



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Julia Barban Morelli

**Avaliação das ações de regulação em saúde: um estudo de caso do
município de Rio Bonito – RJ**

Rio de Janeiro

2013

Julia Barban Morelli

**Avaliação das ações de regulação em saúde: um estudo de caso do município de Rio
Bonito – RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mário Roberto Dal Poz

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M842 Morelli, Julia Barban.
Avaliação das ações de regulação em saúde : um estudo de caso do município de Rio Bonito – RJ / Julia Barban Morelli. – 2013.
60 f.

Orientador : Mário Roberto Dal Poz.
Dissertação(mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Saúde pública - Administração - Teses. 2. Política de saúde – Teses.
3. Saúde pública – Avaliação – Teses. I. Dal Poz, Mário Roberto. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV.
Título.

CDU 351.77

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Julia Barban Morelli

**Avaliação das ações de Regulação em Saúde: um estudo de caso do município de Rio
Bonito – RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 24 de Setembro de 2013.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Mário Roberto Dal Poz
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Janise Braga Barros Ferreira
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às minhas mestras Maria Juraci de Andrade Dutra e Tereza Cristina Abrahão Fernandes, que junto com Rosangela Braga, descortinaram a práxis da regulação no SUS aos meus olhos e trilharam este caminho comigo. E em nome dessas três, dedico-o também às bravas mulheres trabalhadoras que constroem o SUS com carinho e suor, todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Meco e Gláucia, pelos exemplos concretos de vida dedicada ao coletivo, e pelo apoio e amor inesgotáveis.

A minha irmã, Angela, pelo constante entusiasmo e por insistir em olhar o mundo com outros óculos.

Ao professor Mário Roberto Dal Poz, por gentilmente acolher minhas ideias e orientá-las com a clareza de sua experiência.

Aos amigos Pedro Carneiro, Tânia Gomes, Rodrigo Oliveira, Beatriz Selles, Ana Pimentel e Elisa Toffoli por compartilhar sonhos e práticas.

Ao meu marido Leonardo que, ao descobrir reservas imensas de carinho e companheirismo, contribuiu decisivamente para este trabalho.

Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.

Riobaldo (João Guimarães Rosa)

RESUMO

MORELLI, Julia Barban. *Avaliação das ações de regulação em saúde: um estudo de caso do município de Rio Bonito - RJ*. 2013. 60 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O presente estudo aborda a introdução de ações de regulação na gestão de saúde de um município do interior do estado do Rio de Janeiro, de 2009 a 2012. Mais especificamente, são analisadas a responsabilização sanitária do ente municipal a partir da aquisição da gestão plena do sistema (Pacto de Gestão) e as ações desencadeadas pela implantação do Controle, Avaliação e Auditoria, e pela criação do Complexo Regulador, tendo como referência a Política Nacional de Regulação. A metodologia empregada envolveu análise documental e entrevistas com informantes-chave. Os resultados demonstram o desenvolvimento de ações em todas as dimensões da regulação e o amadurecimento da função reitora da secretaria municipal de saúde sobre o sistema, através do direcionamento qualitativo e quantitativo dos prestadores privados.

Palavras-chave: Regulação em saúde. Complexo regulador. Avaliação em saúde. Rio Bonito. Estado do Rio de Janeiro

ABSTRACT

MORELLI, Julia Barban. *Evaluation of regulatory actions in health: a case study of Rio Bonito - RJ*. 2013. 58 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The present study focus on the introduction of regulatory actions on health management in a municipality of the state of Rio de Janeiro, 2009-2012. More specifically, it analyses the new health responsibility taken by the municipal administration after acquiring the full management of the system (Management Pact) and the actions triggered by the implementation of control, evaluation and auditing, as well the creation of a regulatory complex, with reference to regulation national policy. The methodology included documental analysis and interviews with key informants. The results demonstrated the implementation of actions in all aspects of regulation and the progress of the local health system stewardship function at the municipal health department through the qualitative and quantitative guidance on the private providers.

Keywords: Health regulation. Regulatory complex. Health assessment. Rio Bonito. State of Rio de Janeiro

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Porcentagem de adesão ao Pacto pela Saúde, 2013.....	15
Figura 2 - Dimensões de atuação da regulação.....	25
Figura 3 - Componentes do complexo regulador.....	26
Figura 4 - Estudo sobre as ações de regulação nos municípios fluminenses, 2011.....	27
Figura 5 - Distribuição % da rede cadastrada no CNES por nível de atenção.....	29
Figura 6 - Renda tributária e proveniente de royalties do petróleo em alguns Municípios fluminenses	31
Figura 7 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde de Rio Bonito por mantenedor.....	31
Figura 8 - Especialidades e exames complementares próprios municipais, 2012.....	32
Figura 9 - Serviços assistenciais próprios inaugurados segundo o período e modalidade de gestão do município	33
Figura 10 - Atribuições comuns aos entes federados e específicas dos municípios.....	35
Figura 11 - Fluxo de regulação de SADT em Rio Bonito.....	43
Figura 12 - Avaliação geral da implantação das ações de regulação em saúde no município de Rio Bonito, 2009-2012.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimento de Alto Custo
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psico-social
CCAAU	Comissão de Controle, Avaliação e Auditoria
COMPERJ	Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
HRDV	Hospital Regional Darcy Vargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ICMS	Imposto sobre circulação de mercadorias e serviços
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
POA	Plano Operativo Anual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto-atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
	Caracterização do problema	14
	Objetivos	17
	Aspectos metodológicos	17
1	A REGULAÇÃO EM SAÚDE	21
2	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO	28
2.1	Região Metropolitana II	28
2.2	Rio Bonito	30
3	RESULTADOS	35
3.1	Motivações da gestão e desdobramentos políticos	40
3.2	O SISREG	42
3.3	A relação com o grande prestador filantrópico	45
3.4	A relação com os prestadores privados	47
	CONCLUSÕES	49
	REFERÊNCIAS	53

INTRODUÇÃO

O contato com a regulação em saúde certamente não se deu durante minha formação na graduação (na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro). O curso de medicina ainda centrado na doença não prepara os futuros trabalhadores de saúde para o mundo que cerca o consultório. A residência de Medicina de Família e Comunidade começou a abrir este caminho, pois a cidade de Ribeirão Preto e mais especificamente a Universidade de São Paulo (USP) já haviam trilhado os árduos embates na construção de um sistema de saúde regulado. Lembro de me sentir maravilhada com esta possibilidade, algo que para mim não havia ainda sido palpável diante da realidade fluminense.

Assim, quando me tornei trabalhadora da saúde no interior do estado do Rio de Janeiro, carregava o horizonte da regulação como uma meta profissional (entre muitas). E dois fatores potencializaram o direcionamento da minha prática para o tema que agora estudo: a militância na reforma sanitária na qual o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde é bandeira principal e o conhecimento adquirido na formação de médica de família e comunidade que ajustou meu olhar para enxergar a rede de saúde e suas conexões, e não apenas o consultório.

A oportunidade de trabalhar diretamente com regulação aconteceu a partir do convite desafiador para que eu integrasse a equipe de implantação do complexo regulador de Rio Bonito. Fazia-se necessária a figura do médico regulador, algo ainda muito raramente encontrado no mercado de trabalho. Então, às secretarias municipais e outras instâncias do SUS nada mais resta do que formar os seus, e foi exatamente o que a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Bonito fez comigo.

O trabalho me forjou médica reguladora e o presente estudo almeja constituir meu “diploma” nessa formação.

Caracterização do problema

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu com a marca do federalismo brasileiro que foi impressa na Constituição Federal de 1988 e nela a responsabilização pela saúde de uma população definida passou a recair sobre o município, menor unidade federada. Apesar do desenho jurídico e institucional brasileiro apontar a responsabilidade dos resultados em saúde para o município, pode-se partir do princípio que a gestão local dos mais de 5.500 do país não se vestiu de responsabilidade sanitária de forma automática.

A máquina do Estado brasileiro fez perdurar a dinâmica prévia à Constituição, por exemplo com a concentração de recursos na esfera federal em detrimento das demais (DAIN, 2001, p. 119). Além disso, sendo o SUS herdeiro da estrutura física e administrativa do INAMPS, sabe-se que a capacidade técnica também se encontrava concentrada na esfera federal, bem como direcionada a compra de serviços e não a desenvolvê-los diretamente (SANTOS e MERHY, 2006, p. 27).

Podemos identificar o esforço de alterar essa dinâmica na saúde a partir da criação das transferências “fundo-a-fundo¹” iniciadas com a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93. No entanto, apenas com a NOB 01/96 e a modalidade de gestão plena da atenção básica, opção adotada por mais de cinco mil municípios, o volume de recursos a eles adquiriu maior expressão (LEVCOVITZ, 2001, p. 274). Estes repasses, pelo peso proporcional do financiamento federal na saúde, especialmente em cidades de pequeno e médio porte configuram o grande aporte financeiro para a pasta da saúde dos municípios.

O restante da década de 90 e o início da década dos anos 2000 foram caracterizados por políticas de incentivo financeiro disponibilizados pelo governo federal como SAMU, CAPS, UPA, etc. Esta forma de financiamento da saúde, através de programas ou pacotes propostos pelo Ministério da Saúde, por sua homogeneidade nacional e característica segmentar, apesar de representarem maior aporte de recursos para os municípios, trazem em seu bojo distorções que dificultam a integração da rede de serviços (OPAS, 2010, p. 21).

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), resultado de uma discussão de cerca de dois anos, envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho

¹ Os fundos de saúde são instrumentos de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde existentes nas três esferas de poder. A existência de fundos de saúde nas esferas estaduais e municipais, para recebimento e movimentação de recursos financeiros do SUS, é obrigatória por força de dispositivos legais e constitucionais (BRASIL, 2005). O termo “fundo-a-fundo” se refere às transferências correntes realizadas entre o Fundo Nacional de Saúde e os Fundos Municipais e Estaduais de Saúde.

Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pode ser entendido como um marco nas relações inter-federativas em Saúde.

Através do Pacto pela Saúde o processo anterior de habilitação dos municípios (e estados) em modalidades de gestão foi substituído pela adesão solidária ao Termo de Compromisso de Gestão. Este novo instrumento apresentou-se mais complexo que os anteriores ao propor metas e respectivos prazos de cumprimento para diversas dimensões da gestão, como, educação em saúde, gestão do trabalho, regulação, controle, avaliação e auditoria, bem como para atenção a saúde. O Termo passou a ser o meio pelo qual os gestores aderem ao Pacto, dentro de um processo de discussão com os agentes do controle social e demais espaços de gestão (municipal, regional, estadual e federal), revisto anualmente de forma a se manter coerente com as necessidades de saúde e com a capacidade de gestão de cada lugar (BRASIL, 2006a).

Dados recentes dão conta de que 71,7% dos municípios brasileiros assinaram o Termo de Compromisso de Gestão até o ano de 2012, variando entre estados com 100% de adesão como São Paulo e Ceará, e outros com menos de 50% de adesão tais como Piauí e Rio Grande do Sul, conforme Figura 1 a seguir:

Figura 1- Porcentagem de adesão ao Pacto pela Saúde, 2013

UF	Total de municípios no estado	Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde (2012)	Percentual de municípios
AC	22	11	50,00%
AL	102	102	100,00%
AM	62	4	6,45%
AP	16	6	37,50%
BA	417	288	69,06%
CE	184	184	100,00%
DF	1	0	0,00%
ES	78	71	91,03%
GO	246	246	100,00%
MA	217	154	70,97%
MG	853	841	98,59%
MS	78	78	100,00%
MT	141	135	95,74%
PA	143	134	93,71%
PB	223	186	83,41%
PE	185	157	84,86%
PI	224	59	26,34%
PR	399	399	100,00%

RJ	92	54	58,70%
RN	167	167	100,00%
RO	52	52	100,00%
RR	15	9	60,00%
RS	496	155	32,25%
SC	293	293	100,00%
SE	75	75	100,00%
SP	645	645	100,00%
TO	139	84	60,43%
Total	5.565	3.994	71,77%

Fonte: SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA. Ministério da Saúde, 2013.

A adesão à NOB 01/96 chegou a distribuir recursos “fundo-a-fundo” para os municípios que incluíam até 99% da população brasileira, em sua maioria apenas na modalidade gestão plena da atenção básica (LEVCOVITZ, 2001, p. 276). Entretanto, foi somente com o Pacto pela Saúde que um grande quantitativo de municípios passou a receber no seu fundo municipal de saúde o pagamento da média e alta complexidade².

