao cuidado em saúde, incluindo:

- Exercício das profissões de saúde;
- Estabelecimentos de saúde;
- Condições de trabalho e ambientes relativos ao setor saúde;
- Oferta e demanda dos serviços;
- Relações contratuais;
- Controle e avaliação dos custos e gastos em saúde;
- Protocolos assistenciais;
- Fluxos de atendimento;
- Produção, venda, incorporação e uso de insumo, medicamentos e outras tecnologias de saúde.

Até o momento todas as ações regulatórias vêm sendo desenvolvidas pelos gestores municipais e estadual de forma fragmentada e desarticulada, o que se pode perceber pelo diagnóstico realizado uma vez que: somente três municípios possuem central de regulação com equipe própria e processo de trabalho definido; em 10 municípios não existe setor de planejamento e em somente 4 o setor de planejamento interage com a Central de Regulação para subsidiar seus processos. Embora existam UAC em 12 municípios, somente em 5 desses existem processos de trabalho estabelecidos permitindo alimentação

e retroalimentação dos setores. Em outro requisito fundamental que é a contratualização, observamos que somente 2 municípios contratualizam suas UBS e AE, já quando o serviço próprio é o Hospital, 4 dos 6 municípios nessa condição não tem contratualização estabelecida. A PPI não é utilizada por 100% dos municípios.

No DRS pudemos observar também a ausência de sistematização das informações que possam subsidiar o planejamento e o credenciamento de serviços, explicitando a fragmentação desses setores. Além disso, observa-se a inexistência de processos de avaliação e monitoramento, bem como de ações de apoio e suporte aos municípios e regiões de saúde na organização das ações de regulação.

Na SES observamos que os setores de regulação são pouco articulados entre si e com os setores de credenciamento e contratualização.

Este cenário acarreta um conjunto de conseqüências para os gestores municipais e estadual, na medida em que leva a:

- Desperdício de recursos, uma vez que a falta de regulação das ações assistenciais (uso de protocolos e de critérios de risco) tem ocasionado uma produção elevada de exames, atendimentos de urgência e, consultas especializadas além da baixa qualidade do atendimento;
- Escassez de procedimentos resultantes tanto do desperdício indicado acima, mas também pela ausência de contratualizações e planos operativos e, falta de avaliação e controle das contratualizações existentes, na medida em que os prestadores públicos e contratados passam a ofertar o que mais lhe convém e não aquilo que é a necessidade da população;
- Dificuldades de atendimento aos munícipes uma vez que ficam submetidos a filas de espera, dificuldades de acesso a consultas, exames e internações e, agravamento do seu estado de saúde requerendo ações mais complexas e custosas;
- Aumento de gastos com saúde das administrações municipais e estadual.

Neste cenário se faz imperativo um repensar coletivo desses processos para que se pactuem novas atribuições entre os entes federativos e se construa um Complexo Regulador da RMC com estrutura e atribuições compatíveis com esse grande desafio.

Uma proposta inicial para desencadear o processo de discussão entre os entes federativos passaria por estabelecer um conjunto de ações a serem desenvolvidas por cada esfera de governo.

Na construção desse processo é necessário que os municípios tenham pelo menos: um **núcleo de planejamento** que reconheça através dos diagnósticos de saúde as necessidades da população, sua capacidade de resposta aos mesmos e as interfaces que vai estabelecer regionalmente; um **núcleo de avaliação e controle** que monitore a quantidade e a qualidade da atenção prestada aos seus municípes, acompanhe as contratualizações dos próprios e privados e os respectivos planos operativos; e, um **núcleo de regulação** que acompanhe o caminho do paciente na Rede Regional de Atenção à Saúde, implemente protocolos e a aplicação de critérios de risco em seus serviços e, auxilie na construção dos fluxos desenhados regionalmente. É importante ainda que se avance para a implantação de contratualização e planos operativos dos serviços próprios e privados, seguindo modelos definidos regionalmente.

