

**3º Premio de Excelência em Gestão Pública do Estado de**

**Minas Gerais**

**Edital SEPLAG nº 01/2008**

**TEMA: Modernização da Gestão**

**Regulação do acesso a serviços de saúde no SUS de Minas**

**Gerais: avanços, desafios e primeiros resultados**

**Belo Horizonte**

**Setembro-2008**

## **RESUMO**

As Centrais de Regulação determinam um avanço histórico nos serviços de saúde no Estado. O paciente deixa de peregrinar em busca de leitos, principalmente nas situações de urgência e emergência, passando a ser responsabilidade do Estado, através do Sistema Estadual de Regulação Assistencial-SUSFácilMG, buscar garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, além de funcionar como potente fonte de informação, e ferramenta de análise e acompanhamento da assistência à saúde, facilitando a identificação, pelos gestores estadual e municipais, dos principais pontos de estrangulamento do SUSMG, possibilitando a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e identificar as necessidades dos cidadãos, adequar as redes assistenciais, organizar fluxos, implementando progressivamente a regionalização da assistência, solidária e cooperativa. Durante o período de janeiro de 2006 a agosto de 2008 foram solicitadas às Centrais 987.718 internações, sendo, 899.847 (91,1%) reguladas e efetivadas. Do total de internações efetivadas 788.780 (87,7%) foram de urgência. Para o atendimento da população de referência intermunicipal, foram reguladas e efetivadas 290.400 internações, representando 32,3% das internações reguladas no período.

## **SUMÁRIO**

<b>1-CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ANTERIOR</b> .....	4
<b>2- DESCRIÇÃO DO PROJETO</b> .....	6
2.1 - OBJETIVOS E RESULTADOS VISADOS .....	6
2.2 - PUBLICO ALVO .....	7
2.3 - CONCEPÇÃO E TRABALHO EM EQUIPE .....	8
2.4 - AÇÕES E ETAPAS PARA IMPLEMENTAÇÃO .....	9
<b>3- RECURSOS UTILIZADOS</b> .....	17
3.1- DESCRIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS, FINANCEIROS, MATERIAIS, TECNOLÓGICOS.....	17
<b>4- CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL:</b> .....	19
4.1 - MECANISMOS OU MODELOS DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS E INDICADORES UTILIZADOS.....	20
4.2 - RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.....	22
<b>5- LIÇÕES APRENDIDAS</b> .....	27
5.1 - SOLUÇÕES ADOTADAS PARA A SUPERAÇÃO DOS PRINCIPAIS OBSTÁCULOS ENCONTRADOS .....	30
<b>6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> .....	32

## ***1-CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ANTERIOR***

O **Sistema Único de Saúde (SUS)** foi criado pela Constituição Federal de 1988, com o objetivo de acabar com o quadro de desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento gratuito e qualificado a todos os cidadãos brasileiros. Antes, a assistência era condicionada à contribuição previdenciária, ou seja, somente quem possuía Carteira de Trabalho tinha acesso ao serviço público de saúde.

A legislação brasileira constitui a saúde como um direito de cidadania, que deve ser garantido pelo Estado, considerando como princípios doutrinários e éticos a universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência. Em consequência à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o país se viu diante da necessidade de reformular a política sanitária, para construir um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana (Assis et.al, 2003).

Apesar dos 20 anos da legitimação do SUS e os incontestáveis resultados obtidos, o sistema convive ainda com contradições e entraves quando se consideram as dimensões sócio-culturais, políticas e econômicas nas quais se concretiza (Prado et al., 2007).

Dentre os principais entraves encontrados para a consolidação do SUS, podemos destacar:

- Desenvolvimento histórico dos serviços de saúde de forma heterogênea, não regulada pelo Estado.

- Ausência de critérios racionais de distribuição dos equipamentos sanitários, gerando um quadro de enorme heterogeneidade e profundas desigualdades nas possibilidades de acesso da população entre as várias regiões.
- Assistência hospitalar com predominância de estabelecimentos hospitalares de pequeno porte, localizados em municípios com menos de 20.000 habitantes, com baixa capacidade de incorporação tecnológica e de fixação de recursos humanos qualificados.
- Redes assistenciais fragmentadas e desarticuladas, com fluxo assistencial desorganizado, inclusive nas situações de urgência/emergência, onde a própria população busca solução de seus problemas de saúde deslocando-se para os municípios-pólo das regiões com conseqüente impacto financeiro e desperdício de recursos.
- Falhas no processo assistencial ambulatorial gerando um grande número de internações sensíveis a esse tipo de atenção.
- Falhas nos mecanismos de regulação do sistema.
- Sistema de controle e avaliação de serviços de saúde com foco predominante no controle das faturas dos serviços, remunerados por produção.

A superação deste quadro implica na redefinição de diretrizes estruturais para construção de modelos inovadores de atenção à saúde, a partir de métodos e instrumentos de planejamento e regulação do sistema, bem como num amplo processo de desenvolvimento das capacidades de gerência e gestão, na busca da qualidade da assistência.

Nessa perspectiva, faz-se necessário o desenvolvimento de processos de regulação, para o alcance de eficiência, de eficácia e de efetividade dos sistemas de saúde e na garantia de acesso dos usuários aos serviços de saúde (Brasil, 2005).

Deve ser considerado, entretanto, que o processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance.

A Regulação Assistencial ou regulação do acesso à assistência pode ser definida como: um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado.

A Regulação Assistencial ganha destaque no Sistema Único de Saúde - SUS, a partir das Normas Operacionais de Assistência e se configura como um dos eixos estruturantes do Pacto de Gestão, que consolida o processo de descentralização, com responsabilidades compartilhadas pelos entes federados, de modo a produzir ações integrais de assistência à saúde, em função das necessidades da população, buscando o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS (Brasil, 2005).

Diante desta realidade fica estabelecido como responsabilidade do Gestor Estadual a Regulação Assistencial das referências intermunicipais através da coordenação do processo da Programação Pactuada e Integrada Assistencial (PPI Assistencial), da regionalização da assistência e implantação das redes assistenciais.

## ***2- DESCRIÇÃO DO PROJETO***

### **2.1 - OBJETIVOS E RESULTADOS VISADOS**

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais tem como objetivo maior, garantir de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, buscando a alternativa assistencial adequada e em tempo oportuno, para as necessidades identificadas do cidadão usuário do SUS. A Regulação da Assistência deve funcionar também como um observatório do sistema de saúde permitindo integrar e qualificar seus serviços, para alcance de seu principal objetivo: atender plenamente os usuários.

Os demais objetivos a serem alcançados são:

- Fortalecer a cooperação entre os gestores e prestadores de serviços de saúde;
- Padronizar e utilizar protocolos operacionais;
- Subsidiar o processo de reordenação dos fluxos assistenciais, a partir de procedimentos operacionais de regulação e em consonância com a regionalização;
- Permitir o acompanhamento e a avaliação da execução dos serviços, por meio de relatórios, planilhas e gráficos;
- Identificar as desproporções entre as necessidades de serviços de saúde e a oferta disponível;
- Acompanhar o cumprimento dos termos de garantia de acesso, subsidiando os processos de readequações dos pactos intergestores na PPI-Assistencial.