A entrada de recursos de média e alta complexidade no “teto” do município potencializa a responsabilização do gestor municipal de saúde, seja devido ao aumento exponencial dos valores sob tutela da Secretaria Municipal, seja pelo peso que a Saúde adquire perante as outras pastas da prefeitura.

Com a finalidade principal de buscar maior autonomia para estados e municípios no que tange aos processos normativos do SUS, a regulação ganhou força após o Pacto de Gestão, componente do Pacto pela Saúde (VILARINS; SHIMIZIU; GUTIERREZ, 2012, p. 641). Esse processo se desenvolve em consonância com a descentralização administrativo-financeira paulatina do SUS. Ainda segundo estas mesmas autoras:

“A utilização do processo regulatório como instrumento de gestão pode se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde para amortizar a desigualdade relacional entre os entes público e privado, além de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta, tornando-se coerente, compatível e sem grandes distorções. (...) Apesar das controvérsias quanto à autoridade para regular, seja do Estado ou do município, permanece a convicção de que os provedores de serviços devem estar sob regulação, independentemente de serem entes públicos ou privados, uma vez que a ação regulatória otimiza os recursos disponíveis e favorece o devido acesso dos usuários”. (VILARINS; SHIMIZIU; GUTIERREZ, 2012, pag. 641)

² Média Complexidade compõe-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Alta Complexidade é um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo (BRASIL, 2005).

Diante da atualidade do tema, que em termos de política pública vem se desenvolvendo há menos de uma década no país, e das controvérsias quanto às suas possíveis formas de implantação, cabe ressaltar a relevância do tema para estudos acadêmicos e reflexão dos seguimentos interessados no avanço do sistema de saúde brasileiro.

Objetivos

O objetivo desta dissertação é avaliar a implantação de ações de regulação em um município de médio porte, tomando como base para análise o estudo de caso do município de Rio Bonito - RJ. A partir daí, pretendemos delinear as características da ação regulatória e a reação à mesma no contexto do interior fluminense, principalmente no que tange à relação do ente público com a dimensão privada da saúde, isto é, desde os interesses particulares individuais até a relação com empresas privadas ou filantrópicas. Para tanto, definiu-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever a rede de atenção à saúde do município em estudo;
- Elencar as ações regulatórias desenvolvidas pelo gestor municipal;
- Comparar os dados do item acima com o preconizado pela Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008) e outros atos normativos;
- Descrever e analisar os processos de implantação do programa de saúde³ em questão, incluindo seus sucessos e limites.

Aspectos metodológicos

O presente estudo é delineado como uma pesquisa avaliativa cujo objeto é o programa de saúde relacionado à regulação no município de Rio Bonito. A avaliação é entendida aqui como instrumento para melhorar o desempenho das políticas públicas, tornando-se um foro de aprendizagem que permite reelaborar e melhorar as políticas. Segundo Contrandiopoulos (2006) avaliar consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a respeito de

³ Utilizamos aqui a definição de programa de saúde como um grau de organização das práticas onde há definição de objetivos, atividades e recursos para resolução de problemas definidos de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou sobre qualquer um de seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas – avaliação normativa – ou, ser elaborado a partir de procedimento científico – pesquisa avaliativa. Este mesmo autor também coloca que:

Para aumentar as chances de que os resultados de uma avaliação sejam úteis, é importante se conscientizar de que a avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, de que é fonte de poder para os atores que a controlam. Deve-se, portanto, assegurar que (...) a informação extraída de uma avaliação seja considerada como uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não como uma verdade absoluta (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997, p. 46).

Vieira-da-Silva (2005) critica a definição de Contrandriopoulos na medida em que o conceito de “intervenção” limita o escopo da avaliação à dimensão instrumental da ação. A autora propõe então a ampliação da definição substituindo o conceito de “intervenção” por aquele de “práticas sociais”. Entende, portanto, a pesquisa avaliativa como o julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através do recurso a metodologias científicas.

Segundo Hartz (2009), importante referência para o campo da avaliação em saúde no Brasil, a pesquisa avaliativa requer, para qualificação dos programas em sua complexidade, a contribuição de diferentes disciplinas, rompendo paralelismos epistemológicos que precisam ser complementares na avaliação, tais como: a pesquisa biomédica e organizacional; a atenção individual e coletiva. Nos níveis regionais e locais a descentralização da gestão de programas força uma ampliação do conhecimento sobre a totalidade dos serviços implicados na obtenção dos efeitos desejados. Nesse tipo de avaliação, em que as parcerias legitimamente diferem em seus pontos de vista, surgem problemas específicos para a mensuração de desempenho em ‘rede’ com a necessária contextualização e participação nas pesquisas.

No contexto da pesquisa avaliativa percebemos que:

Estudos de caso com múltiplos níveis de análise imbricados são fortemente recomendados dado que o objeto de investigação é de grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando informações de ambos (HARTZ, 1999, p. 344).

Assim, através da estratégia de análise de adequação ao padrão (YIN, 2001, p. 136) o programa implantado foi estudado à luz dos elementos preconizados pela Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008). Apesar da metodologia utilizada não objetivar uma avaliação da política em si, ela permitiu examinar a aplicabilidade da Política Nacional, especialmente no contexto de cidades interioranas de médio porte.

Para alcançar os objetivos do estudo, a metodologia foi dividida em análise documental e entrevistas com informantes-chave. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Todos os entrevistados foram inicialmente contatados por telefone e/ou correio eletrônico, quando foram apresentados ao estudo e convidados a participar. Neste primeiro contato foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A). Exceto um representante dos prestadores de serviço que alegou distanciamento com o objeto em estudo, pois não mais participava da diretoria da entidade filantrópica, os demais indivíduos aceitaram participar da pesquisa. Cada participante foi entrevistado em separado, geralmente em seu local de trabalho, entre os meses de março e maio de 2013. No início de cada entrevista o TCLE foi assinado após ser reiterado o fato de que o entrevistado poderia retirar-se do estudo a qualquer momento, até a data de finalização do mesmo.

Para o desenvolvimento da entrevista semi-estruturada foi construído um roteiro (Apêndice B). Os indivíduos, participantes do estudo, representam uma amostra intencional cujo critério foi o conhecimento/envolvimento com ações de regulação no período que compreende o estudo (2009 – 2012). Foram entrevistados 4 indivíduos, sendo 2 gestores (G1 e G2), 1 trabalhador (T1) e um prestador de serviço (P1).

Os dados secundários foram coletados junto à documentação existente na Secretaria de Saúde, e também extraídos de documentos que tratavam da relação da mesma com os prestadores de serviços de saúde (contratos, atas de reuniões e planos operativos).

Para organização e discussão das entrevistas e do material documental selecionado foi utilizado o recurso da análise temática (MINAYO, 1999, p. 207). A análise temática considera três etapas: pré-análise (organização dos dados, com leitura e seleção dos mesmos segundo os objetivos do estudo), exploração do material (realização da codificação dos dados) e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (de modo a analisar os achados à luz do quadro teórico).

Estrutura da dissertação

Esta dissertação é composta de seis capítulos. No primeiro, o introdutório, são apresentados os objetivos da pesquisa, sua metodologia, a relevância e a justificativa do estudo, sendo finalizado com a apresentação da estrutura da dissertação.

O segundo capítulo é destinado à conceituação do tema da regulação em saúde, fornecendo o panorama geral das normativas ministeriais sobre o tema e os principais trabalhos acadêmicos na área.

No terceiro capítulo é feita uma breve descrição do contexto a partir do qual este trabalho foi construído, o município de Rio Bonito e a região do estado do Rio de Janeiro em que ele está inserido, a Metropolitana II. Este terceiro capítulo foi elaborado com dados extraídos dos censos demográficos e as informações em saúde obtidas de fontes da Secretaria Estadual de Saúde.

O quarto capítulo foca a apresentação dos resultados obtidos com o trabalho de campo e a análise do material coletado. Este se divide em sub-capítulos que representam as temáticas que emergiram a partir da metodologia aplicada. Por fim, o quinto capítulo apresenta as conclusões da pesquisa e suas recomendações.

1 A REGULAÇÃO EM SAÚDE

Nos últimos anos, o termo regulação vem ocupando progressivamente a agenda da gestão do SUS. Entretanto, a palavra regulação tem servido a diversos conceitos, em diversas situações e com significações teóricas e operacionais também distintas. No trajeto da Reforma Sanitária brasileira, o termo regulação tem sido utilizado com um sentido mais amplo do que mera regulamentação dos mercados (conceito advindo da teoria econômica clássica que aproxima a questão da relação público e privado).

Um primeiro uso do conceito regulação na realidade brasileira é oriundo do processo de descentralização/municipalização rápida da primeira metade da década de 90, quando as áreas de controle e avaliação passaram à responsabilidade das secretarias municipais de saúde. Esses serviços foram incorporados com a lógica normativa herdada do antigo INAMPS, ou seja, como espaço de intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços (SANTOS; MERHY, 2006, p. 28). Neste sentido, regulação passou a significar o conjunto de regras e atos gestores para organizar e gerir os processos e fluxos da rede de serviços instalada em determinado território pelo gestor local. Isto, a partir de uma lógica organizativa mais pública e articulada, começando a dar sentido de rede ao conjunto de serviços credenciados e conveniados herdados dos gestores federal e estadual (MAGALHAES JR, 2006, p.72).

A outra entrada do termo regulação foi oriunda da interação de técnicos e instituições de saúde brasileiras com a experiência francesa de assistência pré-hospitalar. Esta experiência é estritamente vinculada à gestão dos serviços de urgência, em especial, à assistência pré-hospitalar. Trata-se neste caso da articulação direta entre as demandas e as ofertas assistenciais disponíveis, tentando dar a resposta mais adequada e mais eficiente ao conjunto das demandas por assistência. Traz, portanto, uma conotação claramente assistencial, o que já transforma o conceito anteriormente focado apenas no controle e avaliação, fazendo concretamente uma ponte entre os mundos da gestão e da assistência.

Para facilitar o entendimento do tema e associá-lo ao cotidiano da gestão Magalhães Jr. (2006) divide esquematicamente regulação em dois blocos: a macro e a microrregulação. A primeira consiste em mecanismos mais estratégicos de gestão como os planos municipais de saúde e os planos plurianuais de gestão, que definem prioridades de ação e intervenção do Estado, estabelecendo, portanto, regras em sentido mais amplo para atuação de diversos atores. A macrorregulação aponta para a função de reitoria do gestor sobre o sistema de saúde.

A segunda, por sua vez, traduz para o cotidiano da operação do sistema as regras gerais estabelecidas pela macrorregulação, ao articular e conjugar as respostas potenciais do sistema para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços. Numa sintética definição, microrregulação consiste em oferecer a melhor opção de atenção disponível para determinada demanda. “Em um sistema assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ter como direito a responsabilização do sistema na solução mais adequada para o seu problema”. (MAGALHAES JR, 2002, pg. 10). Por estas características, a microrregulação também pode ser referida como regulação assistencial.

Cabe aqui realizar uma breve digressão acerca do conceito de demanda em saúde, tendo em vista a centralidade deste para regulação assistencial. Cecílio (2006), baseando-se nas contribuições de Stotz, ressalta que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas e que elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. O autor propõe uma taxonomia para o conceito de demanda em saúde conforme quatro dimensões: 1) As “boas condições de vida” perfazem o primeiro conjunto de necessidades, tanto no sentido dos fatores ambientais que influenciam no processo de saúde-doença, como também na inserção do indivíduo no processo produtivo capitalista; 2) A necessidade de ter acesso e poder consumir as tecnologias da saúde; 3) Necessidade de criação de vínculos afetivos entre cada usuário com uma equipe e/ou profissional, ou seja, a relação de confiança que, para a maioria dos cidadãos, deve se dar com um profissional médico; 4) Necessidade de ter graus crescentes de autonomia, incluindo opções com relação a sua saúde em sentido amplo.

Isto posto, a demanda é o pedido explícito, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. Neste contexto, cabe à equipe de saúde ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber entender da melhor forma possível essa necessidade⁴. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames, e outras tradicionalmente trazidas pelos usuários. As necessidades podem ser a busca de resposta para as más condições de vida, a procura de vínculo afetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou mesmo ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível para dar um sentido positivo a sua saúde.

⁴ Conforme defende Cunha (2004) é imperativo a ampliação da escuta dos profissionais de saúde, numa reestruturação da clínica, ampliando as suas possibilidades de atuar de forma mais humanizada e acolhedora dos sofrimentos individuais, traduzindo-os em dimensões físicas, psíquicas e sociais, e permitindo-se intervenções mais integradoras. Chama-se isso de clínica ampliada.