À SES – SP caberia apoiar técnica e financeiramente os municípios através do DRS, contratualizar adequadamente os serviços sob gestão estadual e, coordenar o processo de organização das redes regionais, apoiando técnica e financeiramente.

Caberia ainda à SES - SP orientar e disponibilizar um sistema de regulação, que contemple não só os agendamentos, mas também a contratualização, a avaliação e o acompanhamento dos municípios.

A SES – SP deveria também possibilitar a operacionalização de Programação Pactuada Integrada – PPI, realizando a contratualização dos serviços sob a gestão estadual e fomentar a contratualização dos serviços sob gestão municipal, com elaboração de planos operativos, elaborados a partir das necessidades regionais, das pactuações e da capacidade de gestão. Deveria, finalmente, propiciar capacitação permanente e treinamento para as equipes de regulação municipais e do DRS.

Ao DRS caberia fomentar e apoiar através de seu núcleo de planejamento os Planos municipais de Saúde e o Plano Regional de Saúde da RMC, subsidiar com isto a SES - SP na contratualização dos serviços sob gestão estadual, desenvolver o plano operativo para cada serviço sob gestão estadual. Através do seu núcleo de avaliação e controle, deveria monitorar qualitativamente e quantitativamente os seus prestadores, produzindo relatórios gerenciais para os gestores municipais, deveria acompanhar as contratualizações e os planos operativos. Além disso, o seu núcleo de regulação seria responsável por

acompanhar: o caminho do paciente no sistema, a implementação de protocolos e a aplicação de critérios de risco, além da obediência aos fluxos estabelecidos. Finalmente, o DRS deveria integrar às áreas de planejamento UAC, contratualização e regulação.

Um Complexo Regulador para a RMC vem como uma proposta inovadora, uma vez que os modelos de regulação regionais propostos até então, não foram viabilizados em **grande parte pela fragmentação da gestão do sistema e pela baixa capacidade dos gestores municipais e estadual em investir nesta perspectiva.**

Desse modo a proposta é que o Complexo Regulador da RMC desenvolva e monitore todos os processos necessários para viabilização de uma regulação de acesso no âmbito dos municípios e do DRS e, de uma regulação da atenção à saúde e sistemas de saúde. Suas atribuições seriam:

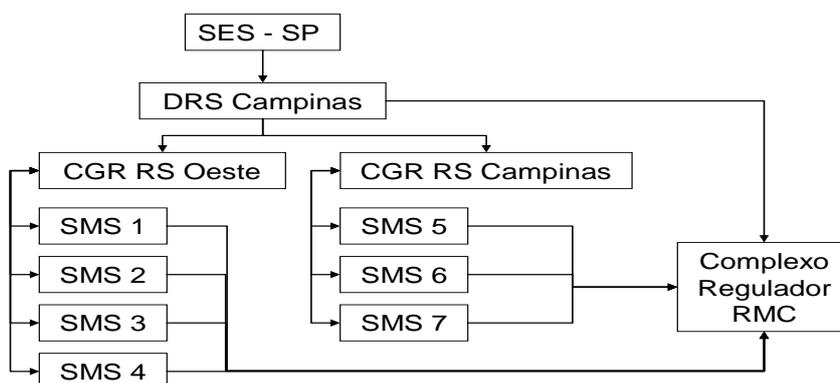
- Acompanhar os planejamentos municipais e regionais fomentados pelo DRS;
- Fomentar a construção coletiva na região de protocolos e fluxos e, utilização de critérios de risco;
- Acompanhar a implantação dos mesmos na região;
- Desenvolver modelos de contratualização para os serviços próprios e privados, como propostas de metas qualitativas e quantitativas a serem estabelecidas nos planos operativos e acompanhar a execução do mesmo, produzindo relatórios gerenciais qualitativos e quantitativos;
- Desencadear a discussão para que todas as vagas contratualizadas sejam disponibilizadas no CR de acessos da DRS ou município.

