

Sistema Estadual de Regulação Assistencial: Avanços e Desafios

MINAS GERAIS - 2010

INTRODUÇÃO

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 condicionam 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.

OBJETIVOS

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.

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

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. Estas foram desenvolvidas sob a coordenação da Superintendência de Regulação (SR), e envolveram várias outras Superintendências/Gerências da SES/MG 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.

Destaca-se, ainda, um árduo processo de sensibilização e negociação em todo estado de Minas Gerais, com todos os atores 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 co-gestão com os municípios, tem sido fundamental no processo de correção das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Esta política adotada necessita ser trabalhada de forma contínua, em permanente evolução, a fim de ganhar mais credibilidade e confiabilidade, para viabilizar metas, cada vez mais arrojadas, do ponto de vista da gestão pública, subsidiando com relatórios e indicadores a análise, planejamento e tomada de decisões das instituições envolvidas.

São beneficiados diretamente pela atuação das Centrais Estaduais 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 munícipes estão pactuadas nos municípios de maior porte populacional, onde há maior agregação tecnológica e especialização de recursos humanos na prestação de assistência à saúde.

O Sistema de Regulação Assistencial funciona também como ferramenta de gestão que integra todas as áreas envolvidas com os processos regulatórios. Desta forma, constituem unidades operacionais do sistema:

- Secretaria Estadual de Saúde: responsável pela administração da rede de unidades operacionais do complexo regulador, cabendo à mesma a definição e manutenção dos parâmetros operacionais do sistema, bem como do repositório de dados corporativos utilizados pelas demais unidades operacionais. Cabe também a SES-MG o papel de coordenador maior das Centrais Macrorregionais acompanhando e analisando os resultados alcançados dirimindo problemas de cunho político e estratégico e definindo políticas operacionais para os demais pontos de utilização do sistema.
- Secretarias Municipais de Saúde: responsáveis pelo acompanhamento e controle das referências de pacientes de seus municípios para outros. Os municípios/gestores municipais deverão também utilizar o sistema como ferramenta auxiliar na identificação de problemas e/ou desajustes na Programação Pactuada e Integrada (PPI Assistencial), buscando adequar cada vez mais as informações que norteiam a regulação dos atendimentos de referência.
- Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial: responsáveis, cada uma em sua área de abrangência específica, pela execução direta das atividades dos módulos assistenciais implantados, prestando também

suporte operacional e informacional às respectivas unidades operacionais.

- Unidades de Agendamento de Procedimentos Eletivos: responsáveis pelo agendamento de procedimentos eletivos ambulatoriais e hospitalares.
- Estabelecimentos de Saúde: unidades executoras de serviços de assistência à saúde à população e responsáveis pela alimentação do Sistema com informações sobre atendimentos realizados, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. Em caso das internações de urgência, os hospitais deverão utilizar o Sistema para troca de informações em tempo real com as Centrais de Regulação (módulo urgência-emergência), para transferir ou receber pacientes de referência.

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: 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.

Implantação do SUSfácil MG



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

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. 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. Os profissionais supracitados, através do processo de Seleção Interna, foram investidos da função de Autoridade Sanitária, conforme Decreto Estadual nº 45015, de 19/01/2009 e Lei Delegada 174, de 26/01/2007.

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 turnos diurnos 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.

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 visualizadas no esquema abaixo:

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: Gerencias Regionais de Saúde, Gestores Municipais, Prestadores do SUS, Ministério Público, Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, etc.

O **Mapeamento de Unidades Operacionais** compreendeu o levantamento, a identificação e a inserção dos dados relativos a todas as unidades operacionais integradas à Central de Regulação, via importação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). 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, Operadores e Médicos das CR passaram por **Treinamento Operacional/Capacitação** para compreensão do processo de regulação assistencial e utilização adequada do Software.