## **2.2 - PUBLICO ALVO**

São beneficiados diretamente pela implantação das Centrais de Regulação Assistencial, os 853 municípios de Minas Gerais, representando cerca de 20 milhões de usuários potenciais do SUS, em especial os cidadãos dos municípios mineiros de

pequeno porte populacional, que tem geralmente, baixa capacidade resolutiva no setor saúde e cujas respostas às necessidades de seus municípios estão pactuadas nos municípios de maior porte populacional onde há maior agregação tecnológica e especialização de recursos humanos na prestação de assistência à saúde (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos municípios do Estado de Minas Gerais segundo porte populacional.

<b>População</b>	<b>Nº Municípios</b>
Até 10 000 hab.	493
10 000 a 50 000 hab.	296
50 001 a 100 000 hab.	38
100 001 a 400 000 hab.	59
Acima 400 000 hab.	5
Total	853

Fonte: SIOPS/DATASUS-2007

Os gestores e prestadores do SUSMG também se beneficiam com o processo de regulação, uma vez que este funciona como uma potente ferramenta de gestão pública, subsidiando com seus relatórios e indicadores análise, planejamento e tomada de decisões das instituições envolvidas.

### **2.3 - CONCEPÇÃO E TRABALHO EM EQUIPE**

O Governo do Estado diante do desafio de construir alternativas que pudessem superar os entraves que dificultam o acesso do cidadão aos serviços de saúde,

prioritariamente nas situações de urgência e emergência, define, em 2003, como uma de suas prioridades de gestão, a implantação do **Sistema Estadual de Regulação Assistencial**, sob o comando da Secretaria de Estado da Saúde (SESMG).

A construção e a modelagem operacional do Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais, pela sua concepção e dimensão, demandaram um conjunto de atividades técnicas, administrativas e legais, que foram desenvolvidas sob a coordenação da Superintendência de Regulação (SR), da SESMG e envolveram várias outras áreas técnicas: Superintendências de Planejamento e Finanças e de Gestão, Assessoria Jurídica, Assessoria de Gestão Estratégica, Gerência de Tecnologia de Informação, Gerência de Recursos Humanos, Gerências Regionais de Saúde, entre outras e parcerias com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e Companhia de Tecnologia da Informação do Estado de Minas Gerais (PRODEMGE), além de um consultor especializado na área de tecnologia de informação.

#### **2.4 - AÇÕES E ETAPAS PARA IMPLEMENTAÇÃO**

A arquitetura para implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial foi desenhada pela equipe técnica da Gerência de Regulação Assistencial, seguindo as diretrizes do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado tendo sido apresentado e aprovado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB/SUS/MG.

A fim de dar suporte à política de Regulação Assistencial definida para Minas Gerais, realizou-se concorrência pública nacional para contratação de serviços de assessoria técnica e consultoria, visando à estruturação, execução, capacitação de recursos humanos e utilização de sistemas tecnológicos para a implantação do Sistema

Estadual de Regulação Assistencial, como ferramenta para acompanhamento, avaliação e diagnóstico da situação de saúde, possibilitando ajustes no planejamento, otimizando a utilização dos serviços de saúde; além de funcionar como um observatório do SUS permitindo integrar e qualificar a assistência, para alcance de seu principal objetivo, que é atender plenamente seus usuários.

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial se viabilizou com a implantação das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial-CR. Estas foram implantadas em 13 municípios pólo das macrorregiões de saúde, no período de janeiro/06 a junho/07 (Figura 1). As centrais funcionam de forma ininterrupta, com a presença de médicos reguladores plantonistas e contam com um médico coordenador regulador macrorregional.

Foi constituído também o Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento/SES-MG, inicialmente com dois coordenadores estaduais, com função estratégica de apoiar, monitorar os dados relevantes do sistema, produzir os relatórios estatísticos e informações importantes para o aprimoramento do processo de regulação assistencial e identificar necessidade de adequações do sistema operacional informatizado – **SUSFácilMG**, utilizados pelas CR. Todos os profissionais acima passaram por um processo de Seleção Interna e foram dotados de Autoridade Sanitária delegada, por Lei, pelo Gestor Estadual.

A equipe da Gerência de Regulação Assistencial constituída de técnicos de nível superior acompanhou e apoiou todo o processo de implantação das Centrais Macrorregionais de Regulação e mantém essas atividades de suporte.

Cada Central de Regulação conta ainda, nos turno diurno com no mínimo 5 operadores de nível médio, auxiliares de regulação, e 3 nos turnos noturnos.

Destaca-se que, no projeto original, estavam previstas a criação de 75 centrais microrregionais, que não foram operacionalizadas, após a avaliação da SR e do Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento, o que representa uma utilização mais racional do recurso público.

### Implantação do SUSfácil MG

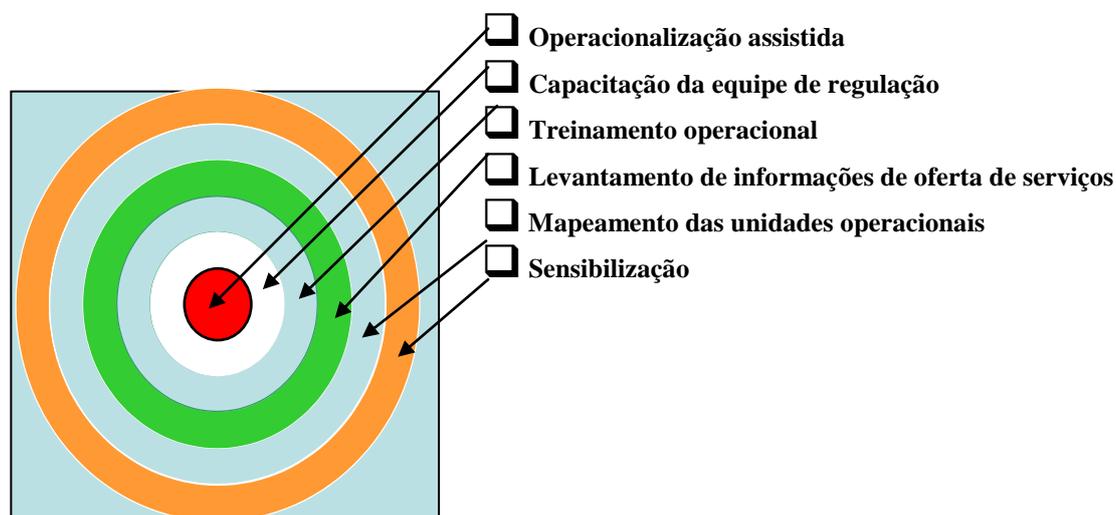


região Jequitinhonha é regulada pela CR Macro Centro, localizada em Belo Horizonte

**Figura 1** - Evolução da implantação das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial.

Foi desenvolvido pela consultoria, um portal na web para divulgação das questões que envolveram o processo de implantação e para facilitar a capacitação de todos os envolvidos. Neste portal estão disponíveis: cronogramas de implantação das Centrais, agendas dos seminários e capacitações, tutoriais de treinamento, apresentações, material didático de apoio e, um banco de treinamento/teste, que permite aos operadores simularem as operações até se sentirem seguros (<http://portalmg.susfacil.org.br>).

