



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE - 2016

A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a
demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde: o caso do Rio
Grande do Sul

Trabalho de Conclusão de Curso
para obtenção de título de
Especialista em Economia da
Saúde

Carmen Luisa Teixeira Bagatini

Orientadora: Professora Janice
Dornelles de Castro

Porto Alegre-Rio Grande do Sul

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE - 2016

A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a
demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde: o caso do Rio
Grande do Sul

Trabalho de Conclusão de Curso
para obtenção de título em
Economia da Saúde.

Carmen Luisa Teixeira Bagatini

Orientadora: Janice Dornelles de
Castro

Porto Alegre-Rio Grande do Sul

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE - 2016

Orlando Afonso Valle do Amaral
Reitor
Manoel Rodrigues Chaves
Vice-Reitor
Maria Clorinda Soares Fioravanti
Pró-Reitora de Graduação
Jesiel Freitas Carvalho
Pró-Reitor de Pós-Graduação
Maria Clorinda Soares Fioravanti
Pró-Reitora de Pesquisa e Inovação

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG

Bagatini, Carmen Luisa Teixeira

A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde [manuscrito] /
Carmen Luisa Teixeira Bagatini. - 2017.

30 f.: il.

Orientador: Prof. Janice Dornelles de Castro.

Trabalho Final de Curso (Especialização) - Universidade Federal de
Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP),
Programa de Pós-Graduação em Economia, Cidade de Goiás, 2017.

Bibliografia. Anexos.

Inclui tabelas.

1. Economia da saúde. 2. Necessidade. 3. Demanda. 4. Oferta. I.

Castro, Janice Dornelles de, orient. II. Título.

CDU 614

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Este documento pode ser reproduzido na íntegra, desde que citada a fonte.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE - 2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

O conteúdo dessa página será enviado já formatado e com os nomes da banca de cada aluno para inclusão nesse local.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE - 2016

AGRADECIMENTOS

À Deus por ser minha fortaleza.

À Gilmar Bagatini por entender as ausências.

À Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul a oportunidade para realizar este curso a fim de aumentar meus conhecimentos na área e qualificar minhas atividades no exercício do cargo.

À diretora da Assessoria Técnica e de Planejamento Aglaé Regina Silva pela oportunidade de participar do curso.

À direção do Departamento de Regulação do Estado e à coordenação da Central de Regulação Ambulatorial pela oportunidade de continuar no curso.

À professora Janice Dornelles de Castro por ter aceito ser minha orientadora e sua a disponibilidade para orientação.

À Coordenação, professores e tutores do curso por entenderem a fragilidade da vida e a importância da família.

Ao Ministério da Saúde a oportunidade ofertada aos profissionais da saúde para aprendizado e qualificação.



RESUMO

A Política Nacional de Regulação do SUS estabelece o Complexo Regulador para fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas. Para adequada alocação de recursos com eficiência e eficácia, é necessário entender a diferença entre necessidade, oferta e demanda e o desequilíbrio da área da saúde devido a imperfeição do mercado. Esta pesquisa se constitui de um estudo de caso, com delineamento de uma pesquisa bibliográfica e documental. Objetivos: Analisar a regulação como função do gestor na adequação da demanda de cuidados de saúde, oferta de serviços e necessidade em saúde; Apresentar e discutir a proposta da Política Nacional de Regulação para a central ambulatorial; Apresentar e discutir a proposta da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) para a central de regulação ambulatorial; e Comparar a proposta da Política Nacional de Regulação com a estratégia utilizada pela central de regulação ambulatorial da SES/RS, analisando sua capacidade de organizar a oferta e demanda de serviços de saúde. O binômio oferta-demanda é fortemente influenciado pela imperfeição do mercado onde a ocorrência de riscos ou incerteza (demanda individual irregular e imprevisível decorrente de um agravo ou doença), “risco moral” (aspectos do indivíduo que não colabora para manutenção da vida saudável), externalidades (consideradas positivas devido a inexistência de rivalidade e de exclusão de consumo), distribuição desigual da informação (centrada no conhecimento técnico dos profissionais de saúde) e existência de barreiras (decorrente da regulamentação e controle social) pode induzir ao uso abusivo e ao desperdício das ofertas. Entre as atribuições da Regulação do acesso destaca-se a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma adequada garantindo o princípio da equidade.

Palavras Chave: economia da saúde, necessidade, demanda e oferta



ABSTRACT

The National Policy of Regulation of the SUS establishes the Regulatory Complex to manage the occupation of beds and agendas. To properly allocate resources efficiently and effectively, it is necessary to understand the difference between need, supply and demand and the imbalance of the health area due to market imperfection. This research consisted of a case study, with a bibliographic and documentary research design. Objectives: To analyze the regulation as a function of the manager in the adequacy of the demand for health care, service provision and health need; Present and discuss the proposal of the National Regulatory Policy for the ambulatory center; To present and discuss the proposal of the Health Department of the State of Rio Grande do Sul (SES / RS) for the ambulatory regulation center; And Compare the proposal of the National Regulation Policy with the strategy used by the SES / RS outpatient regulation center, analyzing its capacity to organize the supply and demand of health services. The supply-demand binomial is strongly influenced by the imperfection of the market where the occurrence of risks or uncertainty (irregular and unpredictable individual demand due to an injury or illness), "moral hazard" (aspects of the individual that does not collaborate to maintain a healthy life) , Externalities (considered positive due to lack of rivalry and exclusion of consumption), unequal distribution of information (centered on the technical knowledge of health professionals), and the existence of barriers (resulting from social regulation and control) may lead to abusive use and Waste of offers. Among the attributions of the Access Regulation is the guarantee of access to health services in an adequate manner, guaranteeing the principle of equity.

Keywords: health economics, need, demand and supply



SUMÁRIO

Introdução.....	9
Justificativa	11
<u>Objetivos.....</u>	<u>13</u>
Método	13
<u>Revisão Bibliográfica.....</u>	<u>14</u>
<u>Resultados e Discussão.....</u>	<u>22</u>
Conclusão.....	30
Referências.....	32
Anexo 1.....	37

Introdução

A lei orgânica de saúde, lei nº 8080, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Esta lei instrumentalizou o funcionamento do SUS através da regulamentação das ações e serviços de saúde e definiu os seus princípios.