A operacionalização destas atribuições não demanda recursos suplementares aos que os municípios já vêm investindo, pelo contrário, com a implantação de ações regulatórias surge a possibilidade de ofertar serviços mais adequados, de melhor qualidade e em maior volume.

Nesta perspectiva, o Complexo Regulador da RMC deveria ser nomeado pela SES - SP / DRS Campinas, por portaria que explicitasse suas competências e instrumentos e recursos para implantação das ações. A composição ideal seria de equipe multiprofissional de técnicos das SMS da RMC e do DRS Campinas, com formação para atuar nas áreas de planejamento, controle e contratualização. Caso se pretenda avançar para um

acompanhamento contábil, será necessário incorporar profissionais com este conhecimento à equipe.

Desenho para constituição do Complexo Regulador da RMC e suas relações com as instâncias de gestão do SUS



3.1. Propostas de Ações de Intervenção para Implantação do Complexo Regulador da RMC

Para a implantação do modelo proposta foi desenhado e discutido com os gestores e técnicos das SMS e do DRS Campinas um conjunto de ações operativas que estão em acordo com a atual legislação da área, bem como com as diretrizes da política estadual. A maioria das ações indicadas não possui custos adicionais a não ser de trabalho para os técnicos.

No caso de adequação física e tecnológica das CRM e do sistema de informação de suporte pode haver custos operacionais, o que poderia se constituir em projeto a ser apoiado pelo MS, SES – SP e RMC.

I. Âmbito Regional:

- **Implantar Complexo Regulador na RMC como projeto piloto, que posteriormente se articularia com a Rede. Características deste complexo:**
 - **Coordenação** – grupo bipartite com representantes das SMS e SES SP / DRS
 - **Responsabilidades:**
 - Planejar as necessidades da RMC
 - Elaborar PPI Regional
 - Elaborar e implantar modelo de contratualização e planos operativos para os serviços próprios e contratados, sob gestão municipal e estadual
 - Garantir a introdução da totalidade das vagas nas CRM e CRR
 - Definir as formas de regulação dos procedimentos pelas CRM e CRR
 - Acompanhar contratualizações e PPI Regional
 - Definir e fomentar a implantação de protocolos (clínicos e institucionais) e critérios de risco nos serviços regionais
 - Desenhar e acompanhar a implantação de fluxos e processos de acesso
 - Propor e implantar formas de monitoramento das CRM e do Complexo Regulador da RMC
 - Acompanhar o cumprimento dos Termos de Compromisso (veja abaixo)

- **Desenvolver / implantar sistema de informação de suporte, com funcionalidades adequadas para:**
 - Cadastro dos serviços, integrado com CNES
 - Cadastro da PPI e dos Planos Operativos dos prestadores
 - Criação de agendas a partir dos Planos Operativos

- Estabelecimento de cotas municipais e regionais e de cotas por serviços
 - Agendamento de procedimentos on-line, vinculado com protocolos clínicos
 - Autorização on-line de procedimentos
 - Busca de vagas on-line
 - Acompanhamento do atendimento dos usuários, segundo os serviços utilizados
 - Emissão de relatórios para acompanhamento, avaliação e monitoramento de casos e em âmbito municipal e regional
- **Informatizar todos os serviços da Rede Metropolitana de Saúde**
- **Definir e assinar Termos de Compromisso com Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde no que se refere a:**
 - Cumprimento da PPI Regional
 - Contratualização de todos os serviços de acordo com modelo de contratualização e Plano Operativo acordado, onde deve ser indicada a inserção das vagas nas CRM / CRR.
 - Organização e qualificação da Central de Regulação Municipal
 - **Ofertar e realizar o curso básico de Regulação, Avaliação, Controle, Auditoria e Contratualização no SUS**

II. Âmbito Municipal

- **Qualificar os setores (núcleos) de planejamento, avaliação e controle e contratualização das SMS / Prefeituras**
 - Estabelecer perfil de responsáveis por função e organização de processos de trabalho a serem implantados.
 - Propor e implantar formas de intercâmbio de experiências