Ao debate trazido por Cecílio sobre necessidade de saúde somaremos as reflexões apresentadas por Camargo Jr (2005) que evidenciam o papel do complexo médico-industrial⁵ na produção de demandas por serviços. Cada um dos componentes desse complexo busca disputar legitimidade, poder, espaço político e recursos principalmente através do convencimento do usuário final de que se fazem necessários para o enfrentamento dos problemas de saúde. O autor nos oferece diversos exemplos em que o complexo médico-industrial age convencendo potenciais usuários de que um dado evento é um problema de saúde e que possuem a solução para o mesmo, numa verdadeira operação de produção e extensão de demandas. Para Camargo Jr:

Dentro dessa perspectiva a demanda é entendida como resultante de um processo de negociação, culturalmente mediado, entre atores representantes de diversos saberes e experiências. De imediato, tal concepção traz uma vantagem importante: não há, a priori, a distinção entre demanda “real” e “falsa” ou “fabricada”; a partir do momento em que se enuncia aos serviços de saúde um pedido de intervenção, está estabelecida a demanda. Se de fato esta se mostrará, ao longo do processo de negociação sociotécnica, como um tipo de evento redutível ao repertório de intervenções tidas como eficazes, só se poderá dizer uma vez que o processo de atendimento tenha sido desencadeado, o que enfatiza a necessidade de acolhimento das demandas como característica fundante dos serviços de saúde.
(...) Essa concepção explicita o processo de co-produção de demanda e oferta, o que coloca em xeque diretamente a idéia de que é possível a adoção de critérios puramente técnicos para a determinação de que “necessidades” seriam “reais” – e portanto se constituiriam em direitos – e quais poderiam ser colocadas fora da cobertura das ações governamentais ou dos seguros-saúde (Camargo Jr, 2005, pg.99)

A regulação assistencial trabalha, a priori, com as demandas dos usuários, mas sob o ponto de vista da equipe de saúde que lida diretamente com ele, no contexto de uma negociação já iniciada. Isso significa que por mais que existam critérios técnicos para definição de acesso a serviços, a demanda que chega a regulação é expressão da interação entre o usuário e a equipe a que ele se vincula, em geral e idealmente, a equipe de atenção básica. As ações de regulação devem ser capazes de buscar lidar com a necessidade de saúde, mais do que com a demanda explícita, usando para isso a intensa comunicação e co-responsabilização com a equipe assistencial.

O fato do SUS operar constantemente com demanda reprimida e escassez de recursos intensifica a necessidade de dotar o gestor dessa inteligência reguladora operacional, pois a instituição da regulação permite utilizar o que está disponível, da melhor forma possível. A

⁵ Este é composto, segundo Camargo Jr (2005), pela indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos, as instituições de formação de pessoal na área da saúde, as empresas de seguro-saúde, ou de medicina de grupo, os vários tipos de serviços de saúde, públicos ou privados, o setor da indústria de publicações e instituições de formação de práticas.

regulação atua na correção de iniquidades como a organização de filas de espera apenas por ordem de chegada, introduzindo o acesso por graus de riscos e normas definidas em protocolos clínicos e fluxos assistenciais (MENDES, 2011, p.420).

O Ministério da Saúde expressou, ao longo da década de 90 e início dos anos 2000, em suas portarias e outras normativas, a diversidade na aplicação do termo regulação no Brasil. As centrais de regulação são citadas em portarias que normatizam a assistência pré-hospitalar e redes de alta complexidade⁶. A Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS/2001), que propõe alternativas para dirimir a fragmentação da gestão pública, aborda a regulação assistencial em dois artigos:

Art. 40 - Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades identificadas. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

Art. 41 - A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A - a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

B - a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C - a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

D - a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação (BRASIL, 2001).

O último item citado chama atenção pela proposição de interfaces entre a regulação assistencial e processos que podem ser entendidos como macrorregulatórios, apesar de descrever processos de planejamento e programação como integrantes do controle e avaliação, em uma possível imprecisão.

O primeiro esforço de síntese do Ministério da Saúde acerca do tema da regulação foi publicado no Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006a) que no seu componente de gestão define a regulação como uma diretriz e, configura uma linha de financiamento de custeio específico através do bloco de financiamento da Gestão; conceitua as principais estruturas

⁶ Por exemplo, a Portaria 3.016/98 e a Portaria 824/99, que também cita a figura do médico regulador pela primeira vez.

regulatórias (complexos reguladores compostos por uma ou mais centrais de regulação); lista os princípios orientadores do processo de regulação; define metas e explicita as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do gestor federal.

Consequentes pactuações e novas normativas parciais foram novamente condensadas na Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008). Esta instituiu três dimensões de atuação da regulação: sistemas e atenção à saúde e acesso à assistência, como apresentado na Figura 2:

Figura 2 - Dimensões de atuação da regulação

Dimensão	Regulação de Sistemas de Saúde	Regulação da Atenção à Saúde	Regulação do Acesso a Assistência
Objeto	Sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde.	Ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao prestadores públicos e privados.	Acesso a serviços (leitos, consultas e exames) e fluxos assistenciais .
Sujeitos	Gestores municipais, estaduais e nacional de saúde.	Gestores municipais e estaduais de saúde.	Gestores municipais e estaduais de saúde.
Ações	I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde; IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica; V - Regulação da Saúde Suplementar; VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.	I - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES; II - Cartão Nacional de Saúde – CNS; III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços; V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI; VIII - avaliação analítica da produção; IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários; X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.	I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

Fonte: BRASIL, 2008.

O texto da portaria que estabelece a Política Nacional de Regulação é profícuo em tarefas para cada ente federado, ora relacionando-as às dimensões da política, ora aos complexos reguladores. Percebe-se, por vezes, repetição de conceitos e ações, e também carência de detalhamento sobre como desenvolver na prática uma ação, como no caso do Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde.

A Política Nacional de Regulação reforça a estrutura dos Complexos Reguladores como espaço de operacionalização das ações de regulação assistencial, o que já vinha sendo gestado desde o Pacto pela Saúde. Mais especificamente, a ampliação do conceito original de regulação no campo da assistência das urgências para todo o sistema e as experiências multivariadas, em diversas gestões, de estruturas reguladoras que poderiam ser chamadas de temáticas levaram à necessidade da formulação do conceito de "complexo regulador". Esta regulação, repartida tematicamente, foi se constituindo, além das urgências, para controle e otimização da utilização de leitos, de consultas especializadas, de exames diagnósticos e de procedimentos de alta complexidade (MAGALHÃES JR, 2006, p. 77). O Complexo regulador é organizado em três componentes, de acordo com a temática abordada:

Figura 3 - Componentes do complexo regulador

Complexo Regulador	Central de Regulação de Consultas e Exames: Regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais.
	Central de Regulação de Internações Hospitalares: Regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.
	Central de Regulação de Urgências: Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

Fonte: BRASIL, 2008.

Conforme proposição da Política Nacional de Regulação os complexos reguladores possuem as atribuições de gestão da fila de espera e da ocupação de leitos, com classificação de risco e regulação médica. Cabem ao complexo regulador também a efetivação de controle dos limites físicos e financeiros e atuação integrada a processos autorizativos⁷, instrumentos clássicos do controle e avaliação, integrando estas atividades às ações de regulação assistencial. Entende-se que esta integração tem a capacidade de potencializar e dar efetividade aos demais dispositivos da regulação, porque é na formalização dos contratos dos gestores com os prestadores, na supervisão hospitalar presencial, nas análises dos bancos de dados usuais do sistema, nos processos de auditoria e na avaliação permanente dos serviços, que a gestão pode dar concretude aos demais componentes, mais claramente assistenciais, da

⁷ Autorizações de Internação Hospitalar – AIH e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC.

regulação. “Portanto, pode-se afirmar que se vive em um momento de síntese dos diversos componentes, com suas histórias variadas, que vão dando forma concreta ao conceito da regulação assistencial” (MAGALHAES JR, 2006, pg. 80).

Dados de pesquisa interna realizada pela Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em 2011 apontam a relevância da regulação nos municípios fluminenses. Conforme Figura 4, mais de 50% dos municípios tinham central de regulação e mais de 60% regulavam consultas e exames especializados:

Figura 4 - Estudo sobre as ações de Regulação nos municípios fluminenses, 2011

Critério	% de municípios que responderam “SIM”
1. Existe Plano Municipal de Regulação?	37%
2. Existe um Complexo Municipal de Regulação?	34%
3. As áreas de Planejamento, Controle e Avaliação estão integradas ao Complexo Regulador?	47%
4. Existe Central de Regulação ambulatorial?	57%
5. A Central de Regulação ambulatorial possui médicos reguladores?	38%
6. Regula as consultas especializadas, tendo a Atenção Primária como porta de entrada?	64%
7. Regula os exames especializados?	76%
8. Existem protocolos de regulação construídos e consensuados com a Rede?	29%
9. Existe Central de Regulação de internação?	28%
10. Possui médicos reguladores?	21%

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2011.

2 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

2.1 Região Metropolitana II

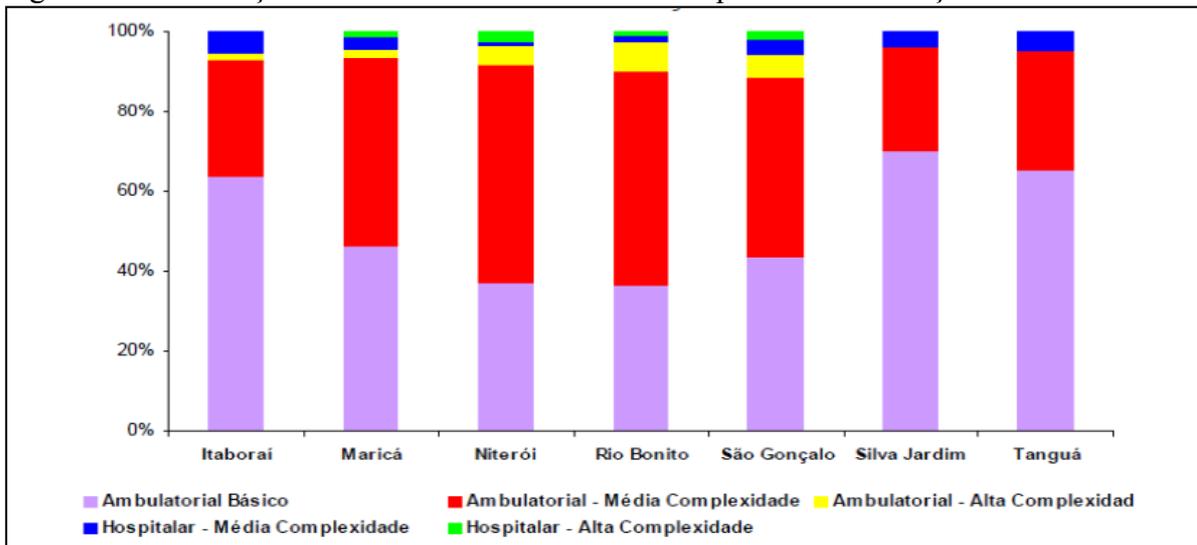
Em termos político-administrativos, o Estado do Rio de Janeiro apresenta 92 municípios, distribuídos em oito regiões de planejamento e nove regiões de saúde. A região Metropolitana II, da qual faz parte o município de Rio Bonito, é composta por 7 municípios com características bastante diversas entre si: Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Maricá, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim.

Dados do Caderno de informações em saúde do estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2009) apontam que a região Metropolitana II apresenta um quantitativo de 2.845 leitos gerais SUS (excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leitos de crônicos e hospital-dia), perfazendo a média de 1,5 leitos por 1000 habitantes, inferior à necessidade estimada para a população da região, que é de 4.780 a 5.737 leitos considerando-se os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1101/2002, de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes.

O número de leitos gerais por 1000/hab na região é idêntico ao valor médio no Estado do Rio de Janeiro, de 1,5 leitos por 1000 habitantes. A avaliação por município demonstra que Itaboraí, Niterói e Rio Bonito apresentaram valores maiores que a média estadual, embora ainda não tenham atingido o número mínimo de leitos preconizado. Niterói oferta um quantitativo de leitos mais próximo ao valor do parâmetro, com 2,4 leitos para cada 1000 habitantes. Já os municípios de Maricá, São Gonçalo e Silva Jardim apresentaram valores inferiores à média estadual. O município de Tanguá não possui oferta de leitos SUS.