Entre os princípios do SUS, destacam-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, descentralização político-administrativa, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas de gestão, capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e a organização dos serviços públicos.

A fim de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, regulando o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, entre outros fatores, foi instituída a Política Nacional de Regulação do SUS, lei nº 1559, 01/08/08. Esta Política prevê que as ações estão organizadas em três dimensões de atuação integradas entre si, quais são: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

No que tange a regulação de acesso à assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial), seus objetos são: a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e os sujeitos os gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Entendendo que cabe ao gestor estadual a regulação das referências intermunicipais através da coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes. É necessário além da regulação

médica, o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados, a padronização das solicitações de procedimentos por meio de protocolos assistenciais e o estabelecimento de referências entre as unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

As atribuições da regulação do acesso envolvem: garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e da integralidade; fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; subsidiar o processamento das informações de produção; e subsidiar a programação pactuada e integrada.

Para efetivar as atribuições da regulação do acesso, os gestores devem criar os complexos reguladores para fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e executar a regulação médica do processo assistencial.

Os complexos reguladores consistem na articulação e na integração de centrais de atenção a internações, a consultas e a serviços especializados e a sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, com base em protocolos de atenção à saúde.

[...] Os complexos reguladores compõem os sistemas logísticos, um dos componentes das redes de Atenção à Saúde que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2009) (CONASS, 2017).

Os objetivos dos complexos reguladores são: organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde mais adequados e oportunos, com base nos protocolos clínicos; organizar a oferta de ações e

serviços de saúde e adequá-la às necessidades e demandas da população; oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento; otimizar a utilização dos recursos disponíveis; subsidiar o processo de controle e avaliação; subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e; reorientar o planejamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p.31).

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul criou o complexo regulador e neste espaço vem realizando a regulação do acesso visando a qualificação das solicitações e o direcionamento de forma adequada e em tempo oportuno dos usuários às consultas ofertadas pelo município de Porto Alegre aos residentes do interior. Ao refletir sobre a função de regulação do acesso assumida pela gestão estadual, este estudo procura identificar como esta função se aproxima do que foi proposto pelo Ministério da Saúde e os avanços da Secretaria na perspectiva da discussão da economia de escala, onde é necessário entender o que é demanda, necessidade e oferta; e também sobre eficiência e efetividade.

Justificativa

O modelo assistencial brasileiro está caracterizado por uma forte expansão da atenção básica e precária articulação deste nível de atenção com os demais níveis (média e alta complexidade) (PIOLA et VIANNA, 2009, p. 48).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, afirma que a Atenção Básica é a principal porta de entrada do usuário e o centro de comunicação da Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011). Na perspectiva das RAS, a Atenção Básica deve ser resolutiva e atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde, ordenar e coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes e ser responsável pela saúde da população usuária adscrita nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários (MENDES, 2012, p. 21).

A desarticulação entre os níveis de atenção é exacerbada pela insuficiência ou inadequação da oferta de serviços de média complexidade, decorrentes em grande parte do subfinanciamento desse nível de atenção e, má distribuição territorial dos serviços especializados grande concentração espacial das consultas especializadas (PIOLA et VIANNA, 2009, p. 51). Para os usuários do SUS, a fila de espera é uma fonte de insatisfação (PIOLA et VIANNA, 2009, p. 52).

[...] as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico e a constante busca por novas técnicas de diagnose e terapêuticas geram um forte interesse e uma pressão da população e dos profissionais de saúde para a introdução dessas novas tecnologias e dos procedimentos que possam melhorar a capacidade de resposta às doenças prevalentes e atender às necessidades da população. (BRASIL, 2011, p. 10)

A necessidade em saúde reconhece que a oferta e a demanda não interagem de maneira convencional pois, a demanda não é autônoma e a oferta tem papel importante na determinação dos níveis de consumo (CASTRO, 2002, p. 132).

O gestor ao assumir o papel de regulador não busca somente a eficiência econômica mas, a eficácia e a efetividade das ações de saúde (PIOLA et VIANNA, 2009, p. 36).

Os complexos reguladores foram criados visando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde. A implantação da central de consultas e exames demanda uma pactuação entre os prestadores e o gestor, com a formalização de contratos; atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários; padronização da solicitação para consultas e exames através dos protocolos para encaminhamentos (de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos), criação de fluxos ágeis de referência e; integração com as ações de solicitação e de autorização de procedimentos (BRASIL, 2006, p. 13).

Ao criar o canal para a referência de uma unidade a outra, segundo fluxos e protocolos padronizados, permite-se a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabiliza-se a atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário (BRASIL, 2006, p. 13).

Esta pesquisa se propõe a refletir sobre o papel do gestor estadual, a discussão econômica da regulação e aponta não somente a economia de escala mas, a importância de ir além, refletir sobre eficácia e eficiência dos prestadores de média e alta complexidade contratados ou conveniados ao Sistema Único de Saúde.

Objetivos

Objetivo geral

- Analisar a regulação como função do gestor na adequação da demanda de cuidados de saúde, oferta de serviços e necessidade em saúde

Objetivos específicos

- Apresentar e discutir a proposta da Política Nacional de Regulação para a central ambulatorial analisando sua capacidade de organizar a oferta e demanda de serviços de saúde;
- Apresentar e discutir a proposta da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) para a central de regulação ambulatorial, analisando sua capacidade de organizar a oferta e demanda de serviços de saúde;
- Comparar a proposta da Política Nacional de Regulação com a estratégia utilizada pela central de regulação ambulatorial da SES/RS, analisando sua capacidade de organizar a oferta e demanda de serviços de saúde.

Método

Esta pesquisa consiste num estudo de caso. De acordo com Yin (1981, p. 23), o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência (GIL, 1999, p. 73).

O delineamento da pesquisa a constitui em uma pesquisa bibliográfica pois, foi desenvolvida a partir de material já elaborado (GIL,

1999, p. 65). Para Gil (1999, p. 65) em muitas situações a pesquisa bibliográfica através dos dados secundários é a maneira de conhecer os fatos passados.

E ainda a identifica como uma pesquisa documental, pois utilizou materiais que não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 1999, p. 66).

Cardoso (2000, p. 31) apud Handem et al (2008, p. 107) afirma que os documentos são utilizados como fonte de informação, indicação e esclarecimento que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador.