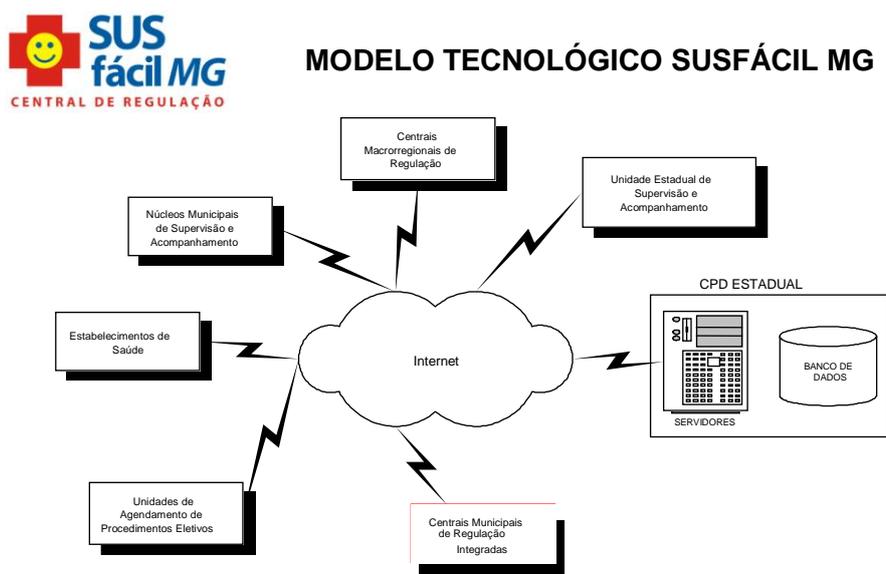
Após a capacitação inicial, uma equipe de apoio técnico do Núcleo Estadual (SR/SESMG) e da consultoria permanecia por cerca de dois meses acompanhando o processo de operação de cada Central. Este apoio operacional permanece e é realizado por telefone ou on-line, tanto pela equipe

da SR/SESMG, quanto pela consultoria. O suporte remoto ocorre também através dos operadores macrorregionais, utilizando um chat do sistema, com registro documental das comunicações. Sempre que necessário após avaliação, o grupo técnico se desloca para as CR para monitoramento e acompanhamento mais próximos.

O software SUS Fácil - MG 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.



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.

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 de 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 que orientam o processo de regulação:

O primeiro passo do processo de avaliação pela CR da solicitação de internação/transferência de urgência e emergência 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

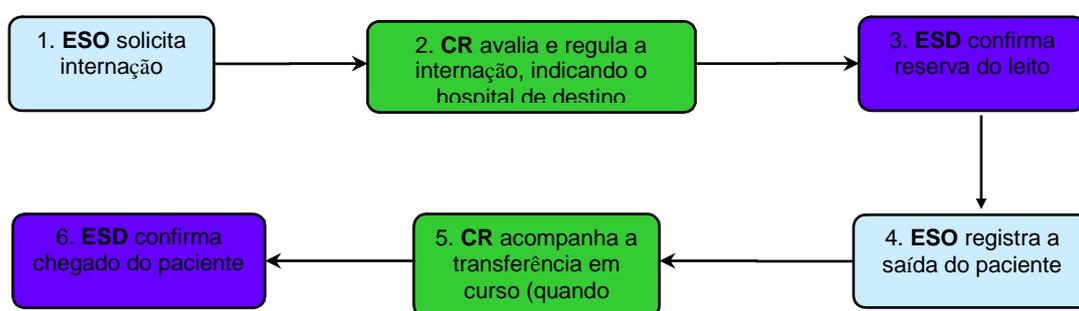
regulador registrar **pendências**. O sistema permite ainda a consulta do histórico assistencial do paciente.

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.

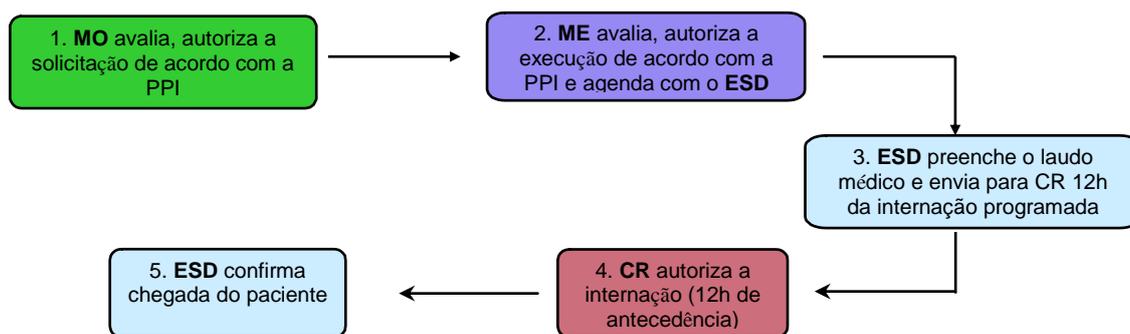
Definido o estabelecimento executor, uma solicitação de reserva é encaminhada de forma on-line para o mesmo. Caso o estabelecimento negue a reserva de leito, deverá apresentar uma justificativa técnica pertinente e outro estabelecimento será consultado até que a reserva se concretize. Após a aceitação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



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

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.