As etapas do processo de implantação das Centrais podem ser vistas no esquema abaixo:



**Figura 2** - Etapas do processo de implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial.

A **Sensibilização** se caracterizou pela realização de seminários visando a apresentação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial, com a participação de todos os atores envolvidos, dentre estes, destacaram-se: Gerências Regionais de Saúde, Gestores Municipais, Prestadores do SUS, Ministério Público, Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, etc.

O **Mapeamento Unidades Operacionais** compreendeu o levantamento, a identificação e a inserção dos dados relativos a todas as unidades operacionais integradas à Central de Regulação. O **Levantamento de Informações de Oferta de Serviços** serviu como base para identificar a grade dos serviços de referência, com seus recursos.

Todas as unidades prestadoras de serviços SUS, Secretarias Municipais de Saúde e Operadores e Médicos das CR, passaram por **Treinamento Operacional/Capacitação da Equipe de Regulação** para compreensão do processo de regulação assistencial e utilização adequada do Software.

Após a capacitação inicial, uma equipe de apoio técnico do Núcleo Estadual (SR/SESMG) e da consultoria permanecia por cerca de dois meses acompanhando o processo de operação de cada central. Este apoio operacional permanece e é realizado por telefone ou on-line, tanto pela equipe da SR/SESMG, quanto da consultoria. O suporte remoto ocorre também através dos operadores macrorregionais, utilizando um chat do sistema, com registro documental das comunicações. Ocasionalmente e após a avaliação o grupo técnico se desloca para as CR para um processo de monitoramento e acompanhamento mais próximo.

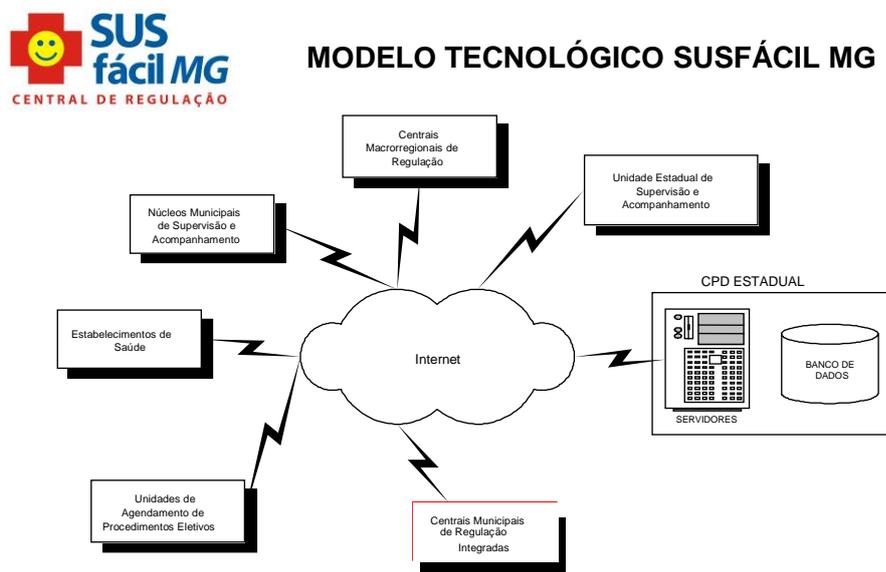
O software SUSfácilMG apresenta como características básicas:

- Comunicação on line via Internet: agilidade na manutenção e recuperação de informações em tempo real; operacionalização imediata em qualquer modelo de acesso à Internet;
- Interface WEB: simplicidade de uso e aprendizado do sistema;
- Banco de dados Oracle: robustez e segurança no armazenamento de informações;
- Processamento centralizado: maior desempenho com menor custo; suporte simplificado.

Este sistema informatizado propicia a integração entre o núcleo estadual, as 13 CR, as 853 Secretarias Municipais de Saúde (SMS), cerca de 490 estabelecimentos hospitalares e 5.200 estabelecimentos ambulatoriais (Figura 3).

O Centro de Processamento de Dados Estadual da Regulação Assistencial/SUSfácilMG está instalado na Companhia de Tecnologia da Informação

do Estado de Minas Gerais (PRODEMGE), com garantia de segurança, alta disponibilidade, suporte e manutenção em tempo integral.



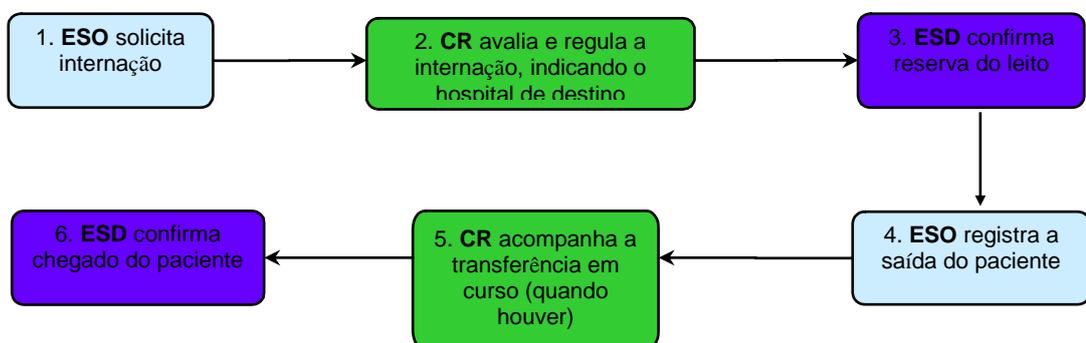
**Figura 3** - Modelo tecnológico do SUSFácilMG.

A implantação do sistema seguiu a lógica dos módulos funcionais descritos abaixo:

- **Módulo Funcional de Regulação de Internações de Urgência e Emergência e Internações Eletivas:**
  - Solicitação de internação;
  - Regulação de acesso;
  - Transferência entre hospitais e entre municípios;
  - Acompanhamento e monitoramento dos serviços.
- **Módulo Funcional de Agendamento de Consultas e Exames Especializados:**
  - Captura e manutenção das escalas dos profissionais;
  - Cruzamento da oferta de serviços com a PPI-Assistencial;

- Marcação de consultas e exames a partir das unidades agendamento, localizadas no próprio município do paciente, permitindo a marcação nos municípios pactuados;
- Emissão de boleto de agendamento;
- Disponibilização da relação de pacientes agendados para os estabelecimentos executantes e gestores municipais;
- Confirmação de atendimento pelos estabelecimentos;
- Acompanhamento e monitoramento dos serviços.