Pode-se afirmar que existe carência de mais de 50% de leitos UTI na região, uma vez que existem 80 leitos cadastrados enquanto a necessidade mínima de acordo com o parâmetro esperado que é de 191 leitos. De outra forma, considerando que os leitos disponíveis para internações gerais estão relacionados à demanda de clientela para unidade de tratamento intensivo, se utiliza como base de cálculo o número de leitos gerais existentes (2.845), chegando a um número necessário de 113 leitos de UTI, de acordo com a capacidade hospitalar instalada na região.

Figura 5 - Distribuição % da rede cadastrada no CNES por nível de atenção.



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2009

Os municípios de Silva Jardim, Tanguá e Itaboraí possuem, proporcionalmente, os maiores percentuais de capacidade instalada em atenção ambulatorial básica, acima dos 60% de sua rede. Os dados demonstram que os municípios de Niterói e Rio Bonito, apresentam o predomínio de sua rede na média complexidade ambulatorial.

A alta complexidade hospitalar se concentra nos municípios de Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo e Niterói, este último com maior proporção de capacidade instalada hospitalar de alta complexidade em relação a sua rede hospitalar de média complexidade.

Na região, os equipamentos de Raios X disponíveis para o SUS existem em quantidade abaixo do preconizado, são 62 cadastrados, quando a oferta, pelos parâmetros estimados, deve ser de 76 aparelhos. Mesma condição para os aparelhos de ultrassonografia cadastrados, com uma oferta de 66, para uma necessidade estimada de 76 aparelhos. A Região Metropolitana II apresenta quantidade de Tomógrafos Computadorizados inferior à necessária, dispondo de 13, sendo recomendados 19 para atender às necessidades da população residente. Em relação à Ressonância Magnética, a oferta atual de 1 equipamento está abaixo da necessidade estimada que, para a população da região, de é de 4 equipamentos (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 154).

2.2 Rio Bonito

Rio Bonito é uma cidade média do interior do estado do Rio de Janeiro, perto o suficiente da capital para uma viagem de um dia. É, portanto, interiorana, mas conectada à metrópole, principalmente pelas referências em Niterói e na cidade do Rio de Janeiro. Situa-se na região Metropolitana II do Estado, segundo a divisão do setor Saúde. Faz limite ao norte com o município de Cachoeiras de Macacú, a leste com Araruama, a norte e a leste com Silva Jardim, a sul com Saquarema e a oeste com Tanguá. São três os seus distritos: Rio Bonito (sede), Boa Esperança e Basílio.

Seus 55 mil habitantes são distribuídos entre a sede do município, que abriga mais da metade deles, e outros povoados menores (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Estes bairros se dividem em regiões rurais, de sitiantes (34% da população é considerada moradora de área rural), e outros núcleos eminentemente urbanizados. O eixo de desenvolvimento se dá ao longo da BR 101, que corta o município, e da Via Lagos, estrada principal para a região dos Lagos que tem seu início em Rio Bonito. A cidade está situada neste exato entroncamento de vias, fator que lhe confere hoje, como no passado, papel relevante na dinâmica econômica regional.

A população do município vem envelhecendo, acompanhando a transição demográfica brasileira. Entretanto, esse processo não é agudizado pelo êxodo dos jovens, como é comum em cidades do interior carentes de oportunidades. O mercado do setor de serviços bastante aquecido, além de existirem algumas indústrias e também pequena participação da agropecuária na economia. Seu produto interno bruto gira em torno do setor de serviços (79%) e indústria (16%) (RIO BONITO, 2010a).

Em 2006 foi implantado o complexo petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ) – refinaria de petróleo da Petrobrás – em Itaboraí, com grande impacto nos municípios da região, inclusive Rio Bonito. Observa-se que entre os anos de 2002 e 2007 houve um aumento da ordem de 149% na receita total do Município (Figura 6). As receitas são provenientes, principalmente, do repasse do Fundo de Participação dos Municípios e do ICMS. A comparação da arrecadação per capita tributária (R\$ 402,07) com a arrecadação dos royalties (R\$ 81,89) demonstra que o município é autônomo perante a renda proveniente de royalties do petróleo.

Figura 6 - Renda tributária e proveniente de royalties do petróleo em municípios fluminenses.

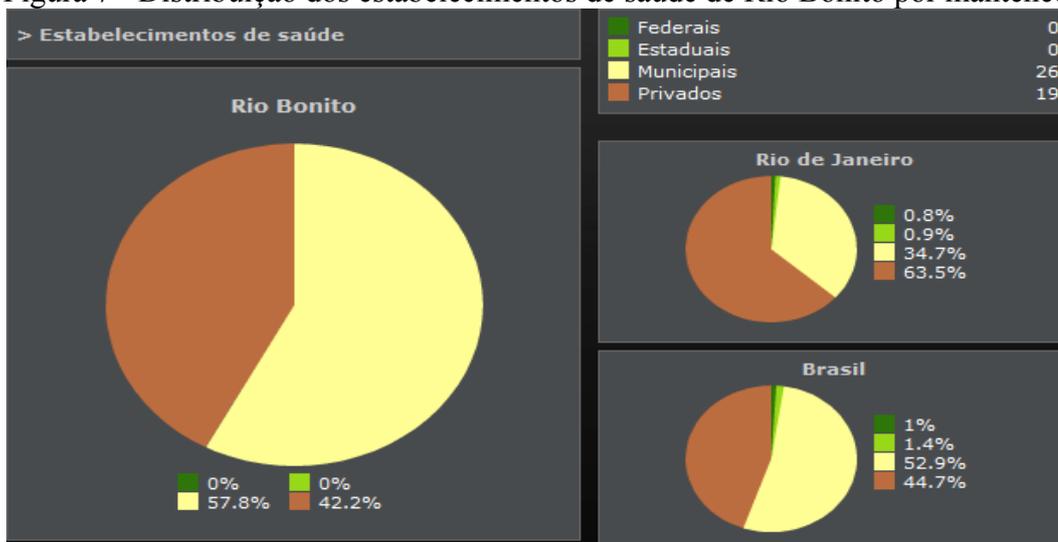
Município RJ	Rec.Trib. 2002	Rec.Trib. 2007	Variação 2002/2007	Rec.Trib. per capita	Rec. Royalty per capita	Rec. Ryalty/ Rec.Tributária	Observação
QUISSAMA	2.178.462	5.597.224	157%	314,59	6.909,45	21,96	dependente
CARAPEBUS	742.497	1.503.960	103%	137,99	2.609,06	18,91	dependente
CASIMIRO DE ABREU	1.413.846	4.026.200	185%	145,72	2.415,02	16,57	dependente
MACAE	44.129.986	189.473.100	329%	1.092,86	2.013,61	1,84	dependente
ARMACAO DOS BUZIOS	10.473.634	18.818.553	80%	743,90	1.936,13	2,60	dependente
CAMPOS DOS GOYTACAZES	25.575.400	86.413.398	238%	201,86	1.787,57	8,86	dependente
SAO FRANCISCO DE ITABAPOANA	1.098.468	3.890.905	254%	92,58	98,48	1,06	dependente
NITEROI	163.316.050	299.017.200	83%	628,90	98,15	0,16	autônomo
RIO BONITO	8.440.119	20.977.727	149%	402,07	81,89	0,20	autônomo
SEROPEDICA	4.791.621	6.097.116	27%	85,20	75,52	0,89	autônomo
SAQUAREMA	7.830.205	19.013.800	143%	300,76	67,58	0,22	autônomo
MAGE	10.511.064	18.118.757	72%	77,12	63,38	0,82	autônomo
SAO PEDRO DA ALDEIA	6.514.296	10.637.073	63%	137,69	57,03	0,41	autônomo
BARRA MANSÁ	11.322.059	25.905.825	129%	147,38	54,29	0,37	autônomo

Fonte: RIO BONITO, 2010a.

O município de Rio Bonito apresenta bons indicadores de infra-estrutura social, além de apresentar bom nível de renda. Este conjunto de fatores faz com que a cidade apresente um bom padrão de vida. Em relação ao IDH, o município encontra-se na 3ª posição em qualidade de vida na Região Metropolitana II.

As características econômicas da cidade influenciam a conformação do setor saúde onde, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), predominam os estabelecimentos públicos municipais (Figura 7). Entre os estabelecimentos privados, uma pequena parte possui contrato para prestação de serviços ao município. A atuação privada se dá, essencialmente, por desembolso direto e não através de planos de saúde.

Figura 7 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde de Rio Bonito por mantenedor.



Fonte: IBGE, 2009.

As unidades públicas de saúde concentram-se na Atenção Básica, cuja estratégia adotada é a Saúde da Família. São 15 equipes, alcançando uma cobertura de praticamente 80% do território. A população descoberta encontra-se na sede do município e no principal

distrito, Boa Esperança, onde unidades ditas tradicionais efetuam o atendimento de atenção básica. Estas mesmas unidades, quais sejam o Ambulatório Municipal Manoel Loyola e o Ambulatório Municipal de Boa Esperança, além do Centro de Reabilitação abrigam a média complexidade própria, com um leque razoável de especialistas e exames complementares (Figura 8).

Figura 8 - Especialidades e exames complementares próprios municipais, 2012.

	Ambulatório Municipal Manoel Loyola	Ambulatório Municipal de Boa Esperança	Centro de Reabilitação
Especialidades Médicas e outras	Angiologia Cardiologia Cirurgia Geral Clínica Médica Dermatologia Endocrinologia Gastroenterologia Ginecologia & Obstetrícia Hematologia Infectologia Neurologia Neuro-pediatria Ortopedia Otorrinolaringologia Pediatria Pneumologia Radiologia Reumatologia Urologia	Angiologia Cardiologia Clínica Médica Fisioterapia Ginecologia Obstetrícia Ortopedia Pediatria	Fonoaudiologia Nefrologia Nutrição Oftalmologia Otorrinolaringologia Psicologia Psiquiatria
Exames complementares	Raio-x Ultrassonografia Eletrocardiograma Eletroencefalograma Teste Ergométrico Teste Tuberculínico Colposcopia Endoscopia Digestiva Laboratório de análises clínicas	Raio-x Ultrassonografia Eletrocardiograma	Diversos oftalmológicos e otorrinolaringológicos

Fonte: RIO BONITO, 2012a.

O atendimento hospitalar fica a cargo de um Hospital Regional filantrópico, a única opção de internação clínica na cidade. Com oitenta e nove leitos conveniados ao SUS, incluindo cinco leitos de Terapia Intensiva, o hospital possui porta de emergência apesar da inauguração da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) em 2010. No que tange a Rede de Urgências e Emergências, o município possui também base do SAMU com ambulância básica e avançada.

Completando a descrição dos serviços, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) administra diretamente as Residências Terapêuticas, o Centro de Atenção Psicossocial e o

Hospital Colônia, este um dos maiores manicômios do estado com quatrocentos e quarenta leitos em processo de fechamento e “municipalizado” judicialmente em 2012. Outros serviços são o Hemonúcleo, Laboratório Municipal, Banco de Leite Humano e o Centro de Especialidades Odontológicas.

O financiamento “fundo-a-fundo” iniciado com a habilitação em gestão plena da atenção básica em 1998 pode ser percebido como fator para o aumento do número e diversificação dos serviços e para o aumento da relevância da SMS na orquestração dos mesmos (Figura 9).

Figura 9 - Serviços assistenciais próprios inaugurados segundo o período e modalidade de gestão do município.

Período	Modalidade de Gestão	Serviços assistenciais próprios inaugurados	Quantidade
< 1998	-	Ambulatório de especialidades	2
		Unidades de Saúde da Família	9
		Hemonúcleo	1
1999 – 2009	Plena da Atenção Básica (NOB 01/96)	Centro de Reabilitação	1
		Laboratório Municipal	1
		SAMU	1
		Centro de Especialidades Odontológicas	1
		Unidades de Saúde da Família	5
		Ambulatório de especialidades	1
		Centro de Atenção Psicossocial	1
> 2010	Adesão ao Pacto pela Saúde	UPA	1
		Ambulatório de especialidades	1
		Unidade de Saúde da Família	1
		Banco de Leite Humano	1

Fonte: RIO BONITO, 2010a.

Percebe-se pelos dados acima uma razoável capacidade do município em captar os incentivos financeiros disponibilizados pelo governo federal como SAMU, CAPS, UPA, etc.