Os bancos de dados com os artigos, documentos e informações identificados para análise na pesquisa estão disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas páginas oficiais da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina, TelessaúdeRS e Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul.

Utilizou o método comparativo com o objetivo de ressaltar as diferenças e similaridades entre fenômenos ou fatos (GIL, 1999, p. 34) para criar o quadro comparativo entre a proposta do Ministério da Saúde e a realidade da SES/RS.

Revisão bibliográfica

Economia da Saúde – imperfeição de mercado

Os sistemas de saúde buscam a garantia do acesso universal, a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011, p. 10).

Os estados e municípios brasileiros enfrentam a crise econômica atual com dificuldades para pagamento de prestadores, funcionalismo e atividades afins. O Ministério da Saúde afirma que os gastos com a prestação de serviços de saúde têm aumentado nas últimas décadas e

consumido uma grande proporção de recursos dos governos (BRASIL, 2011, p. 10).

Para adequada alocação de recursos com eficiência e eficácia, o gestor da saúde deve entender a diferença entre necessidade, oferta e demanda para organização do acesso da população aos serviços de saúde.

Nem toda demanda é necessidade, porém, requer respostas. Nem toda necessidade é demandada pela população, no entanto, requer o discernimento do gestor para o seu enfrentamento. As demandas do usuário são geradas muitas vezes pelos serviços/ prestadores, e não pela necessidade (BRASIL, 2011, p. 16), ou seja, pela oferta do serviço.

Para os economistas a oferta é definida como a quantidade de um bem ou serviço que os produtores desejam vender e a demanda expressa a quantidade que os compradores desejam adquirir. Entretanto, a quantidade ofertada de um produto depende de alguns fatores: preço do produto, preço de outros produtos (substitutos ou complementares), preço dos fatores de produção e tecnologia; e a quantidade demandada depende do preço do bem, do preço dos outros bens (substitutos e complementares), da renda disponível do comprador e de suas preferências pessoais. A mudança em algum dos fatores resulta na variação da quantidade ofertada/demandada (VIANNA e SILVA, 2011, p. 59).

Na área da saúde esta relação entre oferta e demanda se diferencia por apresentar um desequilíbrio que se constitui na imperfeição do mercado. Os fatores que desequilibram este mercado, apontam a falha ou imperfeição do mesmo e são caracterizados pela ocorrência de riscos ou incerteza, “risco moral”, externalidades, distribuição desigual da informação e existência de barreiras.

A ocorrência de riscos ou incerteza é caracterizada pela demanda individual por serviços ser irregular e imprevisível, visto que ocorre decorrente de um agravo ou doença.

O “risco moral” é formado tanto por considerar aspectos do próprio indivíduo que não colabora para manter uma vida saudável pois, entende que ao adquirir um plano de saúde ou entender que o Sistema Único de

Saúde deve arcar com os tratamentos/procedimentos que por algum motivo faça necessário ou desejado sem aumentar o ônus já implícito no seu gasto individual; o aspecto do profissional de saúde que ao realizar a consulta indica procedimentos e/ou tratamentos para o paciente/familiar de acordo seu conhecimento técnico e tecnologia disponível e que o paciente confia na orientação/sugestão do profissional; outro aspecto é o profissional de saúde como prestador do serviço solicitado; além de considerar o aspecto de planos de saúde ou o estado como ente pagador o que não impõe uma restrição ao consumo de procedimentos/tratamentos para o usuário ou prescritos.

Na saúde as externalidades são positivas, e costuma ter o comportamento de um “bem público”, cuja principal característica é a inexistência de rivalidade e de exclusão no consumo, ou seja, todos podem consumir o mesmo bem ao mesmo tempo” (CASTRO, 2016). O principal exemplo são as vacinas, pois mesmo os que não são vacinados, serão beneficiados, pois a vacinação irá diminuir a probabilidade de transmissão de doenças para todos.

A desigualdade de informações está centrada no conhecimento técnico dos profissionais de saúde que prescrevem tratamento/procedimentos e a relação com os pacientes que desconhecem como estes impactarão na sua saúde ao optarem pela sugestão/orientação do profissional; os pacientes estão agindo sem o completo conhecimento das suas possibilidades de escolha, portanto não estariam assumindo um comportamento racional; e o profissional de saúde estaria agindo como agente, induzindo a escolha do usuário, e neste caso, não haveria independência entre a oferta e demanda, o que é fundamental para que ocorra a concorrência perfeita. Por isso, no caso da saúde, haveria a imperfeição de mercado.

Além disso, a existência de barreira de entrada no mercado, o que ocorre com a regulamentação e controle profissional, no caso do mercado perfeito deve ser possível aos agentes entrarem e saírem do mercado a qualquer momento de acordo com a oferta e a demanda. A regulação profissional impacta na formação de profissionais e na oferta de procedimentos e consultas, por exemplo. Atualmente, o Conselho Federal

de Medicina reconhece a existência de 55 especialidades médicas e 57 áreas de atuação médicas (Anexo 1).

Então, porque a área de saúde possui todas essas características pode-se dizer que é um mercado imperfeito, e nesse caso, deve haver regulação e controle do Estado nessa área, e é a partir dessa noção que foi construído o conceito de necessidade, que é um conceito exógeno, definindo burocraticamente a quantidade de serviços e cuidados de saúde que um indivíduo necessita. Utiliza-se de médias e das condições epidemiológicas da população.

Para Sancho e Silva (2013, p. 379) a necessidade é dada pela percepção de um indivíduo doente ou incapacitado, enquanto a demanda por cuidados em saúde advém da necessidade de um sujeito que deseja receber esse cuidado e a utilização do serviço quando há efetivação da atenção. Portanto, Sancho e Silva afirmam que a necessidade não é necessariamente expressa como demanda, e a demanda não é necessariamente seguida da utilização e, é possível haver demanda e utilização sem uma real necessidade.

Conill, Giovanella e Almeida (2011, p. 2789) ao analisarem o Sistema Nacional de Saúde espanhol identificaram que fatores culturais influenciam a demanda por determinados encaminhamentos da atenção primária para os serviços especializados; a existência de um mito com relação à algumas especialidades e atenção hospitalar; o uso de tecnologias, as vezes desnecessárias; e a prática da medicina defensiva para utilização exacerbada de provas diagnósticas aumentam a fila de espera por procedimentos neste nível de atenção.