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

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. Em dezembro/2008, foi implantado na Macrorregião Norte o primeiro Complexo Regulador.

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
- 08 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 Macrorregionais de Regulação foram da ordem de vinte e quatro milhões de reais (R\$24.000.000,00), oriundos do Tesouro Estadual e que foram utilizados ao longo dos primeiros dois anos de implantação.

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

O Governo Estadual forneceu a cada Central de Regulação:

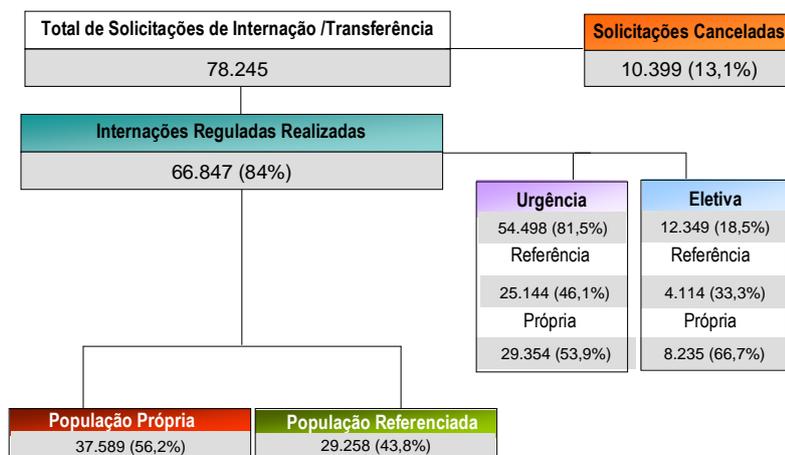
- Área física;
- Equipamentos e Mobiliário;
- Conectividade à Internet em banda larga;
- Recursos humanos capacitados.

RESULTADOS

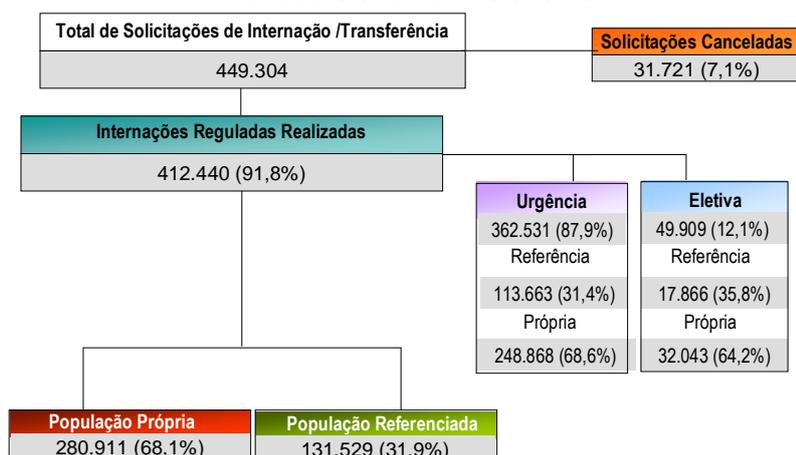
Como um instrumento de apoio gerencial, o Sistema Estadual de Regulação Assistencial – SUS Fácil - MG fornece informação de suporte às decisões dos gestores envolvidos (estado e municípios), obtidas principalmente através de relatórios e indicadores.

Durante o período de janeiro de 2006 a dezembro de 2008, foram solicitadas às Centrais de Regulação 1.233.395 internações, sendo 1.138.763 (92%) de internações reguladas e efetivadas. Do total de internações efetivadas, 999.536 (88%) foram internações de urgência. Para o atendimento da população de referência intermunicipal, foram reguladas e efetivadas 363.051 internações, representando 32% das internações reguladas no período.