Abaixo estão apresentados os Fluxos Sistêmicos Básicos orientam o processo de regulação:



CR = Central de Regulação  
 ESO = Estabelecimento de Saúde de Origem  
 ESD = Estabelecimento de Saúde de Destino

**Figura 4-** Fluxo Sistêmico Básico de Internação de Urgência e Emergência

O primeiro passo do processo de avaliação pela CR da solicitação de internação/transferência de urgência e emergência: de transferência, busca estabelecer a real necessidade do paciente. Neste momento, pode ser necessária, a obtenção de maiores informações sobre o quadro clínico do paciente, cabendo ao médico regulador

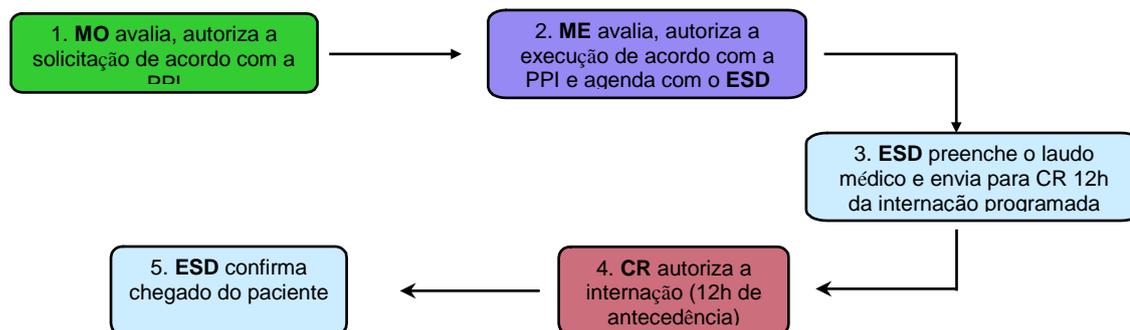
registrar **pendências**. O sistema permite ainda a consulta do histórico assistencial do paciente.

A partir de um laudo de solicitação de internação/transferência qualificado, o médico regulador orienta e supervisiona os operadores na busca de leito. A reserva de leito deve considerar os seguintes critérios: a capacidade técnica de atendimento (disponibilidade de recursos); a Programação Assistencial (PPI); a disponibilidade de vagas.

Ao longo do processo, o hospital de origem deve informar sobre a evolução do paciente e a Central deve registrar, por meio de ocorrências, suas atividades de busca e reserva de um leito adequado, bem como outras intercorrências.

Definido o estabelecimento executor, uma solicitação de reserva é encaminhada de forma on-line para o mesmo. Caso o estabelecimento negue a reserva de leito, deverá apresentar uma justificativa técnica pertinente e outro estabelecimento será consultado até que a reserva se concretize. Após a aceitação de reserva do leito pelo estabelecimento executor, o estabelecimento de origem é informado e o paciente é encaminhado.

O acompanhamento da transferência em curso inicia-se a partir da aceitação da reserva do leito, sendo que a equipe de regulação acompanha a transferência do paciente, verificando quando: o estabelecimento de origem registra a saída do paciente; o estabelecimento de destino confirma a chegada do paciente.



**ESD** = Estabelecimento de Saúde de Destino  
**MO** = Município de Origem do Paciente  
**ME** = Município Executor  
**CR** = Central de Regulação

**Figura 5-** Fluxo Sistêmico Básico de Internação Eletiva

Para a regulação de internações eletivas, a Central de Regulação, deve considerar os seguintes requisitos operacionais: pactuação e autorização prévia do município executor; leitos vagos na clínica solicitada, dentro do percentual de leitos/dia reservados para eletiva, no período previsto para a internação.

No futuro próximo, com a implantação das redes assistenciais, prioritariamente a de urgência/emergência, as Centrais de Regulação deverão integrar-se às Centrais Operativas do SAMU e Transporte Sanitário Eletivo, na constituição de um complexo regulador.

### **3- RECURSOS UTILIZADOS**

#### **3.1- DESCRIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS, FINANCEIROS, MATERIAIS, TECNOLÓGICOS.**

Para operacionalizar o Sistema Estadual de Regulação Assistencial, a SES-MG e as Centrais de Regulação contam com:

- 03 Reguladores Coordenadores Estaduais

- 13 Médicos Reguladores Coordenadores nas Centrais Macrorregionais
- 100 Médicos Reguladores Plantonistas nas Centrais Macrorregionais
- 232 Operadores de Nível Médio nas Centrais Macrorregionais
- 10 Técnicos de Apoio Operacional no Núcleo Central (SR-SES/MG)

Em comunicação com estes profissionais, operam o SUSFácilMG cerca de:

- 1.800 Operadores das Secretarias Municipais da Saúde
- 4.000 Operadores de Estabelecimentos de Saúde Hospitalar
- 12.000 Estabelecimentos de Saúde Ambulatorial.

Os investimentos necessários para viabilizar a implantação da rede de Centrais Regionais de Regulação foram da ordem de vinte e quatro milhões de reais (R\$24.000.000,00), oriundos do Tesouro Estadual e utilizados ao longo dos primeiros dois anos de implantação, assim distribuídos:

- Recursos Humanos: R\$ 16.267.130,00
- Equipamentos: R\$ 2.038.650,00
- Mobiliário: R\$ 495.000,00
- Serviços Especializados: R\$ 3.900.000,00 (Contratação de serviços de assessoria técnica e consultoria objetivando a estruturação, a execução, a capacitação de recursos humanos, bem como a utilização de sistemas tecnológicos para a implantação das Centrais de Regulação em Saúde Pública no SUS/MG)
- Serviços Especializados: R\$ 234.831,54 (Contratação de serviços para a seleção dos Médicos Reguladores das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial)

- Conectividade: R\$ 948.000,00

O custeio mensal da estrutura operacional do Sistema Estadual de Regulação Assistencial, gira em torno de um milhão e setecentos mil reais oriundos do Tesouro Estadual.

O Governo Estadual forneceu a cada Central de Regulação:

- Área física
- Equipamentos e Mobiliário;
- Conectividade à Internet em banda larga;
- Recursos humanos capacitados.

#### ***4- CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL:***

O processo de implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial - SUSFácilMG teve início em janeiro de 2006, e em junho de 2007, todas as 13 Centrais Macrorregionais previstas estavam implantadas.

A implantação das Centrais funcionou como ação catalisadora do processo democrático e solidário entre as esferas de gestão no SUSMG, no estabelecimento de protocolos assistenciais e operacionais, além de subsidiar os gestores na contratação de prestadores, controle e avaliação, assim como em outras funções de gestão, entre elas a programação assistencial e a consolidação do processo de regionalização, permitindo indicar possíveis falhas nas linhas de cuidados à saúde, mapeando necessidades de investimentos e de capacitação dos profissionais de saúde.