Portanto, nesse mercado imperfeito da saúde não é possível aguardar o equilíbrio entre oferta e demanda. Existem usuários com necessidades de respostas em saúde que precisam que o estado assuma a função de regulação a fim de corrigir a distribuição de recursos, as iniquidades de acesso e propor políticas que respondam a essas necessidades.

Regulação em Saúde

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências define que o controle, a avaliação e a fiscalização das ações e serviços de saúde são competências dos gestores do SUS.

A regulação em saúde é uma das funções dos governos e um desafio para os gestores pois, para Oliveira e Elias (2011, p. 212) a regulação está vinculada às distintas ações: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação.

Os efeitos esperados pela regulação em saúde seriam:

- i. correção da má distribuição de recursos humanos e de equipamentos;
- ii. influência nas instituições de ensino para a formação de profissionais condizentes com as necessidades de saúde;
- iii. correção de iniquidades de acesso;
- iv. alinhamento do desempenho dos diversos prestadores com os objetivos dos sistemas de saúde;
- v. adequação do cuidado em todos os níveis do sistema;
- vi. controle do mercado, por meio da eliminação de seleção adversa e controle de preços. (OLIVEIRA e ELIAS, 2011, p. 209-210)

No Brasil, em 2002, a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade e criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde.

Esta portaria determinou que o processo de controle, regulação e avaliação da assistência devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde. As funções de controle e avaliação devem ocorrer nas dimensões: avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; relação com os prestadores de serviços; qualidade da assistência e satisfação dos usuários; e resultados e impacto sobre a saúde da população. A regulação da assistência deve ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que reúne unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros.

Somente em 2008 foi publicada a Política Nacional de Regulação do SUS que estabeleceu as ações de regulação organizadas em três dimensões:

- I- Regulação de Sistemas de Saúde: definido a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
- II- Regulação da Atenção à Saúde: definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e
- III- Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (BRASIL, 2008)

A Regulação do Acesso à Assistência tem como atribuições: garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e da integralidade; fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; subsidiar o processamento das informações de produção; e subsidiar a programação pactuada e integrada.

Na política de regulação está estabelecido que os complexos reguladores operacionalizam as ações de regulação de Acesso à Assistência. São atribuições do Complexo Regulador: fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e executar a regulação médica do processo assistencial.

A seguir é apresentado a organização do complexo regulador.

Complexo Regulador

O complexo regulador, quando criado na publicação da NOAS em 2002, foi estabelecido como um espaço do macroprocesso de planejamento sem muito detalhamento de suas especificidades. Somente em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), no componente da gestão foi definido a regulação como diretriz e detalhado os passos para sua criação, objetivo, composição e financiamento.

O complexo regulador foi criado como uma estratégia de regulação da oferta e a demanda através da organização de um conjunto de ações de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em saúde (BRASIL, 2006, p. 13).

O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - 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; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. (BRASIL, 2008)

Entre as ações necessárias para implantar/implementar o Complexo Regulador destacam-se a necessidade de ter o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do estado elaborado e pactuado entre os gestores e, a definição de fluxos de informações (para unidades solicitantes e executantes).

A ação regulatória, definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, é realizada por um profissional de saúde observando as questões clínicas e o cumprimento de protocolos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso (BRASIL, 2006, p. 17)

Os quatro processos de trabalho da ação regulatória envolvem: o levantamento e distribuição de cotas de procedimentos por prestador e por

unidade solicitante; a busca e disponibilização de leitos; o processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde e; a capacidade de análise crítica e discernimento do profissional regulador que resulte em decisões baseadas em evidências. O profissional regulador desenvolve suas atividades baseados em protocolos de regulação. Esses protocolos são instrumentos de ordenação de fluxos de encaminhamento que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao usuário, entre os níveis de complexidade da atenção (BRASIL, 2006, p. 17).

O Ministério da Saúde reconhece os avanços do SUS mas, aponta que a organização da atenção e da gestão do SUS é caracterizada pela fragmentação de serviços através das lacunas assistenciais; financiamento público insuficiente; configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção; fragilidades na gestão do trabalho; a pulverização dos serviços municipais e a pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção (BRASIL, 2010). E propõe a organização do modelo de atenção através das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. (BRASIL, 2010)

Os sistemas logísticos das Redes de Atenção à Saúde são ancorados nas tecnologias de informação e garantem uma organização racional dos fluxos de informações, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações entre os pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio (MENDES, 2011, p.137).

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais. Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde têm os seguintes objetivos: organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005) (MENDES, 2011, p. 146-147)

Entende-se que ao assumir o papel de regulador em saúde, o gestor assume as responsabilidades de organizar o acesso aos serviços de saúde obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS. Observa-se que este processo é realizado levando-se em conta a necessidade da população e o conhecimento técnico dos profissionais de saúde.

Resultados e Discussão

O gestor estadual ao realizar a função de Regulação Assistencial, entre outras responsabilidades, deve contribuir na otimização dos recursos de saúde, elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso com a pactuação entre os gestores de protocolos operacionais com o ordenamento do fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade, tentando maximizar a resolutividade em cada região ou macrorregião de saúde organizando pela regulação a oferta e demanda de serviços de saúde.

A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul criou o complexo regulador estadual vinculado ao Departamento Ambulatorial e Hospitalar e estabeleceu sua composição e funcionamento conforme a legislação. O complexo regulador foi elevado a Departamento Estadual de Regulação mas, ainda não houve alteração da estrutura da SES na Assembleia Legislativa. A figura 1 demonstra a composição do Complexo Regulador.

Figura 1. Composição do Complexo Regulador proposto pelo Ministério da Saúde e pela SES/RS

Complexo regulador	Ministério da Saúde	SES/RS
Estrutura	Complexo Regulador Estadual Complexo Regulador Regional Complexo Regulador Municipal	Em 2004 o Complexo Estadual foi formado com: 07 Complexos Reguladores Macrorregionais 01 Complexo Regulador dos Transplantes. Atualmente, sua composição é formada: Complexo Regulador Estadual 18 Centrais de Regulação Regionais
Composição	- Central de Regulação de Urgência - Central de Regulação de Internação - Central de Regulação Ambulatorial	- Central de Regulação das Urgências - Central de Regulação Hospitalar - Central de Regulação Ambulatorial - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/Central de Transplantes
Modelagem	Definida pelos estados. Com base no PDR, na PGASS/PPI e na organização da rede de saúde dos Estados.	Planejados de acordo com o Plano de Regulação Assistencial Estadual, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e com a capacidade instalada registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
Sistema informatizado de regulação	Sistema Nacional de Regulação (SISREG)	Inicialmente foi proposto o SISREG Atualmente: SISREG Gerenciador de Consultas (GERCON)

Fonte: CONASS e SES/RS. Figura elaborada pela autora.