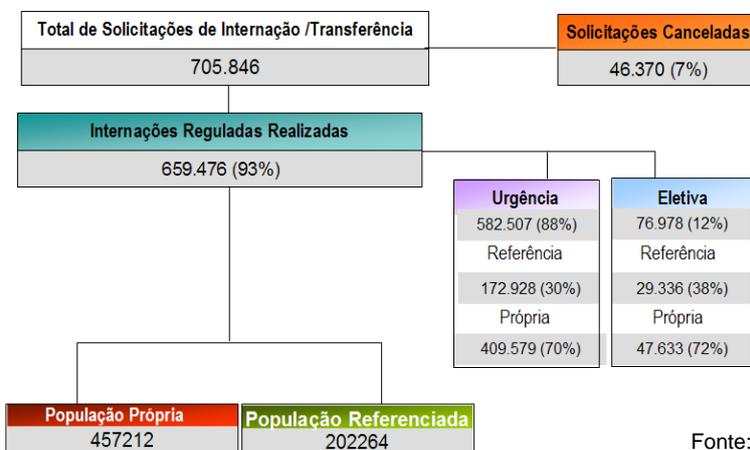
ESTADO DE MINAS GERAIS
Período: 01/01/2006 À 31/12/2006



ESTADO DE MINAS GERAIS
Período: 01/01/2007 À 31/12/2007



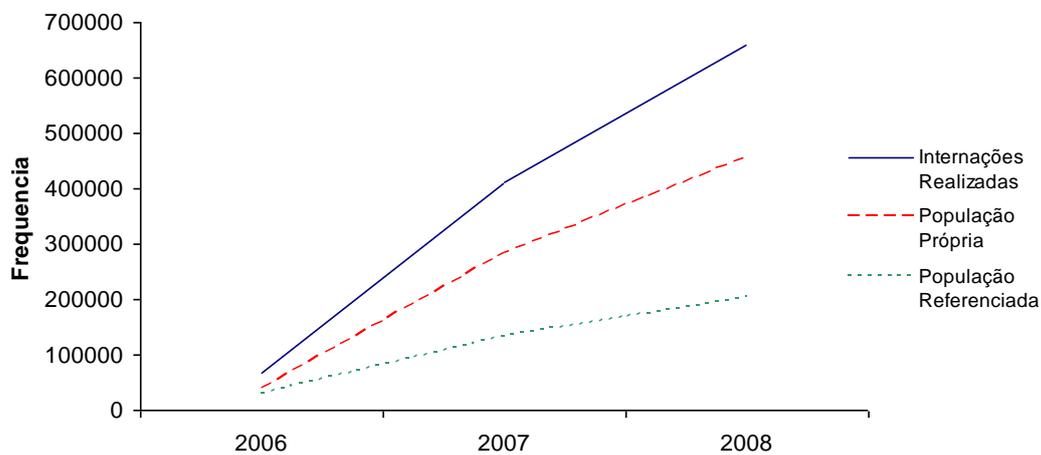
ESTADO DE MINAS GERAIS
Período: 01/01/2008 À 31/12/2008



Fonte: SUSFacilMG

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

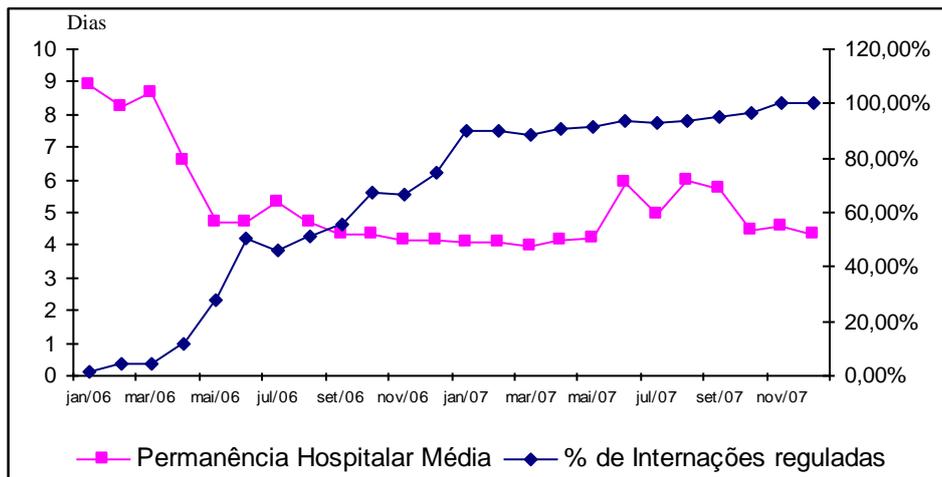
Como pode ser observado na Figura 5, ocorreu uma expressiva evolução no número de internações reguladas e efetivadas quando comparamos os anos de 2006, 2007 e 2008, passando de 66.847 internações em 2006 (média mensal de 5.571) para um total de 412.440 em 2007 (média mensal de 34.370). Já em 2008, 659.476 internações foram reguladas, com média mensal de 59.956, representando um aumento exponencial da média mensal de cerca de 10 vezes em relação à média do primeiro ano de funcionamento das Centrais.