#### **4.1 - MECANISMOS OU MODELOS DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS E INDICADORES UTILIZADOS**

Como um instrumento de apoio gerencial, o Sistema Estadual de Regulação Assistencial - SUSFácilMG fornece informação de suporte às decisões dos gestores envolvidos (estado e municípios), obtidas principalmente através de relatórios e indicadores disponíveis no sistema. Destacam-se abaixo alguns indicadores e relatórios disponíveis:

##### **Atividade de Regulação das Internações de Urgência e Emergência e Eletivas**

- **Percentual de Internações Reguladas:** Razão entre Internações Reguladas por Total de Internações. Pacientes residentes em Macrorregiões ativas, passíveis de regulação.
- **Percentual de Internações de População de Referência Reguladas:** Razão entre Internações de Referência Reguladas por Total de Internações de Referência. Pacientes residentes em Macrorregiões com Centrais ativas, passíveis de regulação.
- **Percentual de Internações de População de Referência Reguladas e com Transferência Intermunicipal:** Razão entre Internações de Referência Reguladas por Total de Internações de Referência. Pacientes residentes em Macrorregiões com Centrais ativas, passíveis de regulação.
- **Tempo Médio de Reserva de Leito Para Transferência Intermunicipal:** Tempo médio de espera para obtenção de reserva de leitos via Central de Regulação em horas. Pacientes residentes em Macros com Centrais ativas, passíveis de regulação.

### **Acompanhamento da Programação – PPI Assistencial:**

- **Percentual de Internação de Referência Sem Programação por Destino ou Origem:** Razão entre Internações de Referência sem Programação por Total de Internações de Referência por destino ou origem. São consideradas sem programação, internações que aconteceram em municípios para onde não havia referência planejada na PPI.

### **Atividade Hospitalar**

- **Total de Internações de População de Referência:** Total de internações de referência realizadas pelos hospitais acompanhados pelo sistema estadual de regulação.
- **Permanência Média:** Permanência média de internação em hospitais acompanhados pelo sistema estadual de regulação.
- **Taxa de Ocupação de Leitos:** Razão entre Quantidade de Pacientes Dia por Total de leitos Dia.
- **Taxa de Ocupação de Leitos em Municípios Pólo de macro e microrregião:** Razão entre Quantidade de Pacientes Dia por Total de leitos Dia, considerando somente municípios Pólos.

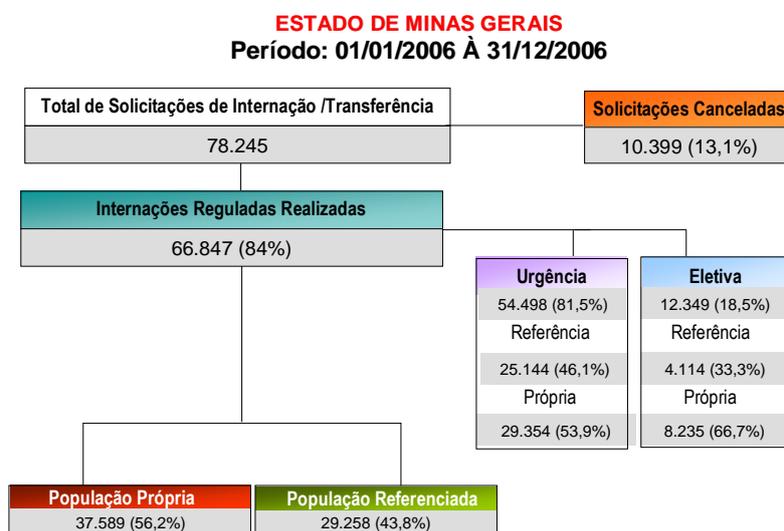
### **Relatórios Ambulatoriais**

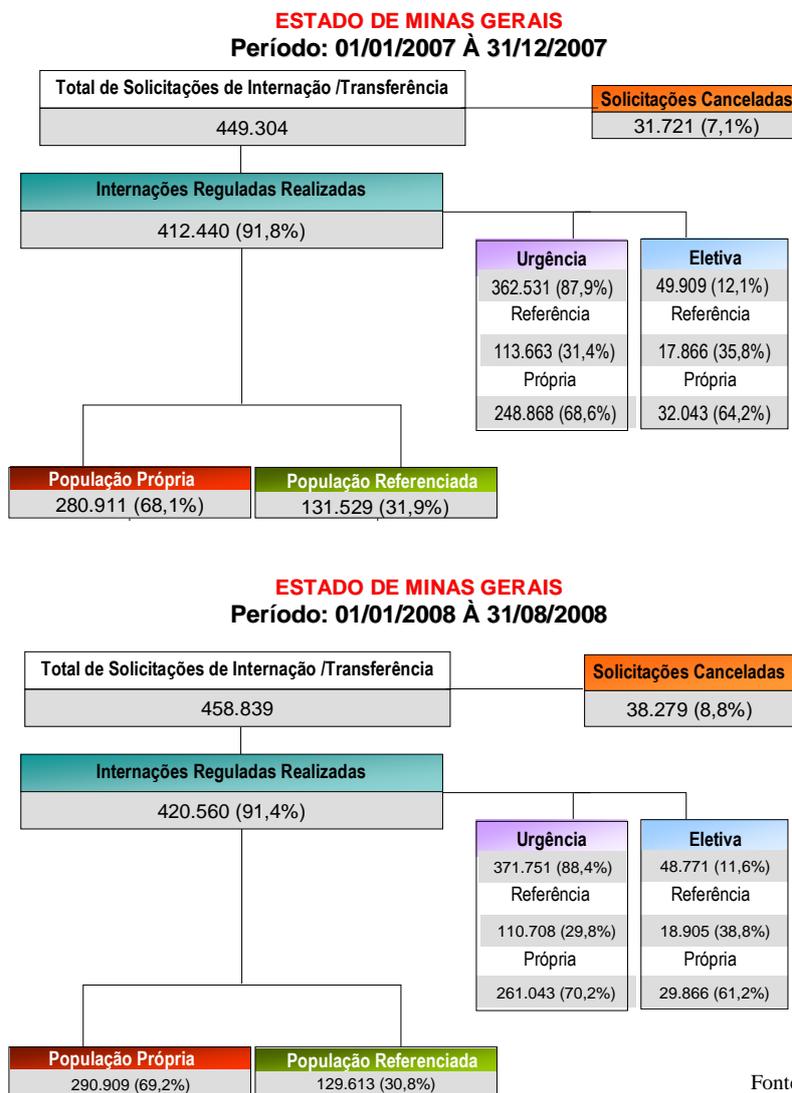
- Freqüência de agendamento e confirmação de atendimento de procedimentos ambulatoriais, por código de procedimento.
- Freqüência de agendamento e confirmação de atendimento de procedimentos ambulatoriais por município de origem e destino.