A Central de Regulação Ambulatorial regula o acesso de pacientes não moradores da cidade de Porto Alegre às ofertas pactuadas (cotas e especialidades) para os prestadores da capital em conformidade às Redes de Atenção à Saúde pactuadas em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em um processo compartilhado com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Durante a consulta, na atenção básica, média ou alta complexidade, o médico assistente do paciente o encaminha para realização de uma consulta ou procedimento utilizando o documento de referência e contrarreferência; este documento é inserido pelo município de residência no sistema informatizado Gercon e a partir deste momento é iniciado o processo regulatório da CRA. A Figura 2

identifica como está organizada a Central de Regulação Ambulatorial no Complexo Regulador.

Figura 2 Organização da Central de Regulação Ambulatorial para regulação do acesso às primeiras consultas para os prestadores da cidade de Porto Alegre aos não moradores da capital

Sistema Informatizado de Regulação	Gerenciador de Consultas (Gercon)	
Protocolos de encaminhamento elaborados pelo Ministério da Saúde	Endocrinologia Nefrologia Cardiologia Ginecologia Hematologia	Proctologia Reumatologia Ortopedia Urologia
Protocolos de encaminhamento do Estado do Rio Grande do Sul ¹ elaborados pelo TelessaúdeRS	Cardiologia Cirurgia Torácica Dermatologia Endocrinologia Estomatologia Gastroenterologia Genética Ginecologia Hematologia Infectologia Mastologia	Nefrologia Neurocirurgia Neurologia Obstetrícia Ortopedia Pneumologia Proctologia Psiquiatria Reumatologia Urologia

Fonte: SES/RS e TelessaúdeRS (maio/2017)

As solicitações inseridas no sistema Gercon que aguardam a classificação e as que aguardam a disponibilidade para agendamento compõem a lista de espera. A figura 3 demonstra como está a fila de espera no sistema informatizado utilizado pela Central de Regulação Ambulatorial no Complexo Regulador.

Figura 3 Lista de espera (não residentes) para consultas médicas especializadas em Porto Alegre presentes sistema Gercon em fevereiro de 2017

	Número de especialidades (oferta de especialidades)	Número de solicitações na lista de espera (demanda)
Total de especialidades ofertadas no sistema informatizado Gercon	206	Não informado
Número de especialidades ofertadas no sistema informatizado Gercon para a SMS de Porto Alegre	206	Não informado
Número de especialidades no sistema informatizado Gercon com oferta reservada para a SES/RS	186	71.795

¹ A SES tem um projeto com o TelessaúdeRS denominado RegulaSUS com a finalidade de diminuir o tempo de espera para consulta especializada, priorizar o atendimento para os pacientes mais graves e resolver boa parte dos problemas de saúde dos usuários nos seus municípios de residência; através da teleconsultoria entre o médico e a enfermeira da atenção básica e a equipe do TelessaúdeRS e, a elaboração de protocolos de encaminhamento (TelessaúdeRS, 2017).

Fonte: SES na página da Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS)

A figura 4 apresenta os maiores déficits de consulta em especialidades para não residentes de Porto Alegre no sistema Gercon na Central de Regulação Ambulatorial.

Figura 4 Maiores déficits de consulta em especialidades para não residentes, oferta de Porto Alegre no sistema Gercon em março de 2017 por ordem da maior relação solicitação/cota

Especialidade	Total de solicitações na lista de espera	Cotas março/2017 em	Relação solicitação/cota
Cirurgia bariátrica	2.556	23	111,1
Proctologia	4.040	79	51,1
Genética médica	1.425	46	31,0
Reumatologia	3.123	115	27,2
Cirurgia plástica	4.989	242	20,6
Reabilitação	2.949	148	19,9
Urologia	4.318	253	17,1
Imunologia	544	33	16,5
Traumato/ortopedia	6.839	429	15,9
Gastroenterologia	3.936	298	13,2
Andrologia	199	16	12,4
Cirurgia vascular	4.004	323	12,4
Otorrinolaringologia	4.549	376	12,1
Oftalmologia	7.796	1.041	7,5
Dermatologia	4.119	611	6,7
Neurologia	2.777	420	6,6
Hematologia	759	118	6,4
Acupuntura	56	9	6,2
Cirurgia bucomaxilofacial	612	107	5,7
Neurocirurgia	1.108	213	5,2
Tratamento da dor	93	18	5,2
Cirurgia geral	3.026	682	4,4
Odontologia hospitalar	21	5	4,2
Endocrinologia	1.456	358	4,1
Ginecologia	3.432	998	3,4
Pneumologia	773	267	2,9
Psiquiatria	303	138	2,2
Cirurgia torácica	158	96	1,6
Nefrologia	156	171	0,9
Infectologia	100	111	0,9
Estomatologia	31	38	0,8
Linhas de cuidado ²	165	217	0,8
Oncologia	603	1.044	0,6
Pré-natal	145	267	0,5
Cardiologia	483	967	0,5

² A linha de cuidado é uma especialidade cuja demanda é identificada somente pelos hospitais. É utilizada para inserção de pacientes que foram atendidos na emergência dos hospitais e que necessitam ser regulados em menor tempo de espera para continuidade da assistência. Nesta especialidade é ofertado, por exemplo, a linha de cuidado da oftalmologia – disque retina.