Fonte: SUSFácilMG

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

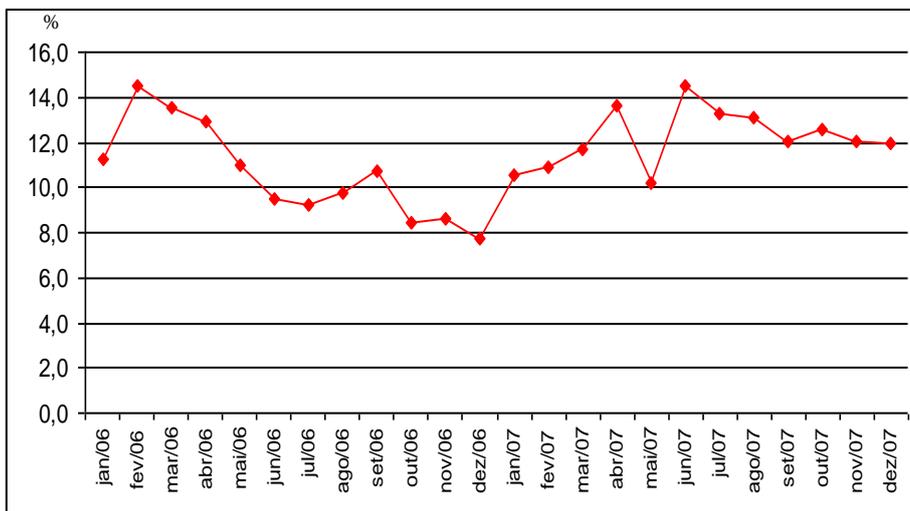
À medida que o percentual de internações reguladas aproxima-se de 100%, a média de permanência hospitalar dos pacientes cai e passa a girar em torno de 4 a 5 dias, indicando uma possível otimização do uso do recurso leito hospitalar, levantando a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema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

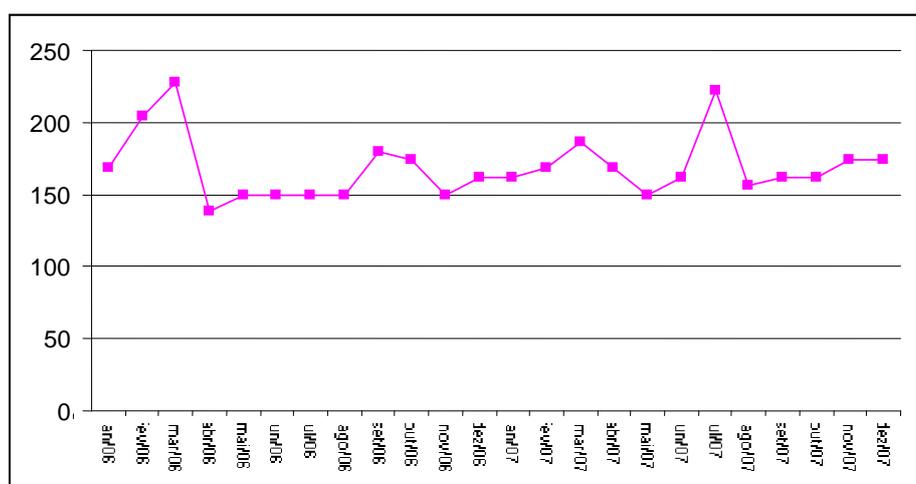
O acompanhamento do planejamento através das metas físicas pactuadas na PPI Assistencial, por município de destino, mostra distorções que giram em torno de 11,4% das metas pactuadas no período avaliado (2006-2007), apontando a necessidade de correção e adequação dos pactos intermunicipais, através de 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 janeiro de 2009, com a média de agendamentos girando em torno de 50.000 procedimentos/mês. Apesar da expressiva evolução deste 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).