- **Estabelecer / qualificar grupo ou núcleo municipal responsável pela regulação de acesso com competências para:**
 - Participar como representante do Complexo Regulador da RMC
 - Reorganizar e qualificar os processos de trabalho da CRM – esta proposta poderia ser articulada com o curso básico, indicado acima;
 - Regular o acesso aos procedimentos, de acordo com diretrizes regionais
 - Implantar protocolos (clínicos e institucionais) e critérios de risco em todos os serviços SUS (públicos / privados), de acordo com diretrizes regionais;
 - Participar do desenho dos fluxos regionais e definir os fluxos municipais que facilitem e garantem o acesso dos usuários;
 - Acompanhar permanentemente o “caminhar” de seus municípios na RRAS através de:
 - Avaliar sua PPI e como está sendo executada pelos prestadores do município e da RRAS;
 - Avaliar as solicitações e o uso de protocolos pelos serviços em âmbito municipal;
 - Acompanhar e avaliar as filas de espera;
 - Avaliar o absenteísmo e a desassistência;
 - Instalar ouvidoria para os usuários
 - Propor melhorias, em âmbito municipal e regional

- **Adequar e qualificar a infra-estrutura física e tecnológica da CRM**
 - Definir e ampliar o espaço dos núcleos de regulação nas SMS, principalmente para propiciar a integração com as áreas de controle, avaliação, planejamento e contratualização;
 - Adequar e modernizar o equipamento de informática da CRM
 - Implantar conectividade via internet, da CRM e serviços de saúde

- Melhorar os canais de comunicação com os serviços de saúde

III. Âmbito Estadual

- **Qualificar os setores de planejamento, avaliação e controle e contratualização do DRS**
 - Organização de processos de trabalho a serem implantados, especialmente com enfoque na integração das áreas
- **Estabelecer / qualificar grupo ou núcleo regional responsável pela regulação de acesso com competências para:**
 - Participar como representante do Complexo Regulador da RMC
 - Reorganizar e qualificar os processos de trabalho da CRR – esta proposta poderia ser articulada com o curso básico, indicado acima;
 - Regular o acesso aos procedimentos, de acordo com diretrizes regionais
 - Implantar protocolos (clínicos e institucionais) e critérios de risco em todos os serviços SUS (públicos / privados) sob gestão estadual, de acordo com diretrizes regionais;
 - Participar do desenho dos fluxos regionais e apoiar o desenho dos fluxos municipais que facilitem e garantem o acesso dos usuários;
 - Coletar e difundir informações sobre a utilização de serviços sob gestão estadual para colaborar com as CRM no acompanhamento de seus municípios, através de:
 - Avaliar a PPI regional e como está sendo executada pelos prestadores sob gestão estadual e pelos municípios;
 - Avaliar as solicitações e o uso de protocolos pelos serviços em âmbito regional;
 - Acompanhar e avaliar as filas de espera;
 - Avaliar o absenteísmo e a desassistência;
 - Propor melhorias, em âmbito municipal e regional

- **Adequar e qualificar a infra-estrutura física e tecnológica da CRR**

- Definir e ampliar o espaço da CRR, principalmente para propiciar a integração com as áreas de controle, avaliação, planejamento e contratualização;
- Adequar e modernizar o equipamento de informática da CRR
- Implantar conectividade via internet, da CRR e serviços de saúde
- Melhorar os canais de comunicação com os serviços de saúde

A partir deste conjunto de proposições sugere-se a implantação imediata do Grupo Coordenador do Complexo Regulador da RMC, a realização de reunião conjunta de representantes da Câmara Temática da Saúde com DRS Campinas e SES – SP para apresentação da presente proposta e discussão de apoios e, a realização de curso básico de Regulação, Avaliação, Controle, Auditoria e Contratualização no SUS para os técnicos das SMS da RMC.