A gestão municipal aderiu ao Pacto pela Saúde no ano de 2009, sendo oficialmente elevado à condição de “gestor pleno” pela Portaria nº 2.725/GM de 11 de novembro de 2009. A criação da Comissão de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAAU) pela Portaria GAB-SMS/RB nº. 319/2009 ocorreu em paralelo à adesão ao Pacto pela Saúde. Conforme o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Rio Bonito:

Ao demonstrar que há capacidade para assumir tais tarefas ou pactuar metas [Pacto pela Saúde] para implementar medidas que garantam o pleno exercício da Responsabilidade Sanitária, o município de Rio Bonito se tornou gestor pleno também dos recursos, outrora geridos pela Secretaria Estadual de Saúde. Assim, cerca de 17 milhões de reais, distribuídos entre os recursos do Teto Financeiro e o do Extra-teto Municipal serão repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde para pagamento dos prestadores (públicos e

privados) de procedimento de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (RIO BONITO, 2010a)⁸.

Entre os estabelecimentos privados conveniados ao SUS observam-se em 2012 os seguintes: 3 laboratórios de análises clínicas; 3 clínicas de fisioterapia; 1 clínica de terapia renal substitutiva; 1 clínica especializada em oftalmologia.

Os dados apresentados mostram Rio Bonito como um pólo micro-regional, dentro da região Metropolitana II, principalmente perante os municípios de Silva Jardim e Tanguá, seja pela expressividade da média complexidade ambulatorial de Rio Bonito, seja pela disponibilização de leitos gerais pelo Hospital Regional filantrópico para estes municípios limítrofes e carentes de leitos.

⁸ Em comparação, segundo informações do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS, o montante de Média e Alta complexidade administrado pelo Fundo Municipal de Saúde de Rio Bonito era de R\$ 440.000,00 em 2008.

3 RESULTADOS

Buscou-se avaliar o grau de implantação da regulação em saúde encontrado em Rio Bonito na gestão 2009-2012 à luz do preconizado pela Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008), entendendo esta publicação como condensadora da imagem-objetivo a ser alcançada pela regulação em saúde no país.

O texto da referida Política enumera diversas ações de regulação, ora condensando-as na forma de dimensões de regulação (Figura 2), ora sistematizando-as por ente governamental executor ou mesmo as ações pertinentes ao complexo regulador. Desta feita, encontramos na Política Nacional uma miríade de ações preconizadas, com certa confusão de papéis no apontamento dos agentes executores das mesmas. Assim, optamos por organizar a presente avaliação a partir do que versa o artigo 10, onde se encontrou uma definição mais clara sobre as atribuições comuns e específicas de cada ente federado (União, Estados, Municípios e Distrito Federal).

A Figura 10 a seguir enumera as atribuições contidas no artigo 10 da portaria 1559 de 1º de Agosto de 2008, que estabelece a Política Nacional de Regulação do SUS.

Figura 10 - Atribuições comuns aos entes federados e específicas dos municípios.

Atribuições comuns aos entes federados	<ul style="list-style-type: none"> • Executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; • Definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; • Elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; • Definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; • Capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e • Elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.
Atribuições específicas dos municípios	<ul style="list-style-type: none"> • Operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; • Viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; • Coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; • Regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; • Garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; • Atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; • Operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; • Realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; • Realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde; • Participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada

	<p>intermunicipal e interestadual;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS; • Processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; • Contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e • Elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.
--	--

Fonte: BRASIL, 2008.

Entre as atribuições comuns encontra-se auditoria da prestação de serviços de saúde, ação intensamente desempenhada pela gestão de saúde de Rio Bonito no período estudado. Auditorias diretas dos prestadores, com visitas nos moldes de “batidas” para conferência de recursos humanos e insumos presentes no Hospital filantrópico, marcaram o ano de 2010 da Comissão de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAAU) de Rio Bonito, conforme atestam diversos relatórios de auditorias in loco realizadas por membros da Comissão e esta em específico:

Foram feitas visitas (Supervisão) no mês de outubro no hospital Regional Darcy Vargas constatando os pacientes nas enfermarias. Anoto em minhas fichas nomes dos pacientes, leitos, data de internação e altas, assim como passo no pronto-socorro para anotar os nomes dos médicos plantonistas e quantidades de técnicos naquele local.
Na secretaria de saúde pego a conferência das AIH/Laudos com a minha planilha. (RIO BONITO, 2010b).

Já no ano de 2011, com a integração da figura do médico regulador, a Comissão manteve as visitas in loco, mas ampliou o escopo das auditorias de forma a aprofundar a análise de qualidade do atendimento. Mensalmente, 10% das internações do Hospital Regional Darcy Vargas (HRDV) eram submetidas à auditoria pelo médico regulador, com análise de todo prontuário e das contas médicas associadas. As AIH's relacionadas a estas internações não compunham as metas do Plano Operativo Anual (POA) do hospital até que a auditoria estivesse concluída, sendo possível a realização de glosas. Um exemplo recolhido junto à documentação existente na Secretaria de Saúde é o Memorando 311/2011 da Central de Regulação endereçado ao Gabinete da Secretaria de Saúde com vistas a providências junto ao Hospital cujo conteúdo está reproduzido abaixo na íntegra:

Como profissional responsável pelas Auditorias mensais das internações do Hospital Regional Darcy Vargas, venho por meio desta enfatizar que venho observado um grande número de internações por condições neurológicas sem indicação clínica precisa. A indicação de realização de Tomografia Computadorizada de Crânio vem aumentando a indicação de internação, mesmo que a avaliação do Neurologista

somente venha ocorrer dias após a entrada do paciente no Hospital (o que descaracteriza a urgência da internação).

Além disso, permanecem solicitações de internação para pacientes que não aceitaram o procedimento e evadiram, evidenciando falta de organização no fluxo burocrático. Desde o início das auditorias (Junho/2011) são glosadas cerca de duas internações nestas condições, fora aquelas que por ventura não entraram na amostragem da auditoria.

Por fim, congratulo os esforços de qualificação do prontuário, seja através do estímulo ao bom preenchimento por parte dos profissionais, seja por iniciativas de informatização como o Prontuário Eletrônico. Reitero, entretanto, que pouco se justifica a persistência de prontuários com prescrições e evoluções em falta.

Com votos de estima e confiança no trabalho conjunto da SMS e HRDV para melhorar a saúde dos cidadãos de Rio Bonito (RIO BONITO, 2011a).

As auditorias de internações com foco na qualidade como exemplificado acima incidiram bastante sobre os médicos, na medida em que cabia a eles responderem diretamente aos questionamentos da auditoria. Um exemplo é a justificativa presente no ofício nº 239/2012 do HRDV ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que solicita a reavaliação de glosa:

“Paciente internado de 07 a 10/08 ao cuidados da urologia, conversado como o Dr. (...) sobre a falta de evolução ele pediu desculpas, disse que não mais deixará de fazer as evoluções, peço por favor que considere levando em consideração as necessidades do hospital diante das metas que deverão ser alcançadas”.

Ou a justificativa feita de próprio punho pelo obstetra assistente para demonstrar a indicação da cesariana: “Indicado cesariana por parada de progressão. Dilatação e descida da apresentação NÃO evoluiu do período da internação até o ato cirúrgico”. P1, representante dos prestadores de serviços entrevistado, elucida a dinâmica interna ao serviço diante das ações da CCAAU: “Não é fácil convencer os médicos a fazerem diferente seu trabalho, e nós dependemos muito deles para cumprir qualquer meta”.

A atribuição de elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde foi incorporada às ações da SMS a partir de 2010, em um processo iniciado pela contratualização do HRDV, seguido dos laboratórios de análises clínicas, da clínica especializada em oftalmologia e da clínica de terapia renal substitutiva. Este processo é melhor detalhado mais a frente neste capítulo.

A última ação comum aos entes federados diz respeito aos protocolos adotados. É importante distinguir os protocolos clínicos dos protocolos de regulação. Os primeiros tratam, sinteticamente, da forma de intervenção por patologia, para subsidiar as decisões terapêuticas.

Os protocolos de regulação pretendem ordenar o fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade, definindo os limites resolutivos de cada um deles (BRASIL, 2006b).

A CCAAU publicou em 29 de Setembro de 2009 do “Protocolo Geral de Fluxos clínicos para agendamentos na Central de Regulação”, criando impressos próprios para referência e contra-referência no município, e claramente obedecendo à premissa de viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica. As considerações iniciais contidas no documento expressam os entendimentos da CCAAU acerca da ação:

A missão da SMS-RB é cuidar de forma integral da saúde do cidadão em Rio Bonito, assegurando seus direitos e respeitando as diversidades.

Apesar das dificuldades, entende-se que o êxito deste trabalho depende dos profissionais e cidadãos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Bonito (SMS-RB), através da Central de Regulação Municipal, assume a responsabilidade pela organização do acesso dos usuários do SUS às consultas e exames/procedimentos especializados a fim de garantir um atendimento integral, humanizado e equânime.

O trabalho de regulação da assistência consiste em conhecer a demanda por serviços de saúde e disponibilizar, de forma ordenada, a oferta existente.

A regulação obedece à diretriz da regionalização, que prioriza a proximidade do local de atendimento à residência do usuário e a hierarquização do atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido pelo problema de saúde do usuário (RIO BONITO, 2009).

Os protocolos de regulação publicados foram: a) fluxo de acesso a referência de oncologia; b) fluxo de acesso a referência de oftalmologia; c) fluxo de acesso a exames de alto custo para o município (ex: colonoscopia, endoscopia digestiva alta, teste ergométrico), além do protocolo geral de regulação acima. Foram divulgados também para os profissionais de saúde da SMS os protocolos clínicos de pré-natal (2009) e rastreio de câncer de mama (2011), segundo os documentos recolhidos na pesquisa de campo.

Dentre as atribuições específicas dos municípios preconizadas há a indicação de que haja atuação integrada à Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), o que foi uma ação pouco desenvolvida possivelmente pela opção da Secretaria de Estado de Saúde de utilizar um sistema de informática próprio para a realização da regulação, diferente daquele disseminado nacionalmente e escolhido por Rio Bonito.

A orientação de informatização contida nas atribuições dos municípios foi efetuada a partir da introdução do Sistema de Regulação (SISREG) como software de informática para organização da fila de espera e alocação de vagas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Segundo o sítio de apresentação do SISREG do Departamento de informática do SUS (DATASUS):

O sistema funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla Firefox, etc.) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

É também disponibilizado um espaço on-line denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática para que naveguem e conheçam o escopo de funcionalidades que permite compor uma central de regulação de maneira rápida e prática.

Para ter acesso ao sistema é necessário ter realizado o treinamento e encaminhar um ofício para CGRA - Coordenação Geral de Regulação e Avaliação, solicitando acesso. (BRASIL, 2013).

A utilização do SISREG na Central de Regulação de Rio Bonito se deu a partir de Fevereiro de 2011, primeiramente com a marcação de exames laboratoriais (módulo ambulatorial). Em Julho de 2011, o módulo de internações foi acionado a fim de efetuar a regulação dos leitos de CTI recém inaugurados do HRDV.

No caso da ação de definição e implantação estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, o estudo encontrou no trabalho de campo a alimentação rotineira de sistemas como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Cartão Nacional de Saúde (CNS), o que Rio Bonito vinha cumprindo antes mesmo da implantação da Regulação municipal.

O software SISREG utilizado para Regulação no município identifica os usuários através do número de seu Cartão Nacional de Saúde. Na falta do mesmo o SISREG cria um CNS para o paciente, contribuindo imensamente para ampliação da cobertura de cadastro único da população. Da mesma forma, o SISREG importa do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde os dados dos profissionais para criação das agendas de atendimento, impedindo a confecção de agendas para profissionais não cadastrados ou com cadastro desatualizado no CNES.

Através da reestruturação do setor de faturamento a SMS pôde dar conta de processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados. Segundo um dos gestores entrevistados:

“O faturamento demonstrou, por exemplo, que um dos centros de especialidades que realizava vários procedimentos e que informava 822 reais/mês, logo no primeiro mês de faturamento com informatização da unidade, com grupo de trabalho, salta para 22 mil. Esse movimento indutor, que a necessidade financeira de captar recursos pra fazer a rede funcionar, fez com que a rede funcionasse, auxiliando na captação de recursos”(G1).