- Frequência de agendamento e confirmação de atendimento de procedimentos ambulatoriais por estabelecimento de saúde solicitante e executor.
- Comparação entre agendas disponibilizadas e metas pactuadas, por código de procedimento.

## 4.2 - RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Durante o período de janeiro de 2006 a agosto de 2008 foram solicitadas às Centrais de Regulação 987.718 internações, sendo, 899.847 (91,1%) internações reguladas e efetivadas. Do total de internações efetivadas 788.780 (87,7%) foram internações de urgência. Para o atendimento da população de referência intermunicipal, foram reguladas e efetivadas 290.400 internações, representando 32,3% das internações reguladas no período (Figura 5).



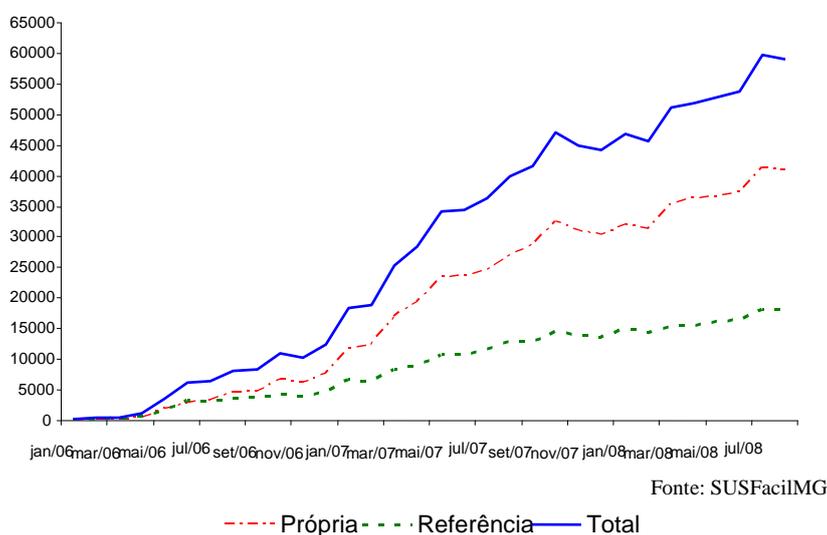


**Figura 5** - Internações solicitadas e reguladas pelo SUSFacilMG no período de 2006-2008.

Como pode ser observado na Figura 5, ocorreu uma expressiva evolução no número de internações reguladas e efetivadas quando comparamos os anos de 2006, 2007 e 2008 passando de 66.847 internações em 2006 (média mensal de 5.571), para um total de 412.440 em 2007 (média mensal de 34.370). Em 2008, nos primeiros oito meses, 420.560 internações foram reguladas, com média mensal de 52.570,

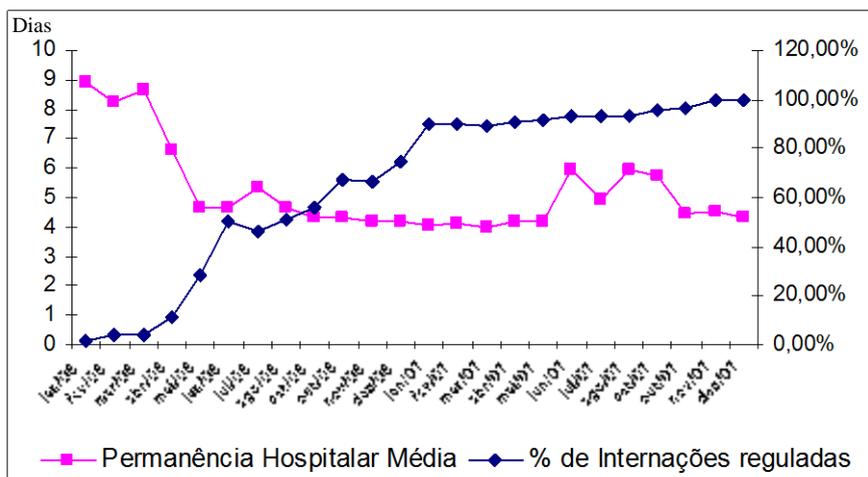
representando um aumento exponencial da média mensal de cerca de 10 vezes em relação à média do primeiro ano de funcionamento das Centrais.

No primeiro mês de implantação do SUSFácilMG (janeiro de 2006), foram reguladas ao todo 325 internações, sendo 116 para a população própria dos municípios executores e 209 para a população referenciada. Em agosto de 2008, foram reguladas ao todo 59.048 internações, sendo 40.880 para a população própria dos municípios executores e 18.168 para a população referenciada (Figura 6).



**Figura 6** – Evolução mensal das internações reguladas pelo SUSFácilMG, para a população própria e referenciada, de janeiro de 2006 a agosto de 2008.

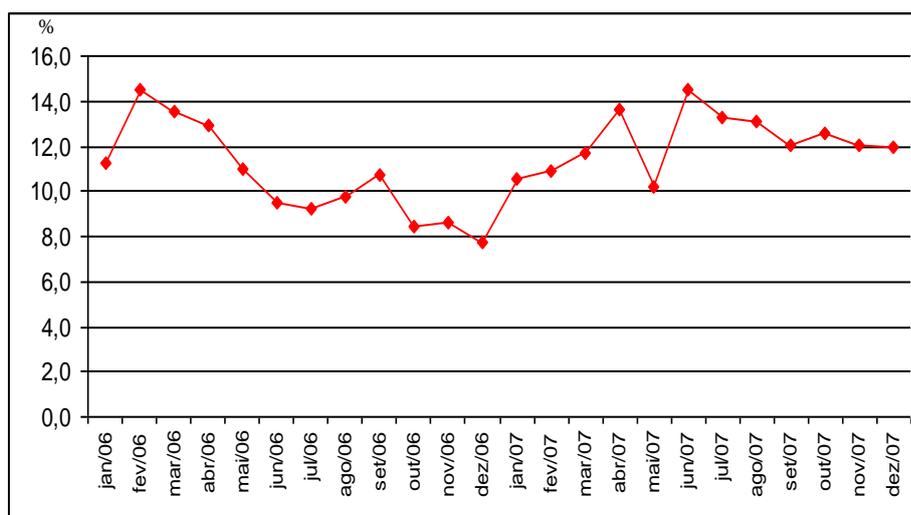
À medida que o percentual de internações reguladas aproxima-se de 100%, a média de permanência hospitalar dos pacientes cai e passa a girar em torno de 4 a 5 dias, indicando uma possível otimização do uso do recurso leito hospitalar, levantando a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema (Figura 7).



Fonte: SUSFácilMG

**Figura 7** - Comparativo entre a evolução do percentual de internações reguladas pelo SUSFácilMG e a média de permanência hospitalar no período de janeiro de 2006 à dezembro de 2007.