Para o Grupo de Coordenação do Complexo Regulador da RMC propõe-se que seja integrado por um técnico de cada SMS da RMC e técnicos do DRS Campinas das áreas de planejamento, regulação, avaliação e controle e, contratualização.

Para o agendamento de reunião com a SES – SP deve-se levar em conta que já vem sendo realizados encontros e contatos pelos pesquisadores do PESS / NEPP, bem como tem ocorrido a participação de técnicos do DRS Campinas, o que facilita o agendamento de encontro, considerando ainda que a SES – SP aguarda com atenção a conclusão do presente projeto.

No que se refere à realização de curso básico de Regulação, Avaliação, Controle, Auditoria e Contratualização no SUS para os técnicos das SMS da RMC, a proposta inicial é que o curso seja realizado com períodos de concentração e dispersão, com atividades programadas que permitam a reorganização dos processos no âmbito das SMS e do próprio DRS Campinas. Inicialmente julga-se que o curso teria uma carga horária de cerca de 100 horas. Quanto a recursos para financiar o curso podem ser buscados junto ao PAREPS ou mesmo na SES – SP.

Proposta de Cronograma Inicial

Ações	01	02	03	04	05	06
Organização e instalação do Grupo de Coordenação do Complexo Regulador da RMC						
Agendamento de reunião com a SES – SP						
Realização de curso básico de Regulação, Avaliação, Controle, Auditoria e Contratualização						
Realizar a integração do presente projeto com o projeto de informatização da RAS da RMC						

ANEXO

Anexo – Listagem dos Técnicos Indicados pelas SMS para Participar do Levantamento de Dados das Centrais de Regulação de Acesso

Municípios	Técnicos Indicados
1. Americana	<p>Rodrigo Alexander Dias Leon - Analista Programador d Sistema – e-mail: informacao@saudeamericana.com.br Fone: (19) 3472-9358</p> <p>Nilton Ferreira Lobo - Médico Auditor e-mail: central_regulacao@yahoo.com.br Fone: (19) 3407.4255</p>
2. Artur Nogueira	
3. Campinas	<p>Dr. Savério P. L. Gagliardi Função: Médico/Apoio Técnico DGDO Email: saverio.gagliardi@campinas.sp.gov.br Fone (19) 21160879</p> <p>-Dr. Augusto Cesar Lazarin Função: Médico Email: regulacao.campinas@yahoo.com.br Fone (19) 32945751</p>
4. Cosmópolis	<p>- Planejamento: Valéria Cristina de Almeida - Assistente Social - 3872.3149 - valeriaalmeidasocial@hotmail.com</p> <p>2- Central de Acesso: Regina Maria Silva de Assiz Menon - Administrativo - 3872.1663 - regina.menon@gmail.com.</p>
5. Engenheiro Coelho	<p>Sidnaey Barbosa Meris - Coordenador do PSF neymemis@yahoo.com.br 91068934</p> <p>Luciara Amaral Ribeiro - Coordenadora do Pronto Atendimento - luciara.saude@hotmail.com - 96082064</p>
6. Holambra	<p>Nadia Adriana Jacomassi Acciarini - Diretora de Saude - email: saude@holambra.sp.gov.br - tel: 19 3802-2989</p> <p>Graciane Teixeira - Reguladora - email: saude@holambra.sp.gov.br - tel: 19 3802-8000</p>
7. Hortolândia	<p>Nome: Aparecida Bambini Naide e-mail: dapsaude@hortolandia.sp.gov.br Telefone: (19) 9625-5146 Cargo: Diretora de Administração e de Planejamento</p> <p>Nome: Claudia Renata Esperoni Zanibon e-mail: claudiazan@bol.com.br Telefone: (19) 9635-0812 Cargo: Engenheira Sanitarista</p>
8. Indaiatuba	<p>Planejamento Nome: Lucilene Codato Pereira Cargo/Função: Enfermeira - Diretora de Departamento Contatos: 19-78020295 saude.enfermagem@indaiatuba.sp.gov.br</p> <p>Regulação Nome: Luciana Mori</p>