A operacionalização do complexo regulador municipal se deu primeiramente através da central de regulação de consultas e exames com controle completo de exames especializados, tanto dos prestadores privados/filantrópico quanto dos serviços próprios da SMS. Percebe-se a exigência do uso do SISREG no caso de prestadores privados, o que denota preocupação com controle de gastos. Até dezembro de 2012 somente as consultas especializadas de oncologia, oftalmologia e fisioterapia eram reguladas, conforme o documento “Material de subsídio para transição de governo” (RIO BONITO, 2012b). Mais uma vez percebe-se a utilização do recurso da regulação para efetivar o controle na relação com prestadores privados, uma vez que até o final da gestão 2009-2012 as consultas especializadas próprias da SMS não eram reguladas.

Houve implantação da Central de Regulação de internações hospitalares quando a SMS passou a exercer o controle de leitos de cirurgias eletivas e de CTI do HRDV. Estes eram regulados pela SMS antes de sua ocupação, através do SISREG. Os leitos da maternidade e os leitos clínicos do HRDV não eram submetidos à regulação prévia via SISREG possivelmente pela ausência de estrutura de central 24h, porém através da integração da autorização de AIH na central de regulação, pelos médicos reguladores, o controle se dava *a posteriori*⁹. Pela mesma razão a central de regulação de urgências, terceiro componente de um complexo regulador, não foi implantada no município.

3.1 Motivações da gestão e desdobramentos políticos

Segundo um dos gestores entrevistados, a crise financeira do hospital e da própria prefeitura diagnosticada no início da gestão 2009 foram fatores determinantes para assinatura do Pacto de gestão:

“Então para tentar dar conta de buscar captar recursos a gente começou a estudar a possibilidade de assumir a gestão plena [do sistema de saúde]. Para isso estruturamos o setor de faturamento, que era feito muito domesticamente e pensamos também na implantação do controle, auditoria e avaliação que era dentro do pacto pela saúde, um dos critérios que o município não atingia para assumir as responsabilidades com os prestadores”(G1).

⁹ Os leitos do Hospital Colônia (psiquiátrico), responsável por 83% dos leitos SUS da cidade foram excluídos do estudo em razão da peculiaridade da reforma psiquiátrica brasileira e do processo de municipalização judicial desse hospital em particular.

Além de solução financeira, a implantação da gestão plena é vista por outro gestor como forma de alcançar qualidade da assistência:

“Antigamente você tinha uma contratualização com o prestador e se você tivesse algum problema você tinha que estar junto ao Estado para intervir. E hoje o próprio município que sabe o prestador que tem qualidade pra servir ele ou que não tem qualidade. Então hoje a gente ser gestão plena, nós vamos ter serviço de qualidade, a gente contrata quem nós queremos e quem sabe fazer bem feito”. Corroborando a afirmação acima, um trabalhador entrevistado acredita que “o município, a secretaria de saúde, a prefeitura em si, ficava muito a mercê da gestão do hospital filantrópico. Assim, com a central de regulação também a Secretaria de saúde começou a ter uma ação mais fiscalizadora”(G2).

Nas falas dos atores envolvidos com a Secretaria Municipal de Saúde, tanto trabalhadores quanto gestores, surgem motivações técnicas explícitas, desde financeiras a políticas, que compuseram o terreno fértil para implantação da Regulação em Rio Bonito. Não há, entretanto, expressão de motivações externas ao município, como processo de regionalização em curso ou liderança estadual na implantação da política de saúde.

Um dos gestores lembra que “coincidentemente no âmbito do estado, a gente passou pelo processo de revisão da Programação Pactuada Integrada e isso permitiu que os municípios conhecessem de fato quem eram seus prestadores, qual era o teto financeiro, a partir de vários processos de discussão¹⁰”(G1). Não cita, porém, apoio específico da Secretaria Estadual de Saúde para o processo de contratualização ou implantação da regulação no município. Outro gestor inclusive aponta:

“o estado tem que funcionar como fiscalizador, como indutor da regulação, mas ele não pode fazer ele próprio, e em alguns momentos a gente tem essa posição ambígua do estado, em que ele se isenta do papel de mediador entre o executante e o solicitante e em outros momentos ele toma o lugar de executante”(G2).

Apesar de não aparecer nas falas dos entrevistados como uma motivação para a implantação de ações de regulação, o enfrentamento do clientelismo surge como um efeito benéfico e positivo. Conforme a opinião de um dos gestores entrevistados:

“Começando pela implantação do SISREG e a gente começou a gradualizar a regulação, começando com laboratório, depois fisioterapias, CTI, depois cirurgias

¹⁰ Programação Pactuada e Integrada (PPI) objetiva definir, de forma transparente, os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviço, bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. (...) É um dos momentos do processo de planejamento em saúde. (BRASIL, 2005). A última versão no estado do Rio de Janeiro era de 2001.

eletivas e por último as consultas especializadas que a gente tinha aquela dificuldade de agenda. Isso foi um fato positivo porque desestruturou esse esquema perverso, que era da venda de senhas, do favoritismo, e que desorganizava completamente o sistema na medida que a gente não conseguia planejar as respostas às necessidades do município, e também enfrentou o clientelismo, que era uma prática muito forte no município e que continua ainda”(G1).

Um trabalhador entrevistado apontou:

“os vereadores, em sua maior parte falavam que antigamente os bolsos deles viviam cheios de malotes de exames. E com a regulação isso acabou. Os próprios moradores não procuravam mais eles, os usuários do SUS que antes dependiam daquele assistencialismo. Os moradores viram que tinham outros caminhos”(T1).

A reação dos atores locais, principalmente os médicos, foi vista como um entrave para implantação das ações de regulação pelos gestores municipais:

“O outro efeito é que a gente faz um enfrentamento do lobby de prestadores, e o enfrentamento também do corporativismo porque no último momento quando a gente começa a regular as consultas, o CTI e as eletivas a gente enfrenta esse lobby corporativista dos médicos que tem que abrir agenda, que tem que subordinar a agenda, que não autoriza mais AIH, em que a regulação, o controle e auditoria começa a questionar a qualidade dos procedimentos, e isso também tem como repercussão esse efeito negativo. Negativo no sentido de que a gente “apanhava” por conta disso”(G1).

Em um balanço dos aspectos negativos das reações dos vários atores da política de saúde no município, um dos gestores comenta:

“Se a gente quiser apontar um efeito negativo da regulação foi que ela enfrentou um clientelismo e, portanto, a revolta contra, o movimento contrário foi de igual intensidade. O município [população] não acreditou plenamente neste mecanismo de acesso aos serviços de forma regulada como prática de cidadania, ou pelo menos metade da cidade expressa isso no resultado da eleição [para prefeitura em 2012], em que a candidata vencedora se portava claramente como alguém que resolvia os problemas pontuais das pessoas e não garantia direito ao cidadão”(G1).

3.2 O SISREG

O Sistema de Regulação (software SISREG) disponibilizado pelo DATASUS foi utilizado de forma criativa. Seu desenho favorece o controle de agendamentos, seja de leitos, seja de consultas e exames, com foco na data de execução do procedimento. Como o município apresentava uma necessidade específica de controle de teto financeiro dos laboratórios de análises clínicas contratualizados foi criado o seguinte fluxo de regulação:

Figura 11 - Fluxo de Regulação de SADT em Rio Bonito

1) Exame solicitado na ESF;
2) Solicitação levada via malote (2 vezes por semana) para Central de Regulação;
3) Operadores introduzem a solicitação no SISREG mediante orientações de direcionamento diárias;
4) Autorização do SISREG, com número chave, e devolvida à unidade solicitante através do malote;
5) Paciente recebe a solicitação com a autorização do seu Agente Comunitário de Saúde e tem 20 dias para comparecer ao laboratório para execução do procedimento;
6) Laboratório atende apenas os pacientes que possuem autorização para o seu laboratório. Após realização do procedimento o prestador informa o número chave no SISREG para confirmar o ato;
7) Em tempo real a Central de Regulação acompanha o teto financeiro confirmado por cada prestador através do SISREG.

Fonte: MORELLI, 2012.

Sobre este novo fluxo de regulação de exames, um dos trabalhadores entrevistados comentou:

“Um aspecto que essa equipe teve que se organizar era na entrega dos encaminhamentos por que não demorava muito. Antigamente, os encaminhamentos demoravam em torno de um mês pra cima, e depois, em menos de um mês, em menos de quinze dias. O problema que essa equipe [de saúde da família] tinha que atravessar era na entrega dos encaminhamentos por que ficou muito ágil e se não fosse ágil também, perdia. Antes o paciente tinha que ir no Loyola, tinha que levar na secretaria pra marcar, e as vezes não marcava, ficava perdido, aquele malote de papel. Era o próprio paciente que ficava indo atrás, e gerava aquele problema caótico, da fila no Loyola, etc”(T1).

Vê-se, portanto, não apenas o ganho no aspecto de controle de teto financeiro, mas também um ganho na diminuição da burocracia e maior agilidade no fluxo. Para o gestor entrevistado: “Enquanto gestão é extremamente positivo [introdução do SISREG], porque passamos a controlar toda nossa demanda, saber na íntegra o quantitativo de exames que é realizado e conseguimos também controlar o custo”(G2).

O acesso ao SISREG de forma online foi vista como um ganho por um dos gestores entrevistados.

“A disponibilização do SISREG por sistema web, com senha, que não é os sistemas de regulação antigos que você tinha que implantar servidor, ter toda uma estrutura de manutenção, permite o município ter um médico no Rio de Janeiro, fazendo a regulação para Rio Bonito”(G1).

Manter 100% dos procedimentos regulados através do SISREG fazia parte da metas qualitativas dos planos operativos dos laboratórios de análises clínicas, clínicas de fisioterapia e da clínica especializada em oftalmologia, nos termos da contratualização levada a cabo pelo município entre 2010 e 2011. Outros contratos, como o celebrado com o Hospital Regional,

traziam a obrigatoriedade da implantação do SISREG nas metas qualitativas, sem que a porcentagem de uso alcançasse 100% dos procedimentos.

Ao final do ano de 2012, a clínica especializada em oftalmologia passou a receber o repasse da prefeitura através apenas da produção declarada no SISREG, ou seja, eliminando a confecção de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), o que denota um alto grau de legitimidade do Sistema de Regulação, tanto junto ao prestador, quanto à própria Secretaria Municipal de Saúde.

Por outro lado, apesar do Sistema prever liberação do número da AIH para a unidade executante hospitalar, o fato de não haver a totalidade dos leitos de internação do Hospital regulados impedia que o faturamento acontecesse via SISREG, para desagravo do prestador entrevistado (P1): “O SISREG é muito prático depois que treinamos os funcionários para utilizar, mas a gente gostaria que ele já liberasse o número da AIH”.

O uso do SISREG na regulação das cirurgias eletivas objetivou evidenciar a fila de espera de procedimentos, conforme memorando 328/2011 da Central de Regulação endereçado ao Gabinete da Secretaria municipal de saúde:

Atualmente o paciente é avaliado pelo médico cirurgião, este preenche o formulário de emissão de AIH, que é encaminhado pelo paciente à Central de Regulação, que solicita através de malote autorização para a Metropolitana II para que o paciente seja operado no Hospital Regional Darcy Vargas. Visando melhorar as informações e organizar a fila de cirurgias eletivas encaminho a seguinte proposta de fluxo:

1. Paciente é avaliado pelo Médico Cirurgião na unidade de saúde
2. Médico Cirurgião preenche o formulário para emissão de AIH
3. Unidade de Saúde encaminha o formulário para autorização na Central de Regulação
4. Central de Regulação insere as solicitações no SISREG, em caráter eletivo
5. Central de Regulação encaminha os formulários com carimbo de autorização para o Hospital Regional Darcy Vargas. Após x dias, o paciente comparece ao Darcy Vargas para saber o dia da internação para realizar a cirurgia.
7. No dia da internação do paciente, o Hospital Regional Darcy Vargas entra em contato com a Central de Regulação solicitando a autorização no SISREG
8. Após autorização o Hospital Regional Darcy Vargas efetiva a internação

VANTAGENS:

- a. Paciente não circula com o formulário
- b. As marcações ficam organizadas cronologicamente
- c. Central de Regulação acompanha o tempo entre a autorização e a cirurgias
- d. Central de Regulação acompanha o tempo entre a internação e a alta
- e. Central de Regulação acompanha a ordem cronológica das cirurgias
- f. Central de Regulação passa a regular os leitos cirúrgicos

(RIO BONITO, 2011b).