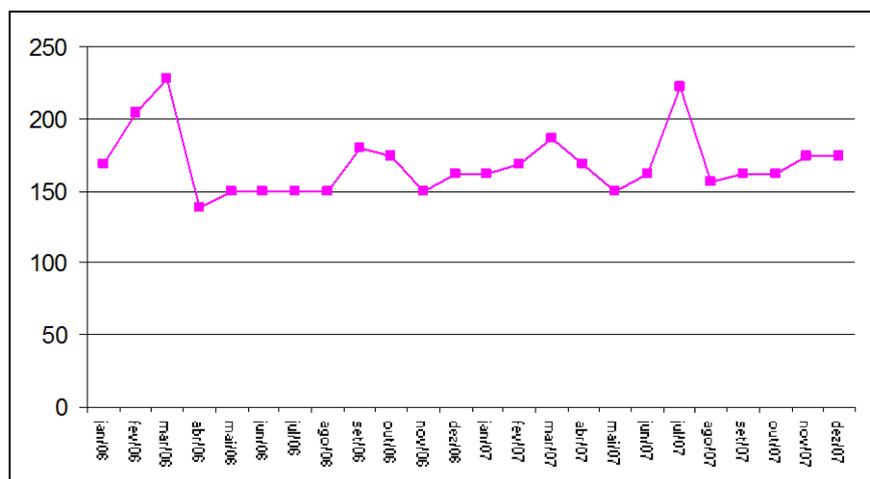
O acompanhamento do planejamento através das metas físicas pactuadas na PPI Assistencial, por município de destino, mostra distorções que giram em torno de 11,4% das metas pactuadas no período avaliado (2006-2007), apontando a necessidade de correção e adequação dos pactos intermunicipais, através de processo de remanejamento das metas físicas e tetos financeiros (Figura 8).



Fonte: SUSFácilMG

**Figura 8** – Evolução do percentual de internação para a população de referência intermunicipal sem programação no município de destino, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

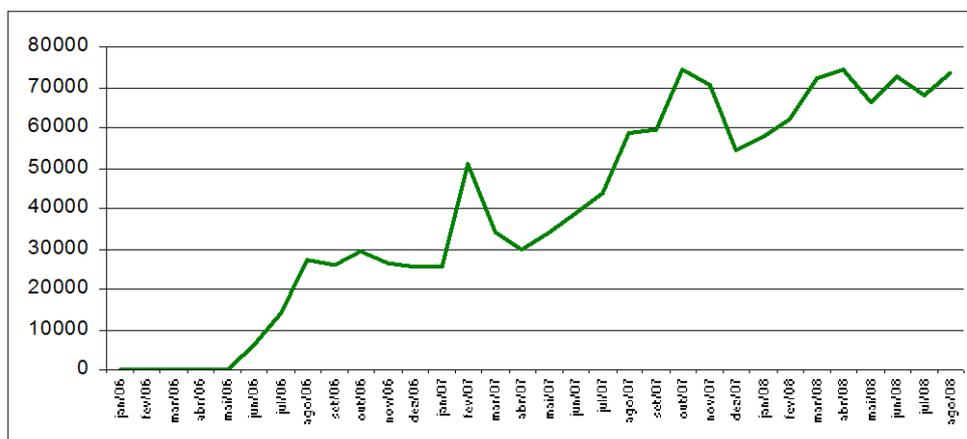
O tempo médio para reserva de um leito para internação foi de duas (2) horas e quarenta e oito (48) minutos, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Como na atenção às urgências, o fator tempo é um determinante fundamental para a redução da mortalidade, ainda consideramos a necessidade de uma avaliação mais detalhada, correlacionando o tempo de acesso ao recurso hospitalar diante das necessidades expressas nas solicitações de regulação (Figura 9).



Fonte: SUSFácilMG

**Figura 9** – Evolução do tempo médio de espera para obtenção de reserva de leitos via Central de Regulação em minutos, das internações reguladas pelo SUSFácilMG, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

Os agendamentos de consultas e exames especializados ambulatoriais começaram a ser realizados pelo SUSFácilMG no mês de junho de 2006 (6.020 agendamentos), e mostram uma evolução até agosto de 2008, quando foram agendados 73.420 procedimentos. Apesar da expressiva evolução este módulo funcional ainda é necessário um processo de avanço e consolidação, permanecendo como um desafio, uma vez que é dependente da capacidade de gestão de cada município na construção e disponibilização das agendas de seus profissionais e serviços. Este processo evolutivo pode ser visto abaixo (Figura 10).



**Figura 10** – Evolução dos procedimentos ambulatoriais agendados pelo SUSFácilMG, no período de janeiro de 2006 a agosto de 2008.

## 5- LIÇÕES APRENDIDAS

A literatura sobre o tema mostra que diversos estados ainda não assumiram plenamente as funções de coordenação e de regulação do sistema de saúde e das redes assistenciais regionalizadas de atenção. Como agravante desta situação, destaca-se a realidade de gestão da maior parte dos municípios brasileiros, que são considerados de pequeno porte e apresentam dificuldades no planejamento do sistema, na regulação de prestadores e na construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população, já que não é possível e nem desejável, do ponto de vista de escala e qualidade, garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros (Souza, 2001).

Dentre as principais contribuições do Sistema Estadual de Regulação Assistencial, pode-se destacar o deslocamento do processo de regulação do acesso para a gestão pública.

Antes, os fluxos de acesso aos serviços de saúde eram assistemáticos, com usuários perambulando em busca de assistência nas situações de urgência e, onde cada

prestador regulava sua porta de entrada e seus próprios recursos assistenciais, desconsiderando as necessidades de alguns usuários, em detrimento de outros com demandas menos urgentes. Este comportamento muitas vezes, se dava em razão de questões financeiras, onde o acesso era definido pela possibilidade de maior ganho financeiro do prestador. As relações de compadrio e clientelismo, também permeavam o processo de acesso aos serviços de saúde, com conseqüente privilégio para alguns, sem considerar a prioridade assistencial.

Com a implantação das Centrais, as necessidades assistenciais do usuário são analisadas sob a lógica da equidade, visando responder da melhor forma, a quem mais precisa, com decisões baseadas na utilização de protocolos clínicos e operacionais para a tomada de decisões assistenciais. Com a regulação prévia das internações hospitalares, o médico regulador avalia a capacidade resolutiva do hospital de origem e só decide pela transferência inter-hospitalar ou intermunicipal, caso os recursos locais sejam insuficientes para o atendimento qualificado ao usuário. O usuário se beneficia com este processo, uma vez que sua transferência se dá de forma adequada e segura, com a garantia de leito e recursos para o seu atendimento.

O Sistema Estadual de Regulação, SUSFácilMG, ao atuar também como “observatório privilegiado” dos serviços de saúde, armazenando e tratando dados que representam as necessidades dos usuários, relacionando-os com a resolutividade real do serviços de saúde, fornece informações vitais e em tempo real, dos vazios assistenciais, possibilitando reordenar o planejamento e alocar os investimentos, buscando a transformação e qualificação da assistência.