Fisiatria	3	7	0,4
Medicina interna	29	96	0,3
Transplantes	67	378	0,2
Geriatrics	6	34	0,2
Pediatria	30	191	0,2
Cirurgia cardíaca	11	87	0,1
Adolescência	4	41	0,1
Doenças do trabalho	2	26	0,1
Homeopatia	0	23	0,0
Sexologia	0	16	0,0
Total	71.795	11.176	6,4

Fonte: SES na página da Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS)

Observa-se na figura 3 que existem 71.795 solicitações na lista de espera inseridas no sistema informatizado Gercon de não residentes da capital em 186 especialidades ofertadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre à CRA. Nem todas as especialidades cadastradas no sistema informatizado são ofertadas para a SES e as cotas (consultas) variam conforme cada especialidade e seguem a regra estabelecida pela Resolução CIB nº 237/2011, 45% da oferta é destinada para a CRA e 55% para a SMS de Porto Alegre.

A lista de espera é ordenada para agendamento, em primeiro lugar, pela classificação de risco e gravidade e, em segundo lugar, pelo critério cronológico da data de inserção da solicitação no sistema informatizado Gercon. “Essa metodologia provoca oscilações na posição de uma determinada solicitação – para frente (pela classificação da própria solicitação como prioritária) ou para trás (pela classificação de outras solicitações como mais graves)” (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 101).

A equipe multiprofissional da Central de Regulação Ambulatorial utiliza os protocolos para realização do processo regulatório e o mapa de referências das especialidades pactuadas nas regiões de saúde. Os municípios são orientados a seguir os protocolos a fim de inserir solicitações com o maior número de informações sobre o quadro clínico e tratamento realizado pelo paciente, são informados sobre a existência de serviços de média e alta complexidade pactuados regionalmente e, a utilizar a teleconsultoria ofertada pelo telessaúdeRS aos médicos e enfermeiros da atenção básica.

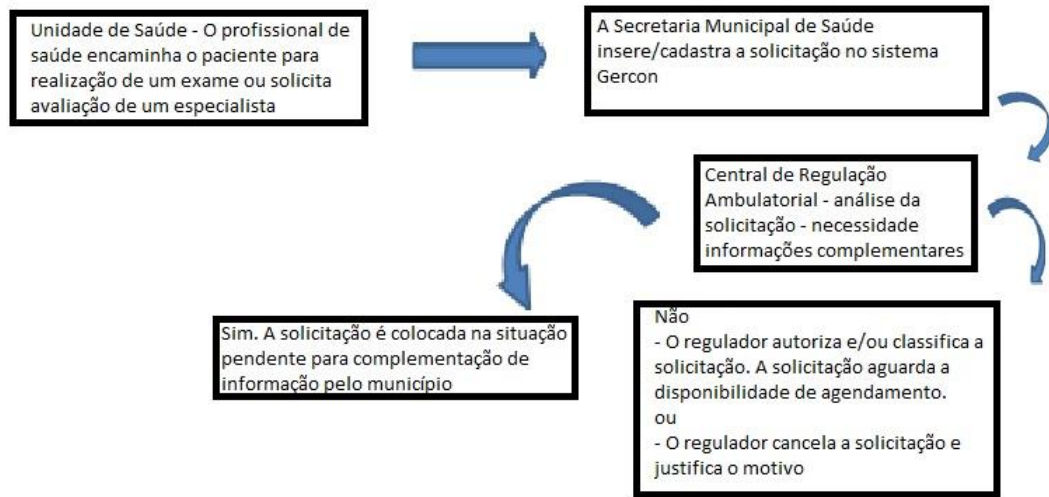
O telessaúdeRS apresentou estudos que demonstraram a redução da lista de espera por consultas especializadas quando os protocolos foram implantados (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 102). O uso de protocolos permitiu a qualificação das solicitações pois, norteia o profissional assistente a identificar o manejo adequado da assistência e inserir as informações necessárias para avaliação do regulador.

A falta de informações impossibilita uma regulação clínica das solicitações. Pacientes cujo manejo clínico pode ser realizado na APS fazem a demanda ser muito maior que a oferta, e dificultam o acesso aos pacientes realmente com necessidade de consulta em serviços especializados. O uso de protocolos de encaminhamento podem ajudar médicos da APS e da Regulação para tornar o acesso mais equitativo e em tempo adequado (34ª SEMANA CIENTIFICA DO HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE)

Estudos realizados pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo mostrou que pacientes com encaminhamento adequado, através de protocolos clínicos e de regulação, poderiam receber tratamento mais rápido, o que contribuiria para redução das listas de espera, riscos pós operatórios e custos para os doentes e o sistema de saúde (SÃO PAULO, 2017).

A Figura 5 apresenta o desenho do fluxo da regulação ambulatorial na SES/RS. Na unidade de saúde, o paciente é avaliado e o profissional de saúde o encaminha (através do documento de referência e contrarreferência) para realização de um exame ou uma avaliação com especialista. Este documento é digitado no sistema informatizado Gercon para início do processo regulatório da Central de Regulação Ambulatorial, a solicitação é classificada como aguarda regulação. Ao se verificar a necessidade de complementação de informações, a solicitação é colocada como pendente e o município deve responder ao solicitado no sistema. Ao identificar que a solicitação está em conformidade com os protocolos e mapa de referências das redes de atenção pactuadas, o regulador classifica e autoriza a solicitação para agendamento.

Figura 5 Fluxo da Regulação Ambulatorial na Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



Fonte: Figura elaborada pela autora.

Atualmente, estão pactuadas as referências das redes de oncologia, neurologia, cardiologia, ortopedia e nefrologia. A Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 228/2016 sinaliza que na disponibilidade de referências regionais pactuadas as Secretarias Municipais de Saúde podem cadastrar solicitações de consulta para a oferta de Porto Alegre, em casos excepcionais, porém, o agendamento ficará condicionado à avaliação da Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial. A DITA está organizada para que o hospital possa identificar a impossibilidade técnica para realização do procedimento desde que sejam os seguintes critérios: não ter habilitação legal (portarias do Ministério da Saúde, portarias da SES e/ou resoluções CIB); ter sido desabilitado para realização do procedimento indicado; não possuir especificidade técnica na região e; a interrupção temporária (catástrofe: incêndio, inundação, desabastecimento de energia elétrica; impedimento da vigilância sanitária) com a sinalização da situação e prazo para adequação.