Na opinião de um dos gestores entrevistados:

“Sobre as eletivas, eu acho que de certa forma, a gente criou uma barreira pro acesso porque enfrentou esse corporativismo, e as agendas se fechavam, então eu acho que

o ideário da regulação das eletivas ficou estruturado ali, mas ela tem se mostrado ao longo do tempo que é preciso ter uma maturidade da gestão municipal.(...) Tanto é que a gente tinha uma fila muito grande e tinha oferta de médicos, de técnicos que seria o suficiente. Mas mostrar a fila era inclusive uma reivindicação da gestão do hospital, que queria saber que fila era essa, em que especialidade ela se dava pra poder se organizar internamente”(G1).

Por fim, apesar do software do DATASUS fornecer poucas informações na forma de relatório, a experiência de trabalho integrando o SISREG com planilhas de Excel acabou por criar a possibilidade da emissão de relatórios mensais sobre ocupação do CTI (Anexo A) e cirurgias eletivas realizadas (Anexo B). Pontualmente eram emitidos relatórios acerca de quaisquer procedimentos regulados através do SISREG, atendendo as demandas do gestor por informações.

3.3 A relação com o grande prestador filantrópico

O Hospital Regional Darcy Vargas (HRDV) é entidade filantrópica relevante na cidade, tendo sido inaugurado em 1943. Anteriormente à gestão plena do ente municipal, a relação do Hospital filantrópico com o SUS era mediada pela Secretaria Estadual de Saúde. Ainda neste período, a Prefeitura de Rio Bonito celebrou um contrato de prestação de serviços com o hospital, na perspectiva de assegurar mais recursos e garantir o funcionamento do único serviço de internação clínica, obstétrica e pediátrica do município.

Este contrato entre a prefeitura de Rio Bonito e o HRDV voltava-se para o financiamento do pronto-socorro, especialmente no pagamento de médicos. Este dado em si demonstra a imaturidade do sistema de saúde local, na medida em que a mesma entidade recebia recursos de dois entes públicos diferentes, ferindo a noção de comando único do sistema.

Ao longo do ano de 2009 e até meados de 2010, o município exerceu suas funções de membro da comissão de acompanhamento do convênio com o Estado, atuando essencialmente com o papel de análise dos dados retirados dos sistemas de informação oficiais (principal fonte para detalhamento das metas quantitativas). Um dos gestores entrevistados explica esta fase:

“Essa distância que o Estado tem dos municípios e dos executantes e a incapacidade de dar resposta imediata que faz dos POAs dos municípios sob gestão estadual um instrumento sem muita força política, institucional e assistencial. Por que a comissão de acompanhamento validava uma análise da produção que o Estado tinha feito. E estando distante, o Estado se eximia de um enfrentamento porque não estava acompanhando de fato o que estava acontecendo, basta ver que na lei da contratualização se pede algumas coisas pro prestador tipo lista de pacientes atendidos pelo SUS e não SUS e isso nunca foi pedido pelo Estado ao prestador. (...) Visita in loco, isso raramente acontecia. Na primeira reunião que eu participei tinha 3 trimestres que o POA não tinha sido avaliado e o Estado continuava repassando recurso sem essa avaliação. A partir da gestão plena a gente fazia avaliação do trimestre no mínimo 2 meses depois, nunca entrava um trimestre sem avaliação do trimestre anterior. Então eu acho que passa a ter essa compreensão de que instrumento era o POA a partir da gestão plena, da proximidade do município com o prestador. (...) Tanto é que nas disputas eleitorais, nas divergências públicas com os atores da cidade a acusação era de que a secretaria tinha inventado um POA e induzido o hospital a assinar um POA, só que o POA tinha sido assinado em 2006 com o Estado. A diferença é que ele passa a existir de fato, que ele passa a ser um instrumento que mede a quantidade e a qualidade do serviço”(G1).

Todos os entrevistados identificam a aquisição da condição de gestão plena pelo município como um marco na relação deste com o HRDV. Para um representante dos prestadores de serviços entrevistados a gestão plena trouxe benefícios, pela facilidade de acesso ao gestor municipal, diferente do Estado, porém “como os recursos passaram a cair na conta da prefeitura, o dinheiro passou a ser usado como um fator de negociação política do município com o hospital. Perdemos a certeza de que o dinheiro entraria”(P1). O prisma do gestor municipal é um pouco diferente: “E passamos a fazer essa avaliação do Plano Operativo Anual que é trimestral, e é uma briga, uma discussão, porque o hospital não admite perder o recurso, mas o município também não admite ter que dar o recurso sem ele ter feito aquilo que ele pactuou com a gente”(G2).

Entre os documentos recolhidos encontram-se diversas atas da comissão de acompanhamento do POA¹¹ do HRDV acompanhadas das respectivas tabelas de análise quantitativa de cada meta assistencial. Apesar de sucintas, as atas transparecem o embate da mesa de negociação quando se encontravam situações de falha em atingir a meta e possibilidade de desconto do valor a ser repassado.

¹¹ Compunham a comissão pela SMS: a secretária, a presidente da CCAAU e o chefe do setor de faturamento. Pelo HRDV: dois funcionários apontados pela gestão da entidade e seu presidente. Por fim, um membro do conselho municipal de saúde (este nunca presente nas atas recolhidas).

3.4 A relação com os prestadores privados

Ao longo do ano de 2010 a CCAAU trabalhou na celebração de contratos com os prestadores privados nos moldes das normativas ministeriais. Um efeito imediato desta ação foi a interrupção da relação da SMS com alguns prestadores. Na voz de um dos gestores entrevistados:

“A contratualização expurgou os falsos prestadores porque aqueles que não tinham documentação, não tinham produção para apresentar foram eliminados. Foi um ato de limpeza do sistema daquilo que não estava funcionando e que não atendia as normas nem os requisitos assistenciais”(G1).

Na relação com os prestadores privados, ressalta-se a valorização da melhoria da qualidade associada ao intuito de sanear contas, por parte dos gestores municipais. Um dos gestores entrevistados expressa reiteradamente os aspectos positivos da contratualização dos prestadores no âmbito da qualidade:

“Num primeiro momento, os prestadores privados não entendiam isso como uma qualificação, um benefício, até porque o objetivo do município era de melhorar e aumentar sua capacidade interna, então se um dia ele não estivesse mais necessitando daquele serviço, com certeza o prestador não iria atender o município. Mas num primeiro momento eles ficaram assustados, porque você coloca pra eles 15 metas qualitativas pra serem cumpridas, como desratização, dedetização, higienização de caixa d’água, manutenção preventiva... E o que aconteceu? Alguns desses prestadores não faziam essas ações e aí a gente determinou, pactuou com eles um tempo, pra poder ser realizado tudo. Acabou que no final de mais ou menos seis meses, todos estavam agradecendo pra gente pela qualificação que foi feita. Não só da parte qualitativa do atendimento, mas também da parte quantitativa, porque conseguimos fazer uma adequação dos procedimentos”(G2).

Um dos trabalhadores entrevistados expressa sua visão:

“A fisioterapia teve um avanço assustador. Antigamente quem prestava mais serviço em fisioterapia eram as clínicas conveniadas. Com a questão da regulação e da auditoria, as clínicas do município assumiram uma liderança. A intensificação da revisão das consultas, das sessões, olhar cada malote, porque tinham muitos problemas. Essa ação fiscalizadora favoreceu e muito”(T1).

Complementando a fala do trabalhador, um gestor entrevistado evidencia a intencionalidade das ações da SMS:

“Nós podemos até ter prestadores hoje que são mais especializados, por exemplo, uma fisioterapia se especializou na parte respiratória, porque a parte de ortopedia, o próprio município faz, dá conta disso. Então a gente obrigou os prestadores a se especializarem aonde nós queríamos que ele tivesse serviço pra nos ofertar. O laboratório, hoje a parte de bioquímica e hemograma é feito pelo município, mas a parte de sorologias e hormônios isso o município não tem, então nós obrigamos o laboratório [privado] a ter esse serviço pra nos ofertar e aí nós contratualizamos com ele”(G2).

CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos é possível perceber que o município em questão apresentou um grau elevado de implantação de ações de Regulação, na gestão 2009-2012. Foram evidenciadas ações em todas as três dimensões da Regulação e em todos os atributos sob responsabilidade do município, segundo a Política Nacional da área (BRASIL, 2008).

A Figura 12 a seguir sintetiza os resultados desta pesquisa e evidencia que dentre todas as atribuições do município apenas três não foram alcançadas em sua plenitude. As ações de regulação intermunicipais dependentes da regionalização ou do papel ordenador estadual apresentaram expressividade incipiente. Os exemplos encontrados foram aqueles a cargo da gestão municipal de Rio Bonito referente às redes de oftalmologia e oncologia nas quais o município cumpria papel de pólo regional. Por outro lado, a regulação das referências a outros municípios (baseadas na PPI) era exercida cotidianamente, como no caso dos pacientes que necessitavam acessar as vagas ambulatoriais do Hospital Universitário Antonio Pedro (referência quaternária em Niterói). Desta feita, avaliamos que a implantação dos fluxos intermunicipais foi parcial.

Outra atribuição implantada parcialmente, segundo as informações colhidas neste estudo, foi a avaliação das ações e dos estabelecimentos de saúde, pois apesar de ser realizada periodicamente, o instrumento utilizado era o Plano Operativo Anual de cada contrato, e não o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.

Por fim, com relação à contratualização dos prestadores de serviços, o município alcançou a totalidade dos prestadores privados. A atribuição contida na política nacional, todavia, diz respeito também aos serviços próprios da SMS, o que não foi encontrado.

As demais atribuições de regulação sob incumbência do município foram implantadas, conforme Figura 12 abaixo:

Figura 12 - Avaliação geral da implantação das ações de regulação em saúde no município de Rio Bonito, 2009-2012.

Atribuição	Avaliação
Executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde;	Implantado
Definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;	Implantado
Elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;	Implantado
Definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;	Implantado

Capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e	Implantado ¹²
Elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação	Implantado
Operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;	Implantado
Viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;	Implantado
Regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;	Implantado parcialmente
Garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;	Implantado
Atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade – CERAC; Operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;	Implantado
Participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;	Implantado
Avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;	Implantado parcialmente
Processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;	Implantado
Contratualizar os prestadores de serviços de saúde;	Implantado parcialmente
Elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.	Implantado

Fonte: A autora.

A literatura especializada aponta situações de embates acirrados com o setor privado quando da implantação das ações de Regulação em sistemas municipais de saúde, seja pela lógica arraigada de atendimento das necessidades dos prestadores em detrimento das necessidades da população (FERREIRA, 2007, pag.71), seja pela dependência apresentada por muitos sistemas municipais de saúde dos prestadores privados (MAGALHÃES JR, 2006, pag. 139).

Em Rio Bonito, da mesma forma, foi possível perceber tanto reações isoladas de categorias profissionais quanto resistência por parte de prestadores de serviços. Entretanto, o estudo demonstrou que o setor privado não ofereceu resistência de forma organizada, com boicotes ou esvaziamento dos espaços de interlocução. Neste caso, levantamos a hipótese de que dadas as características do sistema municipal de saúde com predomínio da prestação direta de serviços pelo setor público na média complexidade, a dependência ocorre inversamente, sendo o contrato com o SUS o garantidor do fluxo de caixa dos prestadores privados.

¹² Entre os investimentos em capacitação permanente, esta dissertação é fruto da indicação feita pela SMS de Rio Bonito para participação desta pesquisadora em processo seletivo do Mestrado profissional IMS/COSEMS, em 2011.

No caso do Hospital filantrópico, a análise dos repasses financeiros após a contratualização denota o peso do financiamento público para a saúde das contas do prestador, resultado que coaduna outras avaliações acadêmicas sobre a dependência financeira¹³ dos hospitais filantrópicos ao SUS (PORTELA et al, 2002). A situação de maior governabilidade da gestão municipal de Rio Bonito a partir da gestão plena perante seus prestadores em geral, e em particular com o hospital filantrópico, apresentou tensões inúmeras relatadas nos resultados. Porém com saldo positivo inegável para a implantação das ações de regulação incidindo sobre este importante prestador.

Por outro lado, foi possível depreender dos resultados uma expressiva intencionalidade do gestor municipal em adquirir governabilidade e regular o sistema de saúde de acordo com as necessidades de saúde. Essa intenção certamente esbarrou em diversos momentos nas fragilidades inerentes a um processo conduzido de forma isolada por um município, ou melhor, por uma gestão. Nas palavras do gestor:

“Esse processo todo é rico, ele organiza a assistência, permite acesso, mas o SUS ainda precisa buscar mecanismos de consolidar ações e programas e sistemas de forma que não haja solução de continuidade, na medida em que o sucesso ou o fracasso está ainda centrado na figura de quem ocupa a direção da saúde. No nível estadual, no nível municipal, esse processo é rico, ele acontece bem ou mal durante 4 anos e o SUS vive assim dessas explosões e implosões. Porque tem sistemas que estão muito bem estruturados, bem organizados e que a simples troca do gestor da pasta implode de forma as vezes quase irreversível”(G1).