O SUSFácilMG, através de seus relatórios gerenciais e indicadores tem atuado fortalecendo o monitoramento dos contratos de prestação de serviços de saúde, em

conseqüência dos investimentos realizados pelo Governo de Minas para a qualificação da gestão e da assistência prestada pelos hospitais micro e macrorregionais, através do Pro-Hosp.

O sistema trouxe à tona a necessidade dos prestadores públicos e conveniados, disponibilizarem agendas de consultas e exames especializados ambulatoriais, quadro de leitos atualizados e recursos disponíveis para as Centrais de Regulação. Assim, criou-se uma relação direta de uso da oferta cadastrada, fazendo com que prestadores, gestores municipais e estadual, responsáveis pela manutenção das informações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), buscassem dinamizar e qualificar a atualização dos bancos de dados (Fortier, 2008).

A Programação Assistencial é base da operacionalização dos fluxos assistenciais eletivos e um norte na definição dos fluxos de usuários em situação de urgência ou emergência, não podendo, entretanto, ser fator de exclusão para o acesso ao usuário. Neste sentido, visando aumentar a potencia do processo de regulação assistencial, a SES-MG, através da CIBSUS-MG pactuou, a criação de uma Câmara de Compensação que garantisse aos municípios executores e prestadores o pagamento dos extrapolamentos do teto financeiro da média e alta complexidade, decorrentes do atendimento à população referenciada. Os recursos financeiros são provenientes do Tesouro Estadual. Destaca-se ainda, que distorções sistemáticas nos fluxos pactuados geram processos periódicos de remanejamento da PPI.

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais tem sido considerado uma experiência inovadora. Até o momento apresentamos o Sistema a gestores de saúde e técnicos da área de saúde de 13 estados da Federação.

## **5.1 - SOLUÇÕES ADOTADAS PARA A SUPERAÇÃO DOS PRINCIPAIS OBSTÁCULOS ENCONTRADOS**

O Estado de Minas Gerais com sua extensa área territorial de 588.383Km<sup>2</sup> e com seus 853 municípios, apresenta importantes diferenças e desigualdades socioeconômicas, geográficas e culturais. A concentração populacional varia de região para região, entretanto pode-se observar um maior desenvolvimento e acúmulo de recursos nas macrorregiões Centro, Sul, Sudeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul, sendo que, em oposição a esta situação, nas macrorregiões Norte, Nordeste e Noroeste do estado existem ainda áreas de extrema pobreza.

Essas desigualdades se manifestam na distribuição e na capacidade de respostas aos problemas de saúde da população usuária, com reflexo direto nos indicadores de saúde. Esta situação é agravada quando se reconhece que grande parte da morbimortalidade poderia ser evitada mediante acesso dos usuários aos serviços de saúde de maneira equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

A decisão pela implantação de 13 Centrais de Regulação, nos municípios pólo macrorregionais, se configura como um avanço histórico nos serviços de saúde no Estado. O paciente deixa de peregrinar em busca de leitos, principalmente nas situações de urgência e emergência, passando a ser responsabilidade do estado, através do Sistema Estadual de Regulação Assistencial – SUSFácilMG. Além de buscar a garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde, funciona também como potente fonte de informação, sendo utilizado como ferramenta de análise e acompanhamento da assistência à saúde, facilitando a identificação, pelos gestores estadual e municipal, dos principais pontos de estrangulamento do SUSMG, possibilitando a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e identificar em tempo real as necessidades dos

cidadãos. As centrais funcionam também, como apoio logístico às redes assistenciais, ordenando fluxos, implementando progressivamente a regionalização da assistência, solidária e cooperativa. A presença da Regulação Assistencial em cada uma das Macrorregiões de Minas favorece este processo, através da atuação e apoio mais próximos, dos médicos coordenadores e reguladores das Centrais às áreas técnicas das Gerências Regionais de Saúde e aos gestores, em cada região. Os operadores das centrais têm também um papel importante: orientar e dar suporte aos demais operadores das secretarias municipais e dos prestadores de serviço da área de abrangência de cada Central, quanto à utilização adequada do sistema operacional informatizado.

Não podemos deixar de mencionar a importância da padronização de condutas e processos de trabalho, além da necessidade de capacitação dos médicos reguladores, o que vem sendo realizado através de definição de Fluxos Sistêmicos Básicos, Notas Técnicas emitidas pelo Núcleo Estadual e de vídeo – conferências com apresentação de temas assistenciais específicos, além de suporte remoto ou por telefone, pelos técnicos do nível central.

O tratamento das ocorrências registradas no SUSFácilMG é realizado sistematicamente pelo Núcleo Central e gera a emissão de Notas Técnicas para todos os envolvidos diretamente na situação em questão, representando um processo pedagógico de correção e adequação de processos de trabalho.

A possibilidade da democratização das informações tem sido eficaz para a revisão dos pactos assistenciais entre municípios e regiões, visando construção de propostas de correção das distorções, pleiteando a garantia da saúde como direito do cidadão e indicando a necessidade de corrigir as desigualdades e promover equidade.

Outro ponto importante e facilitador para superação de obstáculos a ser destacado é que, as informações oriundas das atividades de regulação assistencial, são capazes de estimular a integração e interlocução entre gestores e as várias áreas de atenção à saúde, possibilitando ainda, uma resposta mais qualificada a outras entidades, entre elas: o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Conselhos de Saúde, Ministério Público, Conselho Regional de Medicina com reflexos no processo de planejamento global e definição das prioridades da política de saúde, em cada região e adesão dos atores envolvidos.

Destaca-se ainda, que foi necessário um árduo processo de sensibilização e negociação em todo estado de Minas Gerais, com todos os envolvidos, para a mudança dos paradigmas vigentes, considerando a regulação de acesso como uma ação complexa atravessada por múltiplos interesses, sendo o maior desafio a compreensão dos diferentes cenários, sujeitos e ações. A política de priorizar o cidadão usuário do SUS, garantindo os direitos constitucionais tratados no capítulo da saúde, e, tendo claro o papel importantíssimo do Estado na definição e execução da regulação assistencial, em processo de co-gestão com os municípios, tem sido fundamental para que o mercado não produza iniquidades ao acesso aos serviços de saúde. Esta política adotada necessita ser trabalhada de forma contínua, em permanente evolução, a fim de ganhar cada vez mais credibilidade e confiabilidade, para viabilizar metas mais arrojadas, do ponto de vista da gestão.

## **6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. ***Pacto de gestão: garantindo saúde para todos*** / Ministério da Saúde,

Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. –  
Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

Prado S. R. L. A., Fujimori, E., Cianciarullo, T. I. A prática da integralidade em  
modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança *Texto*  
*Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 399-407

Souza, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde *Ciência & Saúde*  
*Coletiva*, 6(2):451-455, 2001

Fortier, Cláudio Costa. **Contribuições da Central Estadual de Regulação do SUS –  
CRESUS no Acesso aos Serviços Públicos de Saúde no Estado do Ceará.** Acessado  
em: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/995.pdf> (10 de setembro de 2008)