No caso das solicitações inseridas na especialidade traumatologia/ortopedia, por exemplo, que ocupa a nona posição nos maiores déficits de consultas, observa-se que existem 6.839 encaminhamentos na fila de espera (figura 4) aguardando a oferta de

consultas no município de Porto Alegre. No estado do Rio Grande do Sul a oferta de consultas de média e alta complexidade em ortopedia está pactuada regionalmente de forma a contemplar a capacidade instalada dos hospitais/prestadores e a distância entre a residência do usuário e o município sede do estabelecimento de saúde, além de haver oferta de um protocolo específico para encaminhamento dos casos ortopédicos.

O processo regulatório é dinâmico e está em constante ajuste/adequação para a identificação mais rápida dos casos mais graves e o estabelecimento de saúde adequado para seguimento da avaliação do paciente, evitando deslocamentos desnecessários de pacientes e diminuindo o tempo de espera para as consultas. O uso de protocolos e a exigência do cumprimento dos contratos dos hospitais com a SMS e a SES buscam a otimização dos recursos públicos de forma a obter os resultados esperados com relação aos custos e planejamento adequado da utilização dos mesmos.

O binômio oferta-demanda é fortemente influenciado pela imperfeição do mercado onde a ocorrência de riscos ou incerteza (demanda individual irregular e imprevisível decorrente de um agravo ou doença), “risco moral” (aspectos do indivíduo que não colabora para manutenção da vida saudável), externalidades (consideradas positivas devido a inexistência de rivalidade e de exclusão de consumo), distribuição desigual da informação (centrada no conhecimento técnico dos profissionais de saúde) e existência de barreiras (decorrente da regulamentação e controle social) pode induzir ao uso abusivo e ao desperdício das ofertas/cotas.

Quando o estado assume a função de regulador busca através de embasamento técnico a elaboração de contratos/convênios com prestadores/hospitais responder às necessidades de saúde da população. A tomada de decisão baseada em evidências e análise situacional permite ao gestor responder a um sistema complexo, com grandes dificuldades de custeio e a desarticulação da atenção básica com a média e alta complexidade.

As ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação estão vinculadas a função de regulação portanto, espera-se

corrigir as iniquidades de acesso; garantir recursos para prevenção e promoção da saúde além dos cuidados curativos; correção da distribuição de recursos (financeiros e técnicos); estabelecimento de relações transparentes; adequação de cuidados em todos os níveis de atenção e; alinhamento do desempenho dos hospitais com a efetividade, eficiência e qualidade (RAMOS, 2003).

Observa-se que o processo regulatório está intrínseco no papel do gestor. Ao entender que a demanda surge da necessidade do paciente, da oferta do serviço, do profissional de saúde e do próprio paciente, entende que o desafio é regular de forma adequada para que o paciente que necessita da avaliação ou exame seja adequadamente classificado para que seu tempo de espera diminua e que o hospital identificado tenha a complexidade necessária ao procedimento solicitado. Encaminhar casos de média complexidade para serviços de alta complexidade oneram o sistema e a demora em fila de espera pode levar a complicações que afastem o paciente do serviço, aumentem a sobrecarga familiar, onera a previdência e ainda pode ocasionar o óbito ou incapacidade.

Conclusão

A organização da Central de Regulação Ambulatorial segue a proposta do Ministério da Saúde: utilização de protocolos, fluxos e sistema informatizado e; possui uma equipe multiprofissional A elaboração da Declaração de Impossibilidade Técnica como meio de colaborar com a avaliação dos casos excepcionais possibilita aos reguladores a tomada de decisão com base em critérios estabelecidos para autorização ou não das solicitações de especialidades com referência regional pactuada.

Destaca-se que a gestão da fila de espera não é tão somente a autorização ou não das solicitações, é um processo que deve ser amplamente discutido para além do monitoramento das filas de espera e/ou ampliação da oferta para garantia do acesso oportuno; deve avançar no monitoramento da qualidade dos sistemas de saúde de modo a enfrentar uma utilização de serviços pouco eficiente e enfrentar o desafio

político e a disputa de projetos tecno-assistenciais (CONILL, GIOVANELLA e ALMEIDA, 2011, p. 2791-2792).

A discussão da regulação de acesso e sua potência como mecanismo de tensionamento para organização da oferta e demanda aos serviços especializados no campo da economia da saúde objetiva apontar a necessidade da pactuação constante entre os gestores, os prestadores e as entidades de formação profissional.

Observa-se que a gestão estadual vem cumprindo o seu papel de regulador do acesso ao organizar fluxos, utilizar protocolos, exigir a declaração de impossibilidade técnica e a complementação de informação. Entretanto, é necessário ampliar a discussão para que a atenção básica dos municípios reflita sobre os processos de encaminhamento de forma que a necessidade em saúde possa ser respondida, a formação profissional e necessidade de ter ofertas no território.

A SES qualificou a equipe de regulação ao torná-la multiprofissional e ao realizar o projeto com o telessaúdeRS, a fim de permitir a discussão das solicitações conforme os protocolos pactuados e embasar tecnicamente os solicitantes para manejo e direcionamento para os serviços pactuados regionalmente. O uso do recurso da teleconsultoria qualifica os solicitantes para identificarem alternativas para o manejo clínico da necessidade em saúde do paciente, qualifica os profissionais da atenção básica e o uso dos protocolos permite reconhecer os riscos e gravidade dos casos encaminhados e em processo de regulação a fim de identificar o prestador indicado para realização do procedimento solicitado em tempo oportuno.

Entender a diferença entre necessidade em saúde, demanda em saúde e oferta deve fazer parte do cotidiano do gestor. A função de regulação assumida pressupõe o entendimento que o usuário/paciente procura respostas a questionamentos que se materializam como solicitações/encaminhamentos. Estes, por sua vez, são o misto de demandas de profissionais de saúde, necessidade de saúde do usuário e a oferta dos prestadores/hospitais. Os fatores que influenciam o mercado da saúde são os que geram a demanda do próprio mercado, a necessidade de regular este acesso surge, entre outros fatores, da oferta que é limitada

pela própria capacitada instalada dos serviços (incluindo a questão da formação dos profissionais) e as questões referentes ao valor pago pelos procedimentos na tabela SUS.

O desafio para o gestor está não somente na eficiência econômica mas, na eficácia e a efetividade das Redes de Atenção à Saúde pactuadas. O recurso financeiro é escasso e portanto o gasto deve ser planejado e pactuado entre os gestores.