Cabe aqui levantar o papel articulador e indutor de políticas do gestor estadual que não foi encontrado nos resultados do estudo. A figura do gestor estadual, que em um estado de dimensões geográficas e quantitativas pequenas¹⁴ como o Rio de Janeiro, poderia desenvolver uma ação muito mais presente nas regiões não o fez no desenrolar da implantação das ações de regulação em Rio Bonito. Percebe-se que o município então utilizou de mecanismos técnicos-políticos para levar a frente a implantação do programa de saúde em questão, entre eles portarias do Ministério da Saúde, contratos geridos por POAs, o próprio SISREG e a contratação de médico regulador, figura nova na dinâmica local que conferiu maior peso do gestor municipal na interlocução com a categoria médica principalmente.

As novas normativas do gestor federal relacionadas à regionalização e à regulação, como a política de incentivo financeiro às centrais de regulação (BRASIL, 2012) e o Decreto

¹³ A legislação que rege a filantropia na saúde aponta obrigatoriedade de que, no mínimo, 60% dos atendimentos sejam direcionados aos usuários do SUS para que haja isenção fiscal total. (Lei no 9.732/98)

¹⁴ O Estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios apenas em comparação com os 853 da vizinha Minas Gerais.

presidencial 7.508 (BRASIL, 2011) que trata da regulamentação da Lei 8.080/90 e estabelece novos mecanismos de interação regional como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), talvez incidam sobre as fragilidades do gestor municipal minimizando-as, porém novos estudos se fazem necessários para corroborar esta afirmação.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Atenção à Saúde**: Portaria nº 95 de 26 de Janeiro. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Org.). **O SUS de A a Z**: Garantindo saúde nos municípios. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes para implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde**: Portaria nº 1.559 de 1º de Agosto. Brasília, 2008.
- BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080 e dá outras providências**. Poder Executivo, Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Portaria nº 1792 de 22 de Agosto. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. **SISREG - Sistema Nacional de Regulação**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430>. Acesso em: 15 jun. 2013.
- CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção Social da Demanda**: Direito à saúde - Trabalho em equipe - Participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2005. p. 91-101.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 112-124.
- CONTRANDIOPOULOS, André-pierre et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo et al. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.
- CONTRANDIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.705-712, set. 2006.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Unicamp, Campinas, 2004.

DAIN, Sulamis. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, Campinas, n. 17, p.113-140, dez. 2001.

FERREIRA, Janise Braga Barros. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. 227 f. Tese (Doutorado) - Usp, Ribeirão Preto, 2007.

HARTZ, Zulmira de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p.341-353, 1999.

HARTZ, Zulmira de Araújo. Avaliação em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009. p. 50-55.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Assistência Médica Sanitária 2009**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>. Acesso em: 10 ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>. Acesso em: 10 ago. 2012.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p.269-291, 2001.

MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda. Regulação Assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Pensar BH: Política Social**, Belo Horizonte, p.7-12, fev/abr 2002.

MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda. **O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. 184 f. Tese (Doutorado) - Unicamp, Campinas, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. 269 p.

MORELLI, Julia Barban. O uso do software SISREG na regulação de SADT em Rio Bonito. In: MOSTRA: AQUI TEM SUS, 2012, Maceió. **Anais da Mostra Aqui tem SUS**. Brasília: Conasems, 2012. p. 340 - 345.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (Org.). **Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las**

Américas. Washington: OPAS, 2010. (La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas).

PORTELA, Margareth. et al. Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Brasil, 34, abr. 2002. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6270/4861>. Acesso em: 25 jul. 2013.

RIO BONITO. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão de Controle, Avaliação e Auditoria. **Protocolo Geral de Fluxos clínicos para agendamentos na Central de Regulação**. Rio Bonito, 2009.

RIO BONITO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Rio Bonito, 2010a.

RIO BONITO. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão de Controle, Avaliação e Auditoria. **Relatório Mensal de Auditoria do Hospital Regional Darcy Vargas**. Rio Bonito, 2010b.

RIO BONITO. Secretaria Municipal de Saúde. Central de Regulação. **Memorando 311 de 14 de setembro de 2011**. Rio Bonito, 2011a.

RIO BONITO. Secretaria Municipal de Saúde. Central de Regulação. **Memorando 328 de 20 de novembro de 2011**. Rio Bonito, 2011b.

RIO BONITO. Secretaria Municipal de Saúde. **Listagem de profissionais de nível superior vinculados à Secretaria Municipal de Saúde**. Rio Bonito, 2012a.

RIO BONITO. Secretaria Municipal de Saúde. Central de Regulação. **Material de subsídio para transição de governo**. Rio Bonito, 2012b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação. **Estudo sobre as ações de regulação nos municípios fluminenses**. Rio de Janeiro, 2011.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado da Saúde. **Caderno de informações em saúde do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2009.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA. Ministério da Saúde. Disponibiliza informações para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a geração de conhecimento. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso 19 de abril de 2013.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p.25-41, jan/jun 2006.

VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. **Avaliação em Saúde: dos modelos teórico à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro/Salvador: Fiocruz / Edufba, 2005. p. 15-39.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZIU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.640-647, out-dez, 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada Avaliação das ações de Regulação em Saúde: um estudo de caso do município de Rio Bonito – RJ, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conduzida por Julia Barban Morelli e Mário Dal Poz. Este estudo tem por objetivo observar os processos de Regulação assistencial na gestão municipal da saúde de Rio Bonito entre os anos de 2009 e 2012 e estudar se os objetivos de sua utilização foram alcançados.

Você foi selecionado(a) por ser um informante-chave acerca da referida gestão municipal. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a perguntas de um questionário sobre o tema da Regulação na presença da pesquisadora responsável Julia Barban Morelli, com cerca de 2 horas de duração, em um local de sua escolha. A entrevista será registrada em áudio para posterior transcrição e utilização de trechos nos resultados da pesquisa.

Os riscos de sua participação na pesquisa envolvem a possível identificação das suas opiniões e pontos de vista, pois trata-se de estudo que explicita claramente o local e período que aborda.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

Os pesquisadores responsáveis se comprometeram a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Julia Barban Morelli, mestranda de Administração em Saúde do IMS/UERJ, telefone (21) 8014-0846, email juliabarban@yahoo.com.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio Bonito, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi-estruturada

- Apresentação da pesquisa e do pesquisador. Leitura e assinatura de Termo de Consentimento Livre e esclarecido;
- Identificação do entrevistado: sexo, idade, profissão, categoria (trabalhador, gestor, prestador de serviço ou usuário).
- Solicitação para o que entrevistado discorra sobre sua atuação no contexto estudado pela pesquisa.
- No ano de 2009 o município de Rio Bonito alcançou a condição de “gestão plena” do sistema de saúde, tornando-se gestor direto de todos os prestadores de serviços públicos e conveniados com o SUS sediados no município. Na sua experiência, quais foram as conseqüências desse fato para a saúde pública municipal/ para a assistência a saúde?
- O setor de marcação de consultas e exames era um setor já tradicional da Secretaria Municipal de Saúde. Em 2010 reformas foram implantadas para que ele passasse à condição de Central de Regulação de consultas e exames, com introdução do uso do software SISREG. Na sua visão, quais os aspectos positivos e negativos dessa mudança?
- Com a inauguração do Centro de Terapia Intensiva do Hospital Regional Darcy Vargas em julho de 2011 a Central de Regulação passou a agir também sobre internações, tornando-se um Complexo Regulador. Como você avalia as ações de regulação de internações empreendidas pela Central de Regulação?
- O Hospital Regional Darcy Vargas foi submetido à contratualização em 2010, com a pactuação do instrumento Plano Operativo Anual, que contém metas qualitativas e quantitativas. Como você enxerga esse processo e suas conseqüências?
- Os demais prestadores de serviço privados conveniados também foram contratualizados entre 2010 e 2011 (laboratórios de análises clínicas, clínica oftalmológica, clínicas de fisioterapia, clínica de terapia renal substitutiva). Na sua opinião, quais foram as razões e os impactos desse processo?
- No seu entendimento, quais as razões que impulsionaram a gestão municipal a empreender ações de regulação da atenção à saúde e do acesso a serviços? Qual a relação, em sua opinião, entre as iniciativas do município nessa área e as políticas nacionais e estaduais?
- Comentários finais.

ANEXO A – Exemplo de relatório consolidado de internações no CTI



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BONITO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BONITO

RELATÓRIO CONSOLIDADO DE INTERNAÇÕES NO CTI - HRDV
 AGOSTO/2011 A DEZEMBRO/2011

MESES MUNICÍPIO	AGOSTO				SETEMBRO					OUTUBRO				NOVEMBRO					DEZEMBRO					
	Qtde.		Alta		Qtde.		Alta			Qtde.		Alta		Qtde.		Alta			Qtde.		Alta			
	Paciente	Dias	Melhora	Óbito	Paciente	Dias	Outro	Melhora	Óbito	Paciente	Dias	Melhora	Óbito	Paciente	Dias	Outro	Melhor	Óbito	Pacient	Dias	Outro	Melhor	Óbito	
Araruama	0	0	0	0	1	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cachoeira de Macacu	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Itaboraí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11	0	1	1	0
Itaguaí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Magé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niterói	1	8	1	0	1	10	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rio Bonito	22	121	15	7	11	111	1	7	3	15	138	7	8	4	51	0	3	1	14	76	2	6	6	0
Silva Jardim	2	14	2	0	1	12	0	1	0	2	20	0	2	3	37	1	1	1	1	13	0	0	1	0
Tanguá	3	17	2	1	1	5	0	0	1	4	38	3	1	7	62	1	6	0	6	61	0	4	2	0
Σ	29	161	21	8	15	146	1	10	4	22	198	10	12	15	161	2	10	3	23	161	2	11	10	0

BALANÇO FINAL DO PERÍODO			
TOTAL PACIENTES			104
TOTAL DE DIAS DE INTERNAÇÃO			827
MÉDIA DE DIAS DE INTERNAÇÃO			8
TIPOS DE ALTA	TOTAL	%	
ÓBITO	37	35,58	
MELHORA	62	59,62	
OUTROS	5	4,808	
TOTAL	104	100,00	

ANEXO B – Exemplo de relatório de produção de cirurgias eletivas



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BONITO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BONITO

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS - SETEMBRO/2012

MUNICÍPIO DE RIO BONITO					
Médico	Saldo	Qt.Solicitada	Qt.Cancelada	Qt.Realizada	Pendência
Anselmo Ximenes	110	24	0	47	87
Cláudio Maciel	7	2	0	4	5
David Chagas	17	9	0	7	19
Diego Neves	25	2	0	4	23
Élio Fernandes	75	37	0	22	90
Fábio Cotrim	4	1	0	1	4
Felipe Costa	4	6	0	3	7
Fernando Guida	6	2	0	0	8
Flávio Rondinelli	1	0	0	0	1
Gilson Medina	2	0	0	1	1
Gonzalo Madiedo	7	2	0	1	8
Gwyer Borges	13	4	0	6	11
Homero Ribeiro	2	0	0	0	2
Jorge Monteiro	77	30	0	19	88
Laurindo Lima	0	1	0	0	1
Marcelo Perelló	3	0	0	0	3
Σ	353	120	0	115	358

OUTROS MUNICÍPIOS					
Município	Saldo	Qt.Solicitada	Qt.Cancelada	Qt.Realizada	Pendência
Araruama	2	0	0	0	2
Cachoeira de Macacu	0	1	0	0	1
Casimiro de Abreu	2	1	0	2	1
Itaboraí	17	4	0	9	12
Maricá	1	1	0	2	0
Saquarema	1	0	0	1	0
Silva Jardim	60	18	0	18	60
São Gonçalo	0	1	0	0	1
São Pedro da Aldeia	0	1	0	0	1
Tanguá	74	23	0	18	79
Σ	157	50	0	50	157

Total geral de cirurgias	Saldo	Qt.Solicitada	Qt.Cancelada	Qt.Realizada	Pendência
	510	170	0	165	515

Fonte: Sisregiii