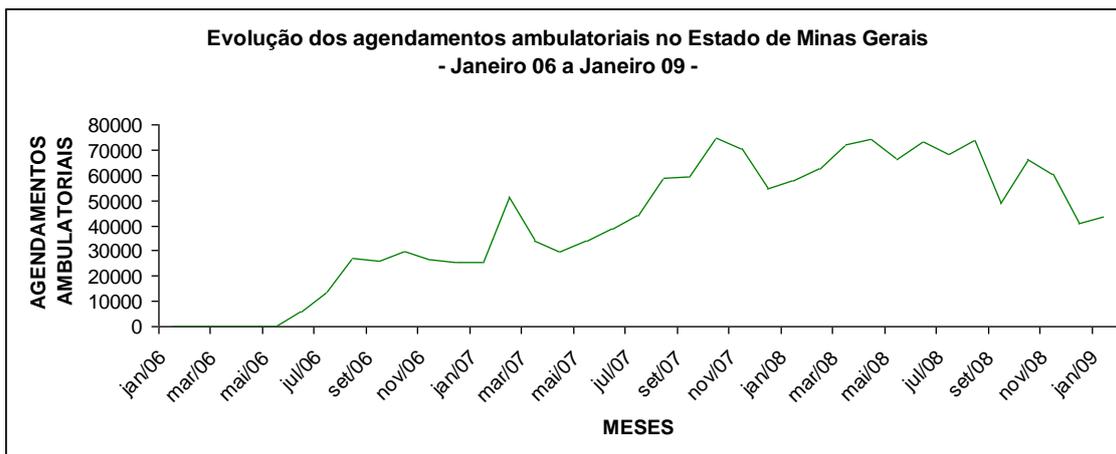


Figura 10 – Evolução dos procedimentos ambulatoriais agendados pelo SUSFácilMG, no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2009.

Conclusões

O Estado de Minas Gerais, com sua extensa área territorial de 588.383Km² 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 morbi-mortalidade poderia ser evitada mediante acesso dos usuários aos serviços de saúde de maneira equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

A Construção do Sistema Estadual de Regulação Assistencial funcionou como ação catalisadora do processo democrático e solidário entre as esferas de gestão no SUSMG. Subsidiu os gestores na contratação de prestadores, no controle e avaliação dos serviços de saúde, no acompanhamento da

programação assistencial, entre outras funções de gestão reforça 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.

A decisão pela implantação de 13 Centrais Macrorregionais de Regulação nos municípios pólos 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 – SUS Fácil - MG.

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 benefício 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 resolutive 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.

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 SUS Fácil - MG é realizado sistematicamente pelo Núcleo Central e gera a emissão de Notas Técnicas para todas os envolvidos diretamente na situação em questão, representando um processo pedagógico de correção e adequação de processos de trabalho.

O SUSfácilMG, através de seus relatórios gerenciais e indicadores, tem atuado fortalecendo o monitoramento dos contratos de prestação de serviços de saúde, em consequência 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 do usuário. Neste sentido, visando aumentar a potencia do processo de regulação assistencial, a SES-MG, através da Comissão Intergestores Bipartite Estadual, pactuou a criação de uma Câmara de Compensação que garantisse aos municípios executores e prestadores o pagamento dos extrapolamentos dos tetos financeiros da média e alta complexidade decorrentes do atendimento à população referenciada, com recursos financeiros estaduais e federais (Deliberação CIB-SUS/MG nº 404

(06/12/2007). Destaca-se, ainda, que distorções sistemáticas nos fluxos pactuados geram processos periódicos de revisão e remanejamento da PPI.

Destaca-se, ainda, que o Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais tem sido considerado uma experiência inovadora e exitosa. Até o momento apresentamos o Sistema à gestores de saúde e técnicos da área de saúde de 13 estados da Federação.

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.

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 Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde, Conselhos Municipais 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.

Para 2008, a SES/MG definiu pela incorporação ao Sistema SUS fácil de duas novas funcionalidades que visam dar continuidade à melhoria progressiva do desempenho do Sistema Estadual de Regulação Assistencial: Programação Pactuada Integrada - PPI Eletrônica e Autorização de Internação Hospitalar e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - AIH e APAC Eletrônicas. Tais funcionalidades vão promover a descentralização, facilitar a

organização e melhorar a gestão da utilização da AIH e APAC por parte dos municípios e da SES.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União 1990; 20 set.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.

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

MINAS GERAIS. PDR-Plano Diretor de Regionalização Assistencial, Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Planejamento e Coordenação. Belo Horizonte: Coopmed, 2002.

BRASIL. 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.

MINAS GERAIS. Lei Delegada 174 de 26 de janeiro de 2007.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 404, de 06 de dezembro de 2007.

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

FORTIER, CC. *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)

MINAS GERAIS. Decreto 45015 de 19 de janeiro de 2009.