O mercado da saúde não conseguirá, sem a intervenção do estado, a redução das iniquidades no processo que envolve o acesso às consultas especializadas. O desafio para o gestor está ainda na discussão da formação profissional, a fixação dos profissionais em outras cidades além da capital do estado, a revisão da tabela com valores dos procedimentos SUS e a regionalização do território.

Referências bibliográficas

BRASIL. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac> Acesso em 05 de julho de 2017.

BRASIL. **Lei nº 1559, de 01 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.htm Acesso em: 11/03/2017, 23:22

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores**. Brasília: Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação em Saúde**. 1 a ed. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 18 de jul. 2012, 09:22.

BRASIL. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html Acesso em: 15 de maio de 2017, 09:30.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em: 15 de maio de 2017, 09:26.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf Acesso em: 04 de julho de 2017, 22:09.

CASTRO, Janice Dornelles de. **A demanda em saúde – principais conceitos**. Porto Alegre: UFRGS, 2016, 55 slides, color.

CASTRO, Janice Dornelles de. **Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais**. Sociologias. Porto Alegre: ano 4, n. 7, jan-jun 2002, p. 122-135

CONASS. **Guia de apoio à gestão estadual do SUS**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/regulacao/> Acesso em 11 de março de 2017

CONILL, Eleonor Minho; GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2149> Acesso em: 05 de julho de 2017

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL. Saúde. Disponível em http://www.famurs.com.br/areasdocumentos/areas_saude/area_saude_doc/workshopdajudicializacaoadasaude Acesso em: 05 de julho de 2017

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HANDEM, Priscila et al. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (Org.). **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008. cap 6, p. 91-118
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201702/06144013-cib-237-2011-implantacao-regulacao-ambulatorial.pdf> Acesso em: 19 de julho de 2017

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia**

da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regulação em saúde. In IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon Elias; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde.** São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011, cap 8, p. 204-218.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org). **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).** Texto para discussão nº 1391. IPEA. Brasília: fevereiro 2009.

RAMOS, Vítor. Regulação na saúde...falhas de mercado e falhas do Estado. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003 Disponível em <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/regulacao-saude-falhas-mercado-falhas-estado.pdf> Acesso em 25 de julho de 2017

RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Regulação Estadual. Central de Regulação Ambulatorial. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/consultas> Acesso em: 05 de julho de 2017

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2016

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 228.** Aprovar as novas pactuações referentes à utilização do novo sistema de regulação do acesso às consultas especializadas de Porto Alegre. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170219/23111910-1468006415-cibr228-16.pdf> Acesso em: 05 de julho de 2017.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 237.** Aprova as novas pactuações referentes à utilização do novo sistema de regulação do acesso às consultas especializadas de Porto

Alegre. Disponível em

SANCHO, Leyla Gomes; SILVA, Neide Emy Kurokawa. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. Rio de Janeiro: **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 23(2): 371-391, 2013

SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Protocolo pode reduzir filas, riscos e custos de cirurgias no SUS. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/protocolo-pode-reduzir-fila-riscos-e-custos-de-cirurgias-no-sus/> Acesso em 23 de julho de 2017

SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 34., 2014. Porto Alegre, **Resumo da 34ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/118807> Acesso em 23 de julho de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Telessaúde. TelessaúdeRS. Disponível em <https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/regulasus/> Acesso em: 5 de julho de 2017

VIANNA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífica da. Economia e Saúde. In IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon Elias; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011, cap 2, p. 54-74.

Anexo 1

Especialidades e áreas de atuação médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina

Especialidades médicas	Áreas de atuação médicas
Acupuntura	Administração em saúde
Alergia e imunologia	Alergia e imunologia pediátrica
Anestesiologia	Angiorradiologia e cirurgia endovascular
Angiologia	Atendimento ao queimado
Cancerologia	Cardiologia pediátrica
Cardiologia	Cirurgia bariátrica
Cirurgia cardiovascular	Cirurgia crânio-maxilo-facial
Cirurgia da mão	Cirurgia do trauma
Cirurgia de cabeça e pescoço	Cirurgia videolaparoscópica
Cirurgia do aparelho digestivo	Citopatologia
Cirurgia geral	Densitometria óssea
Cirurgia pediátrica	Dor
Cirurgia plástica	Ecocardiografia
Cirurgia torácica	Ecografia vascular com doppler
Cirurgia vascular	Eletrofisiologia clínica invasiva
Clínica médica	Emergência pediátrica
Coloproctologia	Endoscopia digestiva
Dermatologia	Endoscopia ginecológica
Endocrinologia e metabologia	Endoscopia respiratória
Endoscopia	Ergometria
Gastroenterologia	Foniatria
Genética médica	Gastroenterologia pediátrica
Geriatria	Hansenologia
Ginecologia e obstetrícia	Hematologia e hemoterapia pediátrica
Hematologia e hemoterapia	Hemodinâmica e cardiologia intervencionista
Homeopatia	Hepatologia
Infectologia	Infecção hospitalar
Mastologia	Infectologia pediátrica
Medicina de emergência	Mamografia
Medicina de família e comunidade	Medicina de urgência
Medicina do trabalho	Medicina do adolescente
Medicina de trânsito	Medicina do sono
Medicina esportiva	Medicina fetal
Medicina física e reabilitação	Medicina intensivista pediátrica
Medicina intensiva	Medicina paliativa
Medicina legal e perícia médica	Medicina tropical
Medicina nuclear	Nefrologia pediátrica
Medicina preventiva e social	Neonatologia
Nefrologia	Neurofisiologia clínica
Neurocirurgia	Neurologia pediátrica
Neurologia	Neurorradiologia
Nutrologia	Nutrição parenteral e enteral
Oftalmologia	Nutrição parenteral e enteral pediátrica
Ortopedia e traumatologia	Nutrologia pediátrica
Otorrinolaringologia	Pneumologia pediátrica
Patologia	Psicogeriatria
Patologia clínica/medicina laboratorial	Psicoterapia
Pediatria	Psiquiatria da infância e adolescência
Pneumologia	Psiquiatria forense
Psiquiatria	Radiologia intervencionista e angiorradiologia
Radiologia e diagnóstico por imagem	Reprodução assistida

Radioterapia	Reumatologia pediátrica
Reumatologia	Sexologia
Urologia	Toxicologia médica
-	Transplante de medula óssea
-	Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia

Fonte: Conselho Federal de Medicina