	<p>Cargo/Função: Reguladora Contatos: 19-78070488 moriluciana@hotmail.com</p>
9. Itatiba	<p>Priscila Angelon Carrara (Planejamento) - Chefe da UAC uac@itatiba.sp.gov.br cel: 97583581 (11)Fone da Secretaria da Saúde: 11 4524.0934 Fernando Oliveira Souza Jr. (Central de Acesso) - Coordenador da Central de Regulação cregsus@itatiba.sp.gov.br cel: 9785.9505 Fone da Secretaria da Saúde: 11 4524.0934</p>
10. Jaguariuna	<p>Valmir Marcelo Iglecias Diretor de Gestão saude.adm@jaguariuna.sp.gov.br 19-3837-2424</p> <p>Maria Margareth Kika Lopes A. Social Regulação sssaude@jaguariuna.sp.gov.br 19-3867-0941</p>
11. Nova Odessa	<p>Sandra Mara Cria – Coordenadora de Saúde – smcria@novaodessa.sp.gov.br – 19 – 3476-8194</p> <p>Silmara Sturaro – Assistente Social – silsturaro@bol.com.br – 19 – 3476-8194</p>
12. Monte Mor	
13. Paulínia	<p>Dra. Eunice Retroz Bernardes - Dit^a Dept^o Vigilância em Saúde - saude@paulinia.sp.gov.br fone= 3874-9266 Dr. Alexandre Berni - Médico Regulador aaberni@uol.com.br fone= 3874-5616</p>
14. Pedreira	<p>Planejamento Antonio Tadeu Frota - Assessor Técnico - tadeufrota@click21.com.br - 19 3893-2573 r 205</p> <p>Regulação Andresa Bueno Mendonça Machado - Regulação - andrezamendonca92@yahoo.com.br - 19 38932499 - 98113300</p>
15. Santa Bárbara D'Óeste	<p>Lucimeire Cristina Coelho Rocha - Coord. Planejamento E-mail: lucimeire.saude@santabarbara.sp.gov.br; luklerocha@yahoo.com.br; Tel: 34649403 / 91559764 / 88482107</p> <p>Ana Maria de Oliveira Souza Rocha - Regulação – e-mail: cirurgia.saude@santabarbara.sp.gov.br; anarocha339@yahoo.com.br; tel: 34639392 / 92444326 Vandelice da Silva Moreira Cargo: Diretora de Saúde Pública</p>

	<p>19 92968546 vallmoreira@ig.com.br</p> <p>Julia Massignan Cargo: Coordenadora UAC 19 38797120 julia.massignan@gmail.com</p>
16. Santo Antonio de Posse	<p>Dr. Dilson Luiz Dominiquini - Clínico Geral e Diretor Clínico do Ambulatório de Especialidades</p> <p>Itália Regina Lucon - Assistente Social responsável pela regulação municipal.</p> <p>Rmetente Sílvia Bergo Guerra Secretária Municipal de Saúde Santo Antônio de Posse – SP (19) 3896 9041 / 3896 9046 / 3896 9048 Fisioterapia Respiratória http://lattes.cnpq.br/9471209230582271</p>
17. Sumaré	<p>Grace</p>
18. Valinhos	<p>Paulo Henrique Speglich - Diretor Depto. de Avaliação, Regulação e Controle Email: paulospeglich@valinhos.sp.gov.br Fone (19) 38295144</p> <p>- Aline F. S. Solei de Oliveira - Assistente Social/Depto. de Avaliação, Controle e Regulação. Email: o mesmo Fone: o mesmo</p>
19. Vinhedo	<p>Maria de Fátima O. Cunha Coordenação de Planejamento (19) 3826 7499 planeja.saude@vinhedo.sp.gov.br</p> <p>- Lílian Martins Coordenação de Regulação (19) 3826 7499 (19) 8178 8508 lilianmartins@sider.net</p>



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2499

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br